



## 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.

Tyco ha recentemente sviluppato un apposito sistema automatico di aspirazione da collegarsi 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

Tyco Healthcare Italia S.p.A.  
Via Rivoltana, 2d - 20090 Segrate (MI)  
Tel: +39 02 70317249  
fax: +39 02 70317266  
[www.tycohealth.com](http://www.tycohealth.com)

MALLINCKRODT

**Direttore Responsabile**  
Gianfranco Cecinati

■ **Coordinatore di Redazione**  
Stefano Sebastiani

■ **Comitato di Redazione**  
Paola d'Amore  
Paola Maffucci  
Marco Marseglia

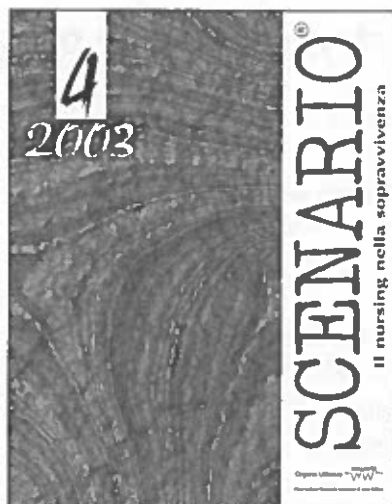
■ **Pubblicità**  
Annunziata Pinzari  
Marco Marseglia

■ **Tariffe**  
Iscrizione Aniarti 2003 € 30,00  
(comprensiva dell'abbonamento  
annuale alla rivista Scenariò)  
Abbonamento a Scenariò  
Istituzionale € 65,00  
(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, commenti,  
proposte, interventi in genere fotografie  
vanno inviati a Donatella Pirozzo,  
segretaria di redazione  
c/o Ufficio soci ANIARTI  
Via Val di Sieve, 32 - 50127 Firenze  
Fax 055/435700 - Tel. 055/434677  
Cell. 340/4045367-5  
[www.aniarti.it](http://www.aniarti.it)  
e-mail: [aniarti@aniarti.it](mailto:aniarti@aniarti.it)

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

■ **Numero chiuso il giorno**  
25 febbraio 2004  
(1 copia € 3,50 per soli Soci)



- 3 **L'EDITORIALE**
- 4 **L'INFERMIERISTICA NELL'INTENSIVITÀ ASSISTENZIALE: QUALE IL VALORE AGGIUNTO**  
di Elio Drigo
- 6 **COMPLESSITÀ, ACUZIE, RAPIDITÀ, PERIZIA, INTEGRAZIONE, BREVITÀ DI DEGENZA/TRATTAMENTO NELLA CRITICITÀ ED INTENSIVITÀ ASSISTENZIALE**  
di Daniele Coen
- 9 **LA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE**  
di Giuliana Pitacco,  
Annalisa Sivestro
- 13 **CASO CLINICO**  
di Marco Marseglia,  
Federica Piergentili
- 15 **PRIMA FASE: ACCOGLIMENTO IN REPARTO DI DEGENZA**  
di Maria Benetton
- 18 **SECONDA FASE: INTENSIVITÀ ASSISTENZIALE ALLA PERSONA STABILE**  
di Angelina Di Nuccio,  
Stefano Sebastiani
- 23 **TERZA FASE: "INTENSIVITÀ ASSISTENZIALE ALLA PERSONA INSTABILE"**  
di Pietro Capodiferro,  
Sandra Scalorbi
- 29 **QUARTA FASE: ASSISTENZA INFERMIERISTICA PER IL TRASFERIMENTO IN REPARTO DI DEGENZA**  
di Mara Brandoli, Lorena Rossi
- 36 **CONSIGLIO DIRETTIVO E NAZIONALE ANIARTI**



Questo periodico è associato  
alla Unione Stampa  
Periodica Italiana

## Istruzioni per le proposte di Pubblicazioni

*La rivista tratta ha seguenti tipologie di articoli:*

- 1) **Articolo originale:** frutto di ricerca e/o metanalisi;
- 2) **Revisione:** revisione della bibliografia;
- 3) **Comunicazione:** relazione a congressi e/o poster;
- 4) **Editoriale:** parere su una tematica e riflessioni o analisi;
- 5) **Lettera:** intervento su una tematica trattata dalla rivista.

*Le proposte di pubblicazione saranno accettate ad insindacabile 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, esclusivamente per posta elettronica, su file RTF o leggibile dai comuni word processor.*

*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, dovrà essere segnalato chiaramente, nel testo, il punto di inserzione.*

*L'articolo dovrà prevedere in calce una bibliografia completa, esauriente e recente. È necessario allegare un abstract di 300 parole al massimo sia in italiano che in inglese ed inoltre devono essere indicate da 3 a 5 parole chiave.*

*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 e seguenti 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.

Questo numero di Scenario si propone un obiettivo leggermente differente dal consueto contributo di articoli variamente assortiti. Intende invece diffondere le proposte, le elaborazioni e le idee presentate e discusse durante il 22° congresso nazionale dell'Aniarti dello scorso novembre. E questo, nella convinzione che un insieme omogeneo di alcuni contenuti possa offrire una ulteriore opportunità soprattutto a coloro che volessero approfondire il tema pur non avendo avuto la possibilità di essere presenti a Bologna.

Nel convegno è stato presentato il modello per l'analisi della complessità assistenziale elaborato a suo tempo da un gruppo di infermieri dirigenti del Friuli Venezia-Giulia sotto la guida di Annalisa Silvestro, nostra Vice-presidente, poi valorizzato e diffuso anche dalla Federazione Nazionale dei Collegi IPA-SVI. Il modello è stato applicato ad un caso clinico e declinato nelle varie fasi del processo assistenziale, dall'ingresso in una struttura intensiva fino alla dimissione. Ne è nato uno spaccato significativo dell'assistenza infermieristica, con le motivazioni delle decisioni assunte nelle varie contingenze. Come si potrà osservare, il modello si presta benissimo anche all'applicazione in situazioni assistenziali e/o curative, che implicano l'intervento e l'integrazione con altri professionisti ed operatori. Consente di fare, senza posizioni preconcepite, valutazioni e progetti di organizzazione dell'assistenza magari diverse rispetto a quella comunemente adottata, fondando le scelte operative su motivazioni di professionalità, specificità di competenza e sull'assunzione di responsabilità.

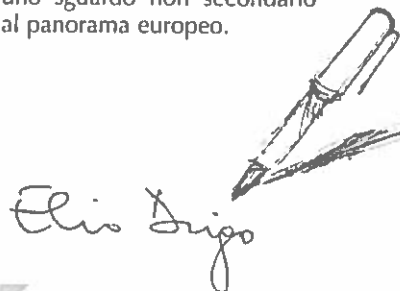
Il tema della complessità è uno di quegli argomenti che fanno parte costante della nostra vita di professionisti.

La possibilità di analizzare le situazioni, in area critica complesse per defini-

zione, e la possibilità di dedurre le logiche per l'attivazione o la revisione dei processi e degli interventi per offrire risposte sempre pertinenti e risolutive, rappresenta una opportunità per impostare una assistenza in maniera sistematica e non lasciata all'improvvisazione o alla semplice, pur valida, esperienza.

Una ulteriore sottolineatura è dovuta rispetto al fatto che le risposte a problemi complessi implicano sempre di più approcci ed interventi di tipo professionale e non certo esecutivo. Il tema della complessità quindi, oltre ad essere una urgenza ubicuitaria nei contesti in ambito sanitario, è un tema che richiama fortemente il tema della professionalità degli infermieri (come degli altri operatori).

Questo numero di Scenario è pertanto un invito alla ulteriore riflessione, alla sperimentazione, alla diffusione di eventuali esperienze sul tema in modo che la professione, nel suo insieme, costruisca bagaglio scientifico, evidenze, *consensus* quando necessario, rispetto al campo di propria specifica competenza. Anche attraverso questo, passa da una parte la qualità dell'assistenza alle persone, dall'altra l'identificazione, l'autorevolezza ed il riconoscimento di una professione nell'insieme dei professionisti. E di questo, perseguito con assoluta serietà ma anche con tenacia, c'è urgente assoluto bisogno per gli infermieri italiani. Anche con uno sguardo non secondario al panorama europeo.



Elvio Digo

Elio Drigo, Caposala - Presidente Aniarti

# L'infermieristica nell'intensività assistenziale: quale il valore aggiunto

**N**ell'ospedale che assume un ruolo più preciso e definito nel sistema sanitario, nella crescente complessità delle situazioni e dell'organizzazione, l'assistenza infermieristica anche nell'ambito dell'intensività, svolge una attività molto consistente e di grandissima responsabilità.

Dobbiamo comprendere come si colloca l'infermiere in tutto il quadro e nel panorama fin qui tracciato.

Dobbiamo identificare la motivazione per cui nel settore dell'intensività assistenziale, l'infermiere è insostituibile.

Per fare l'ulteriore passaggio, partiremo precisando il significato delle parole del titolo di questo intervento: infermieristica, intensività assistenziale, valore aggiunto.

## 1. Infermieristica:

- possiamo definirla come la disciplina riconosciuta con una sua connotazione nella presa in carico della persona in relazione ai problemi di salute: non è un generico erogare le prestazioni;
  - l'approccio dell'infermieristica ha poi una caratteristica propria nella modalità, che non è settoriale, ma globale: ogni aspetto della persona esaminato va collocato nell'insieme della persona stessa e della situazione data;
  - la competenza dell'infermieristica è di fatto stata modellata in seguito all'impegno per essere all'altezza delle proprie responsabilità, stanti la connotazione per la presa in carico della persona e l'approccio di globalità.
- Vedremo sinteticamente in che cosa consiste questa competenza, senza pretendere in questa sede, di approfondire: sarebbe, tra noi, quasi superfluo.

## 2. Intensività assistenziale.

Che cosa possiamo intendere? Parliamo di situazioni in cui il rischio è elevato. L'assoluta, indiscutibile precedenza viene data alla garanzia della sopravvivenza. Pertanto, protocolli, procedure, monitoraggi sistematici, quasi ossessivi, dell'evoluzione delle situazioni e degli effetti degli interventi...

Possiamo pensare all'intensività assistenziale solo con una impostazione di processo, di sequenza, di evoluzione, di integrazione.

E definiamo quindi l'intensività assistenziale come processo curativo caratterizzato da costante, intensivo e sistematico impegno assistenziale, anche con l'utilizzo di apparecchiature complesse.

L'elemento apparecchiature e tecnologie complesse viene esplicitamente citato a motivo della numerosità delle stesse oggi presenti, per la loro utile applicazione nel percorso curativo ed assistenziale, citate, anche per il fatto che, spesso, possono divenire fattore oltre che di complessità anche di distorsione dei processi, soprattutto se teniamo presente l'attenzione infermieristica alla persona e l'approccio di globalità.

## 3. Valore aggiunto.

Valore aggiunto è quanto si valuta per rendere evidenza di un cambiamento positivo, di un miglioramento; la differenza di qualità che deriva dal fatto di dedicare determinate competenze a risolvere problemi o situazioni difficili. Situazioni che non hanno soluzioni univoche. Il valore aggiunto è, nel nostro caso, una differenza di qualità derivante dalla applicazione delle competenze professionali alla situazione assistenziale. Esso viene determinato dall'intervento umano.

Gli interventi professionali sono tipici interventi che aggiungono valore ad azioni generiche.

Ma, poniamoci una prima domanda: come si coniugano i tre concetti esaminati di infermieristica, intensività assistenziale e valore aggiunto nella situazione generale che ci è stata presentata questa mattina?

Come si coniugano in un contesto fatto di:

- ospedali che cercano di contenere sempre più la dimensione e di privilegiare la focalizzazione sulla specificità di ruolo;
- un evidente, rapido incremento del livello di complessità, praticamente costitutivo dei processi operativi in area critica;
- una esplicita domanda di servizi assistenziali, non più solo una accettazione dei servizi, a qualunque livello essi siano;
- possibilità di risposte sempre più avanzate ai problemi di salute, ai traumas, alle patologie...;
- risorse allocate con sempre maggiore oculosità (almeno nelle intenzioni...) e di fatto, sempre più finite rispetto alle attese o alla velocità dell'espansione della domanda...

In questo contesto, il motivo per cui vi debbano essere degli infermieri in grado di gestire l'intensività assistenziale, qual è?

Tre domande ancora più precise:

1. Che cosa fa l'infermiere che altri non fanno?
2. Qual è il modo con cui agisce l'infermiere quando interviene?
3. Qual è la specificità dell'infermieristica nell'intensività assistenziale?

Qual è la differenza tra l'intervento dell'infermiere rispetto agli interventi di altri professionisti o operatori?

In sostanza, qual è il valore, il vantaggio, che l'infermiere garantisce nell'assistere la propria assistenza?

Rivediamo con ordine le domande che ci siamo posti e diamo alcune risposte.

**1. Che cosa fa l'infermiere che altri non fanno?**

- *Risponde ai bisogni della persona nella complessità; che significa non "in ogni caso", ma, sempre e direttamente, laddove è indispensabile un intervento esperto, eventualmente anche con il personale di supporto all'assistenza;*
- *mantiene e garantisce la centralità della persona nello sviluppo del processo assistenziale;*
- *pianifica le risposte ai bisogni con l'ottica della globalità, superando la frammentarietà e la settorialità degli interventi, particolarmente in determinate situazioni o contesti molto tecnici;*
- *mantiene l'unità del processo, indicando ai singoli la necessità di integrare le esigenze.*

**2. Come agisce l'infermiere nei propri interventi?**

- *Indiscutibilmente con competenza, non per consuetudine.... In area critica, è ovvio che la competenza nell'attuazione degli interventi tecnici, delle procedure deve essere data quasi per scontata...;*
- *sulla base delle conoscenze ed esperienze più avanzate conosciute (evidence-based nursing - EBN), senza mitizzare l'evidenza scientifica ma sempre considerandola;*
- *mobilitando tutte le risorse a disposizione. Questo si traduce in una diretta riattivazione della soggettività del malato e della famiglia;*
- *tenendo presente sempre la situazione del malato, del contesto e del momento nel processo in corso;*
- *avendo cura di valorizzare le relazioni a qualunque livello.*

**3. Qual è la specificità dell'infermieristica nell'intensività?**

La specificità è dunque l'operare per garantire la conservazione dell'integrità della persona anche nella criticità in una fase dell'esperienza della vita del malato in cui (anche la percezione) il rischio di vita può essere elevatissimo. Questo, di fatto:

1. *indica il valore attribuito alla persona, alla soggettività,*
2. *mobilita la motivazione individuale al recupero della salute possibile,*
3. *contribuisce ad orientare il processo assistenziale verso gli obiettivi di salute più reali e completi.*

Più sopra, ci ponevamo una domanda: qual è la differenza, qual è il valore, il

vantaggio, che l'infermiere garantisce assicurando la sua assistenza? La differenza, il valore che l'infermiere aggiunge all'assistenza intensiva è il risultato che deriva dall'assumersi la responsabilità di garantire al malato globalità di approccio alla persona in situazione di criticità e saper ricondurre ad unità le differenze e gli interventi molteplici.

Nel primo elemento, globalità, in area critica, l'abbiamo già accennato, è forte e costante il rischio di tecnicismo, meccanicità, routinarietà, dimenticanza della soggettività dei malati, trainato dalla facile credenza che tutti i malati siano in coma. In realtà, non sono più le terapie intensive di molti anni fa...

Attenzione al rischio di trasformare l'assistenza in una supermercato, una **superofferta** delle prestazioni, anche se molto sofisticate. La domanda è oggi di un servizio personalizzato (*fa il paio con la bottega-sotto-casa*), in rete con il mondo, in cui, pazienza se, al limite, non si trova tutto, ma, quello che si può ottenere viene cercato con partecipazione e dedizione... Anche questo fa oggi qualità della vita, che le persone considerano non secondario anche in sanità.

Nel secondo elemento, ricondurre ad unità la molteplicità, il fattore *unità* è rappresentato dal risultato per il malato, degli interventi anche frammentati, *molteplici*, di quanti intervengono e *ricondurre* è il *fattore di competenza dell'infermiere, fatto di sapere, decidere ed essere in grado* di ottenere il risultato di tenere insieme per il malato, gli interventi.

Poniamoci una ulteriore domanda: per rispondere a questo mandato che cosa serve? Serve:

- *Sapere scientifico specifico,*
- *Competenze professionali (appropriatezza e non approssimazione, comportamenti, organizzazione),*
- *Relazioni esperte (con i malati/altri, con gli altri operatori, con le istituzioni).*

Essere una figura come quella descritta non è una impresa semplice: tutt'altro. È pertanto indispensabile considerare almeno 3 elementi:

- 1° la cultura - nel senso ampio e nobile del termine, fatta di:
  - *conoscenze scientifiche e generali;*
  - *capacità di apprezzamento delle caratteristiche dell'ambiente in cui si svolge la vita e del contesto in cui accadono gli eventi;*

- *capacità di percezione della situazione, specificamente per la clinica e la persona;*
- *comprensione dell'evoluzione delle esperienze sia dell'ambiente sanitario (dell'area critica) che sociale più ampio. Saper collocare in un contesto temporale gli accadimenti così delle persone come delle organizzazioni.*

**2° Un senso di "cittadinanza":**

- *un professionista, un infermiere, non può, intrinsecamente, non sentirsi solidale, tutt'uno nel proprio ruolo specifico, con la società in cui vive;*
- *un professionista, un infermiere, ha l'obbligo di mantenere il proprio legame con la società aderendo al patto ed al proprio codice deontologico. Il legame diretto con la società è costitutivo del professionista. Da qui, per l'infermiere, la specificità di garantire una assistenza globale e personalizzata.*

**3° Il "rigore" e la costanza nel:**

- *garantirsi la possibilità di erogare la migliore assistenza conosciuta e disponibile;*
- *essere attivo nell'insieme dei professionisti: è all'interno di questo insieme che di fatto, si sviluppa la competenza e la competenza avanzata;*
- *essere costantemente critici nell'applicazione delle conoscenze e favorire la diffusione delle conoscenze e delle esperienze.*

**COMUNICAZIONE**

Relazione presentata al XXII Congresso Nazionale Aniarti, Bologna 12,13,14 Novembre 2003

Daniele Coen, PS/MU - A.O. Niguarda Ca' Granda - Milano

## Complessità, acuzie, rapidità, perizia, integrazione, brevità di degenza/trattamento nella criticità ed intensività assistenziale



COMUNICAZIONE  
Relazione presentata  
al XXII Congresso Nazionale Anianti,  
Bologna 12,13,14 Novembre 2003

Il primo dei termini presentati nel titolo, la *complessità*, è l'elemento chiave per la definizione del contesto all'interno del quale gli altri termini devono articolarsi.

Per definire la complessità, e valutarne la presenza in un contesto sanitario di criticità assistenziale è innanzitutto necessario definirne la distanza verso altri elementi confinanti, altrettanto presenti nell'ambito della medicina in urgenza.

La complessità dunque, e innanzitutto, non è sinonimo di *complicazione*. Molte delle cose che noi tutti facciamo, o dobbiamo conoscere nel nostro lavoro sono complicate. Bisogna studiare, praticare, meditare: formule matematiche, concetti di fisica, biochimica, fisiopatologia non sono facili da comprendere, ma una volta che se ne capiscono regole e meccanismi la loro (relativa) prevedibilità, ripetitività e regolarità le rendono facilmente padroneggiabili. Il campo della risposta alla *complicazione* è dunque quello della competenza tecnica.

Il secondo concetto verso il quale delineare un confine è quello di *confusione*. Anche la confusione fa parte della nostra esperienza quotidiana. Un pronto soccorso affollato, l'accesso sulla scena di un disastro stradale o di una maxi emergenza, alcune cartelle cliniche... L'aspetto chiave della confusione è la difficoltà ad identificare i singoli elementi e i loro confini. Le cose sono mescolate tra loro in ordine sparso, o sfumano l'una nell'altra, senza una logica immediatamente riconoscibile.

Me neppure di questo ci vogliamo occupare oggi. Oggi riflettiamo, sinteti-

camente, sulla complessità. La scienza ha capito che per comprendere un fenomeno non basta identificare i numerosi dati che lo compongono e che non è il numero elevato di variabili in gioco a stabilire la sua complessità, quanto il loro essere visibilmente intrecciate in una serie di **relazioni**. Complessità tra l'altro vuole dire che non è vero che se l'azione è piccola l'effetto sarà proporzionalmente piccolo, non è vero che se l'azione è *buona* il risultato sarà per forza buono.

L'intervento sanitario in genere, e quello nell'ambito della criticità/intensività in particolare, è dunque complesso non tanto per la sua possibile difficoltà, né per gli elementi di confusione che possono a tratti delinearla, ma per la numerosità delle relazioni che determinano il suo risultato, relazioni che presentano quasi costantemente dimensioni di competenza tecnica, organizzativa, di interazione interpersonale e di emotività soggettiva.

Segue un *banale* e un po' didascalico esempio di complessità *organizzativa* dove si vede come, in una reale situazione di pronto soccorso, un problema clinicamente minore possa, attraverso scarti successivi di relazioni e di interazioni portare a conseguenze assai lontane dalle intenzioni di tutti gli operatori coinvolti.

### Storia di un mal di orecchio

Caso clinico: un paziente si presenta al bancone del triage dicendo di avere male all'orecchio. L'infermiere gli assegna un codice bianco e lo avvia all'area ambulatoriale del Pronto Soccorso,

informandolo che il medico lo vedrà quanto prima e se necessario lo invierà dall'otorinolaringoiatra.

Ecco però comparire alcuni elementi, organizzativi e relazionali di complessità:

- *L'ambulatorio ORL è a 700 metri dal PS.*
- *I medici ORL sono in conflitto permanente con i medici del PS.*
- *Il verbale di PS non è ancora informatizzato.*

Ed ecco alcune conseguenze che chiameremo di I livello:

- *Ci vuole una ambulanza con due lettighieri per portare il paziente dallo specialista.*
- *Il medico ORL, non potendosi prendere direttamente con il medico di PS se la prende con il paziente. Lo fa aspettare e lo tratta male.*
- *Finita la visita il paziente se ne va direttamente a casa e non torna in Pronto Soccorso, non porta in PS il foglio di visita e parere con le prestazioni effettuate, non paga il ticket.*
- *Il medico di PS dopo un paio di ore chiude il caso segnando sul verbale abbandona PS.*

Ed ecco alcune altre conseguenze, di II livello, verosimilmente già lontane dalla percezione del gentile infermiere di triage:

- *Le prestazioni eseguite (tamponamento nasale, rimozione CE ecc.) non vengono registrate.*
- *È necessario un lavoro supplementare di recupero crediti da parte dell'amministrazione per ottenere il pagamento del ticket.*
- *Il numero di pazienti che abbandonano il PS risulta essere superiore al 2%.*

Questi aspetti esitano in ulteriori conseguenze, di III livello, dai toni quasi drammatici e certo non previste, né desiderate da alcuno degli operatori coinvolti nella triste faccenda:

- *Problemi con la certificazione di qualità per l'elevata percentuale di abbandoni del PS.*
- *Problemi con il raggiungimento degli obiettivi di budget per l'elevato numero di prestazioni non registrate.*
- *Possibile riduzione dello stipendio di risultato dei medici.*

- *Bassa qualità percepita ed aumento dei reclami da parte dell'utenza.*
- *Aumento della conflittualità interna.*

Al di là della sua apparente paradossalità, questa storia ci è utile per definire alcuni ulteriori, importanti elementi della complessità:

- *L'esito di ogni singolo invio non è prevedibile.*
- *Il risultato dipende anche dai comportamenti delle singole persone (varia cioè a seconda di chi è il medico di PS, di chi è l'otorino e da come impostano il rapporto con il paziente), cioè dipende dalla relazione.*
- *Non esiste una risposta semplice e facilmente applicabile in grado di risolvere tutti gli aspetti del problema senza crearne altri.*

Una azione piccola ha avuto effetti grandi.

Una azione buona ha avuto effetti negativi.

Forse è vero che il battito d'ali di una farfalla a Singapore può causare un terremoto in Indocina.

### Un caso di complessità clinico/assistenziale

**G.B.** 37 anni, melanoma con MTS polmonari e cerebrali in progressione dopo una prima chemioterapia, ha appena terminato il primo ciclo di un nuovo schema antitumorale.

Giunge in PS per intensa astenia e febbricola alle 11 del mattino. All'ingresso Hb= 8.4 g/dl. Alle ore 16 Hb=5.4 g/dl e bilirubina totale 3.6 mg/dl. Non evidenti focolai emorragici. Vengono praticate due sacche di emazie concentrate. Alle ore 19 Hb= 4.2 g/dl.

Si riscontra emoglobinuria massiva e viene posta diagnosi di emolisi intravascolare acuta da causa ignota. Il paziente viene ricoverato in medicina d'urgenza.

All'arrivo in reparto il paziente è in condizioni critiche, polipnoico, febbrile, accusa mialgie diffuse, è estremamente irrequieto.

Lo accompagnano la moglie, che ha lasciato a casa il bambino di 2 mesi da

allattare, e altri 5 familiari. La moglie si sente male e cade per terra in preda a una crisi d'ansia.

Il medico di reparto è solo e sta assistendo un altro paziente grave. In reparto ci sono due infermieri e un OTA. C'è anche il primario che sta chiudendo la porta dello studio per andarsene a casa.

Si tratta chiaramente di una situazione drammatica, purtroppo non molto diversa negli elementi generali da tante altre situazioni che si devono affrontare quasi ogni giorno nell'ambito della criticità/intensità assistenziale.

Altrettanto ovviamente si tratta di una situazione che non presenta un unico problema, ne ha una unica soluzione o una soluzione certamente migliore delle altre. Qualunque risposta si scelga, ci si dovrà comunque confrontare con almeno questi aspetti:

#### Aspetti tecnici:

a) *è un paziente che ha speranza di sopravvivere?*

b) *se sì, cosa fare?*

#### Problema etico:

*è un paziente con neoplasia in stadio avanzato, anche se fino al giorno prima non era considerato terminale: è opportuno un intervento "aggressivo"?*

#### Problema assistenziale:

*ci sono da assistere contemporaneamente due malati gravi e da gestire la famiglia di uno dei due. Le forze in campo sono scarse.*

#### Problemi relazionali:

a) *assistere un malato giovane, che sta morendo;*

b) *sostenere la moglie e dare un ruolo ai familiari;*

c) *superare una diversa valutazione del caso che divide il primario e la sua assistente senza creare conflitti né generare sensi di colpa.*

Ancora gli elementi della complessità: la relazione tra diversi aspetti del sapere e diversi soggetti che si influenzano tra di loro; diversi percorsi possibili, che una volta intrapresi presentano nuove ed ulteriori occasioni di interazione e di relazione e di conseguenza ulteriori scelte da fare. Anche, infine, percorsi diversi che possono portare ad uno stesso risultato.



**Due parole su perizia ed integrazione**

I pochi accenni sulla complessità fatti fin qui dovrebbero portarci alla comune conclusione che lavorare in un ambiente di criticità/intensività assistenziale, lavorare cioè con persone malate nel momento della loro massima angoscia e sofferenza richiede professionalità e competenze di elevatissimo livello.

Se però abbassiamo lo sguardo e verifichiamo quali sono gli atti che occupano la gran parte del tempo degli infermieri occupati in questo genere di attività, scorgiamo cose molto più piccole, molto meno eroiche, tutt'al più modeste abilità tecniche di cui, con un po' di pratica, chiunque potrebbe impadronirsi.

Nel Pronto Soccorso di Niguarda per esempio, tolti gli infermieri dedicati al triage o alla sala di emergenza, gli altri occupano l'8% del loro tempo a fare elettrocardiogrammi, prelevare esami, misurare temperature, assistere suture, fare medicazioni, spostare malati.

Ci si domanda allora: la crescita di perizia ad ogni livello e una continua interazione potrebbero liberare una cascata di energie e di competenze per rispondere alla sfida della complessità?

In parole più semplici: se gli atti *tecnici* per i quali gli infermieri utilizzano la maggior parte del loro tempo fossero eseguiti da personale a più basso livello di professionalità, gli infermieri potrebbero dedicare maggiore attenzione ai problemi complessi del paziente o del reparto? O c'è il rischio che allontanandosi dal rapporto *fisico* con il malato ci si allontani anche dalla possibilità di stabilire una adeguata relazione e quindi di comprenderne la complessità?

anarti  
WWSCENARIO<sup>®</sup>

associazione nazionale Infermieri di area critica

**23° CONGRESSO NAZIONALE****JESOLO 3 - 4 - 5 Novembre 2004****INFERMIERI DI AREA CRITICA****NELL'UNIONE EUROPEA***Analisi e comparazioni:**\* processi formativi \* modalità assistenziali**\* percorsi di carriera \* riconoscimenti economici***EfCCNa**

Critical Care Nursing Association

Giuliana Pitacco, Infermiera Dirigente - I.R.C.C.S. "Burlo Garofalo" di Trieste.  
Annalisa Sivestro, Dirigente del Servizio infermieristico - Azienda per i Servizi Sanitari n. 4 "Medio Friuli", Udine - Vice Presidente Anarti

## La complessità assistenziale



Il modello della "Complessità assistenziale" è stato elaborato<sup>1</sup> sia per dare una risposta professionale alla difficoltà che l'organizzazione sanitaria ha nel reperimento di infermieri nel mercato del lavoro, sia per evitare che si possa pensare di risolvere tale difficoltà sostituendo acriticamente gli infermieri con gli operatori di supporto all'assistenza infermieristica.

La sfida che viene lanciata nel convegno dell'Anarti presentando il modello e ridefinendolo rispetto alle tipicità assistenziali dell'Area Critica, è quella di verificare se si può sostenere che in tale area possono essere inseriti operatori di supporto all'assistenza infermieristica.

### Giuliana Pitacco

La base per l'elaborazione del modello è stata:

- la presa d'atto che la legge n. 251/2000 - dopo la legge n. 42/99 - assegna all'infermiere la responsabilità della personalizzazione dell'assistenza,
- la convinzione che la personalizzazione dell'assistenza risulta essere spesso solamente uno slogan,
- la constatazione che l'ospedale è sempre di più un luogo di cura per pazienti acuti con dimissioni precoci,
- l'idea che è necessario garantire una forte integrazione con il territorio mediante una capillare diffusione dei servizi territoriali,

ed infine la necessità di *stimare coerentemente a quanto sopra riportato il fabbisogno di infermieri.*

In letteratura vengono evidenziate circa una trentina di variabili che influenzano il carico di lavoro infermieristico, quali ad esempio la struttura architettonica, la distanza dei servizi diagnostici dal paziente, la disponibilità di attrezzature di risorse e di tecnologie, le caratteristiche del gruppo professionale, l'esperienza dei professionisti, lo

stile di leadership, il fatto che la sede lavorativa sia anche sede di formazione clinica.

Tali elementi però, che caratterizzano le varie Unità Operative, non possono essere presi in considerazione nella elaborazione di un modello che deve necessariamente astrarsi dalle specifiche realtà.

Sono state di conseguenza prese in considerazione, in quanto omogeneamente estraibili, le caratteristiche delle persone assistite, lasciando che le variabili sopradescritte giochino in modo diverso nelle varie realtà.

Le prime riflessioni elaborative rispetto al modello della complessità, si sono basate sulle variabili che definiscono la complessità organizzativa.

Tali variabili sono state poi tradotte in variabili che definiscono la complessità assistenziale.

Le variabili considerate sono: *incertezza, interdipendenza, decentramento della discrezionalità decisoria.*

Le variabili sono state declinate su alcuni elementi cardine:

- la condizione di salute malattia della persona,
- la "competenza" intesa come "saper agire",
- la capacità di soddisfare autonomamente i propri bisogni ossia di essere in grado di "fare".

Tanto più la situazione assistenziale è complessa, tanto più è importante enucleare elementi generali su cui sviluppare l'analisi, piuttosto che studiare pedissequamente le singole componenti della situazione.

Sui tre assi che definiscono graficamente la logica del modello rispetto alla persona assistita, sono state messe in evidenza le variabili ricordate prima.

Sull'asse *salute - malattia* viene indicata l'instabilità e la stabilità clinica; sull'asse *comprensione - scelta* è indicata la capacità di decidere cosa si vuole venga attuato; sull'asse *autonomia - dipendenza* è indicata la capacità

COMUNICAZIONE  
Relazione presentata  
al XXII Congresso Nazionale Anarti,  
Bologna 12,13,14 Novembre 2003

<sup>1</sup> "modello della complessità assistenziale" di A. Sivestro e G. Pitacco

Grafico 1

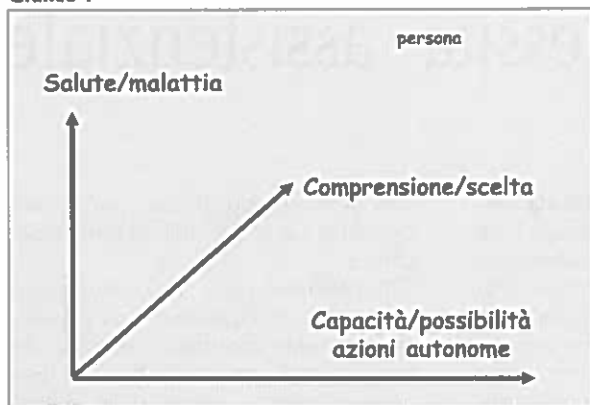
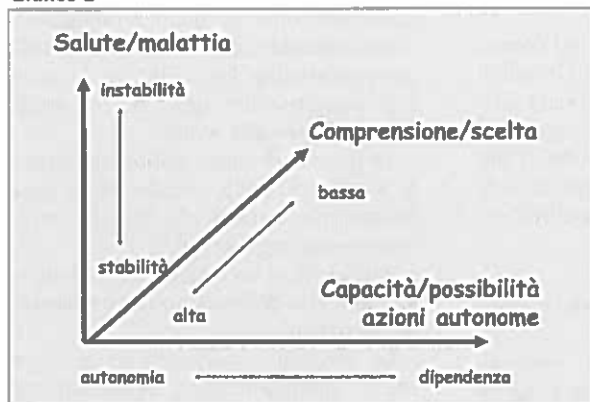


Grafico 2



della persona di soddisfare i propri bisogni.

Man mano che si compie l'analisi sulle diverse assi analizzando le singole variabili, si modifica e cambia il ruolo dell'infermiere.

L'asse della salute e malattia, ovvero l'asse verticale, rappresenta l'incertezza sulle condizioni cliniche del paziente.

L'asse della comprensione e della scelta, ovvero l'asse longitudinale, rappresenta la coniugazione della discrezionalità decisionale; l'asse dell'autonomia - dipendenza, ossia l'asse orizzontale, rappresenta la capacità di mettere in atto azioni autonome.

Man mano che aumenta l'instabilità del paziente, vi è una diminuzione della capacità decisionale e della discrezionalità dell'infermiere. L'asse verticale rappresenta l'area della attività collaborativa degli infermieri con altri professionisti. Questa è l'asse in cui vengono gestiti i processi diagnostico - terapeutici che vengono prescritti da altri.

Nonostante l'alta instabilità clinica produca una bassa capacità decisionale per l'infermiere, a quest'ultimo è comunque richiesta una alta capacità di interpretare segni e sintomi.

Sull'asse della comprensione e della scelta si colloca l'area della specifica attività dell'infermiere che in questo caso ha sempre una alta discrezionalità decisionale, in quanto in questo asse si collocano gli interventi di tipo educativo, di sostegno e di mobilitazione delle risorse della persona assistita.

Il terzo asse è quello dell'autonomia e della dipendenza, variabile quest'ultima che viene considerata in tutte o nella maggior parte delle metodologie per la rilevazione del fabbisogno infermieristico.

Anche quest'ultima asse si connota per l'alta discrezionalità decisionale dell'infermiere rispetto la pianificazione delle attività da mettere in atto e la decisione se effettuare direttamente le diverse attività oppure demandarle agli operatori di supporto.

Alla luce del modello si ritiene che l'assistenza infermieristica sia un processo di presa in carico ad elevata integrazione con la persona assistita e con i care givers (parenti e figure di riferimento dell'assistito) oltre che con altri professionisti della salute (ad esempio i medici) e con il personale di supporto (in particolare per quanto riguarda l'area dell'autonomia della dipendenza).

**Annalisa Sivestro**

La presentazione precedente era impostata sulla analisi della persona di cui l'infermiere si fa carico. In questa relazione il

percorso viene rifatto rispetto alla funzione che l'infermiere svolge.

Fino ad ora l'infermiere ha prevalentemente ragionato basandosi sul concetto di dipendenza.

Quando vi è dipendenza, sia di tipo fisico sia di tipo cognitivo, vi è altresì una completa e globale presa in carico della persona.

Dalla tale presa in carico deriva un carico di lavoro e un impegno infermieristico che è molto più orientato alla manualità lavorativa che all'attenzione a quelli che sono i modelli cognitivi, le abilità, la capacità di analizzare problemi, di individuare priorità e di decidere cosa è meglio fare, quando farlo e come farlo.

La logica conseguenza di quanto esposto è la scarsa necessità di avere infermieri con un significativo percorso formativo.

Da cui la domanda che spesso ci è stata posta: ma a cosa serve che gli infermieri vadano all'università?

Un altro aspetto su cui è importante riflettere è la capacità - possibilità della persona di governarsi durante questo il continuum salute malattia.

L'attuale società non accetta l'approccio paternalistico nei confronti del paziente; ciò produce il superamento dell'autoreferenzialità e la necessità di far comprendere perché servono infermieri e che cosa succede se c'è o meno assistenza infermieristica.

Ne consegue il bisogno di far comprendere qual è la diversità:

- tra una assistenza effettuata da un professionista Infermiere ed una

Grafico 3

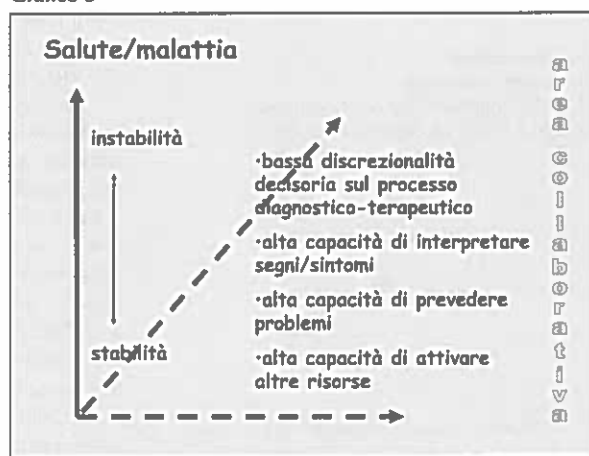
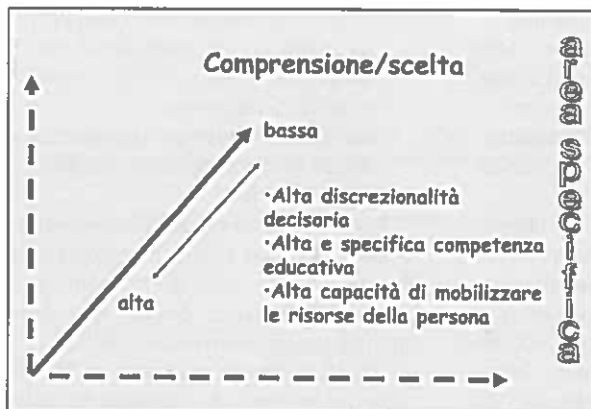


Grafico 4



assistenza effettuata da un Operatore Socio Sanitario,

- tra una assistenza effettuata da un medico che ha la collaborazione altamente qualificata di un infermiere,
- tra una assistenza effettuata da un medico che ha la collaborazione di un Operatore Socio Sanitario, di un barelliere, di un autista soccorritore, di un volontario non professionista.

Ogni singolo professionista infermiere deve farsi portatore di questi messaggi e deve essere capace di fare marketing professionale.

La competenza non significa solo fare ma significa anche capire quando far fare ad altri e quando chiedere la competenza di altri.

Su questo punto è importante una riflessione: quante volte il gruppo profes-

sionale non ha voluto il coadiuvo di altri (ad esempio gli OSS) perché, forse, in difficoltà nel valutare le priorità relativamente alla propria azione autonoma. Se la competenza è intesa anche come un sapere agire della persona, è indispensabile traslare tale competenza sulla professionalità infermieristica. L'infermiere deve essere in grado di capire, comprendere, analizzare ciò che sta succedendo per scegliere, ovvero per definire la priorità di esecuzione di manovre in relazione alla specificità infermieristica, per definire le possibilità di demando ad altri operatori di alcune attività o per decidere la non pertinenza con l'assistenza infermieristica di alcune attività o prestazioni in quanto distoglienti dal proprio mandato principale.

Altra riflessione è necessaria sul coinvolgimento della persona assistita o dei suoi familiari nell'esecuzione delle manovre non propriamente sanitarie; in alcuni casi può essere utile una informazione ed educazione della persona o l'addestramento all'autocura che l'infermiere effettua.

Analizzando nei dettagli il modello emergono una serie di riflessioni su quanto presentato precedentemente.

Il Profilo Professionale dell'infermiere indica che lo stesso deve rendersi garante della corretta esecuzione delle procedure diagnostico - terapeutiche che vengono prescritte dal professionista medico, che ha competenza primaria in questa fase.

In tale fase l'infermiere è un collaboratore ad altissima ed elevatissima

capacità e competenza professionale, ma non è l'attivatore del processo. Questa è l'area della collaborazione in quanto maggiore è la specificità e la competenza del medico, minore è la discrezionalità dell'infermiere.

Il paziente di cui ci si fa carico ha bisogno di avere buoni medici ma anche buoni infermieri; il continuo spostamento degli infermieri sulle attività tipiche del medico porta a trascurare le attività tipiche dell'assistenza infermieristica e questo pone le basi per una sottrazione dello specifico professionale mediante l'effettuazione di attività carat-

Grafico 6



terizzanti altri professionisti sanitari.

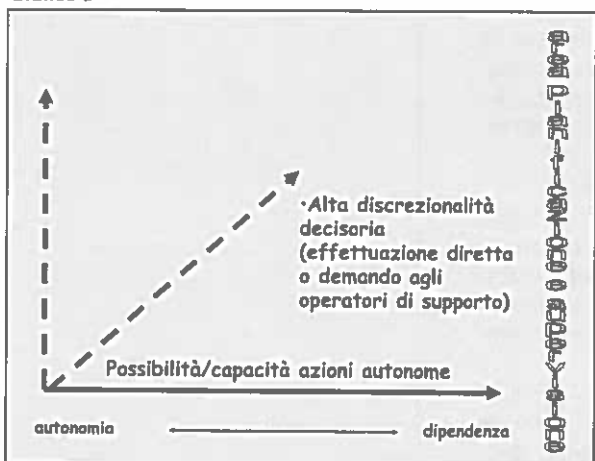
Il modello presentato deve permettere una ulteriore riflessione: il fatto che il professionista infermiere non abbia una discrezionalità decisoria ma lavori, assista in base alle prescrizioni e alle indicazioni del medico, non significa che l'infermiere non debba avere una grande capacità e competenza tecnica, ad esempio sulla semeiotica (che in questo momento è quasi esclusivamente appannaggio dell'infermiere).

Segni, sintomi e sensazioni caratterizzano l'attività quotidiana dell'infermiere, supportandone la capacità decisoria nell'attivazione dei processi assistenziali.

Relativamente all'Area Critica è bene ricordare che per certi versi può avere una maggiore capacità di utilizzare la semeiotica un infermiere che lavora in un reparto di medicina rispetto a chi opera in una terapia intensiva.

Quest'ultimo infatti può usufruire di

Grafico 5



molteplici supporti tecnici, mentre il collega della medicina deve necessariamente compiere autonomamente l'analisi dei dati, in quanto se ciò non avviene vi può essere la compromissione delle capacità vitali del paziente (momento tardivo).

Una bassa discrezionalità decisoria non significa necessariamente una bassa capacità di interpretare segni e sintomi; una competenza strutturata porta ad una alta capacità di prevedere eventuali problemi per il paziente o di gestirli in maniera corretta nel momento in cui si verificano anche per attivare altri professionisti, quali ad esempio il medico.

Proseguendo con l'analisi, possiamo dire che è possibile trovare l'asse dove è presente la massima espressività della professionalità infermieristica, ovvero l'area specifica.

Se la persona non è in grado di comprendere ciò che gli sta accadendo, ad esempio perché è obnubilata nel sensorio, perché presenta una demenza, perché è in coma o per altri motivi, è fondamentale il ruolo dell'infermiere: questi deve essere in grado di decodificare i bisogni che la persona può avere e definire ciò che deve essere attuato di conseguenza. L'infermiere si sostituisce alla persona nel caso in cui questa non può compiere autonomamente alcune azioni.

Nelle nostre Unità Operative vengono decodificati problemi o vengono attuati compiti ripetitivi (rifacimento letti, somministrazione della terapia, manutenzione dei respiratori e degli umidificatori)?

Se una persona è in grado di interloquire con l'esterno il ruolo dell'infermiere è importantissimo in quanto è necessaria la spiegazione, il coinvolgimento nei percorsi assistenziali, l'aiuto alla persona nella comprensione e nella scelta di ciò che è meglio per sé, l'addestramento a compiere autonomamente gli atti che soddisfino i suoi bisogni.

Questa è l'area autonoma e di eccellenza dell'infermiere, che molte volte viene trascurata e di cui non sempre gli infermieri si fanno carico.

Ancora una riflessione sull'area della pianificazione e supervisione: gli Infermieri hanno gestito sempre comple-

tamente quest'area, fino ad arrivare ad una *infermierizzazione* dell'assistenza.

Molte volte gli infermieri hanno effettuato attività e prestazioni aspecifiche non perché fosse necessario e importante per la persona, ma perché l'organizzazione del lavoro andava in quella direzione.

La dipendenza fisica o mentale faceva scattare automaticamente il concetto di competenza esclusiva infermieristica.

Questo concetto deve essere rivisto.

Infatti, con l'avvento sul territorio di strutture alternative all'ospedale (residenze sanitarie assistite, ospedali di comunità, case di riposo) dove è presente un alto grado di dipendenza degli ospiti, non vi è una importante e rilevante presenza infermieristica.

È importante pertanto la definizione di che cosa è atto sanitario infermieristico, di che cosa è atto sanitario in genere e di che cosa non lo è che di conseguenza non necessita della concretizzazione operativa dell'infermiere.

L'infermiere non può essere visto solo in una ottica di *professional* in senso puro, cioè di colui che esegue direttamente le prestazioni, ma deve essere anche visto come colui che coordina e gestisce altri operatori che collaborano con lui.

La gestione del personale di supporto all'assistenza infermieristica non è del coordinatore infermieristico, ma dell'infermiere che, essendo responsabile dell'assistenza generale infermieristica, decide cosa, quando, come demandare alcune attività ad altri, mantenendo la titolarità del processo assistenziale.

Da quanto detto deriva il progetto di presa in carico della persona assistita da parte dell'infermiere che ha una competenza specifica che gli è derivata dal proprio Profilo Professionale (D.M. 739/94).

La competenza infermieristica:

- *sull'asse salute - malattia è legata alla gestione dei percorsi diagnostico terapeutici attivati da altri professionisti sanitari (ad esempio modalità di gestione della somministrazione della terapia);*
- *sull'asse comprensione - scelta è legata alla gestione della relazione educativa e alla definizione della*

*tipologia dei processi di assistenza (mediante la relazione con la persona assistita o la sostituzione per il tempo più breve possibile in caso di possibilità autonoma);*

- *sull'asse autonomia - dipendenza è legata al pieno governo dei processi assistenziali.*

Da quanto detto è possibile evidenziare quali possano essere le competenze distintive anche nella formazione post base dell'infermiere, ovvero che cosa significa acquisire un Master clinico.

Un infermiere in possesso di Master clinico è in grado di dare risposte ulteriori e più approfondite agli stessi bisogni che vengono gestiti dagli infermieri che si occupano di assistenza generale.

L'infermiere in possesso di Laurea Specialistica, ovvero il Dottore in Scienze Infermieristiche, può continuare ad occuparsi di assistenza (ponendo una maggiore attenzione alla specificità disciplinare), può attivare percorsi di ricerca, di riflessione sulle modalità di effettuazione e di pianificazione della assistenza, di concretizzazione delle prestazioni. Potrà inoltre rivedere i percorsi, concettualizzare, riempire lo zaino della disciplina infermieristica di ulteriore contenuti che potranno diventare patrimonio professionale e quindi operativo di tutto il gruppo professionale infermieristico italiano.

Marco Marseglia, Caposala  
Federica Piergentili, Infermiera  
Rianimazione Cardiochirurgica Ospedale S. Orsola-Malpighi, Bologna

## Caso clinico



Il signor A.Z., ha 50'anni, è cardiopatico grave e presenta gli esiti di una pregressa poliomielite.

Nel 1977 è stato sottoposto ad un intervento di coartazione istmica dell'aorta.

A seguito di una serie di indagini ed accertamenti, è stato riscontrato un *aneurisma dell'aorta ascendente, insufficienza aortica moderata e insufficienza mitralica lieve* e si è giunti alla conclusione di programmare un intervento di aneurismectomia.

Il 1 febbraio 2003 A.Z. viene ricoverato presso l'Unità operativa di cardiocirurgia per l'intervento in elezione.

Gli indici classificatori di rischio per questo tipo di chirurgia, rilevano un:

- TU Score di 3 (Score di rischio secondo J. Tu).
- Euro Score 9 (Score di rischio secondo il sistema Europeo).

All'ingresso, il signor A.Z. è accompagnato da alcuni familiari, pienamente collaborante e appare consapevole della delicatezza dell'intervento a cui si deve sottoporre.

Vengono raccolti i dati infermieristici, controllata la documentazione e programmate le procedure diagnostiche per il completamento dello studio. Viene consegnato l'opuscolo informativo relativo al reparto ed assegnato il posto letto.

Durante la visita medica, emergono nuove problematiche sopravvenute e vengono quindi prescritte ulteriori indagini diagnostiche.

Il giorno precedente l'intervento chirurgico viene visitato dall'anestesista, firma il modulo del *consenso informato*. Viene effettuata dagli infermieri, secondo i protocolli stabiliti, la preparazione fisica all'intervento.

Durante queste attività gli infermieri forniscono ulteriori informazioni per affrontare al meglio l'intervento.

La mattina del 5 febbraio, il signor

A.Z., dopo aver fatto la doccia pre-operatoria e la somministrazione dei farmaci di pre-medicazione, viene accompagnato con la documentazione clinica, in Sala Operatoria da un OTA.

Nell'intervento, in circolazione extracorporea, viene sostituita la valvola aortica e l'aorta ascendente con l'impianto di un tubo valvolato (Intervento di Bentall).

Alle ore 23,30 del 5 febbraio, dopo varie ore di intervento, il signor A.Z. viene portato dalla sala operatoria in Rianimazione Cardiochirurgica. Viene istituito il monitoraggio emodinamico e respiratorio continuo, prescritti e somministrati i farmaci per stabilizzare l'emodinamica circolatoria: dopamina, dobutamina, adrenalina e nitroprussiato di sodio in pompa, la sedazione e l'antidolorifico. Continua ad essere sottoposto a ventilazione meccanica controllata.

Sono presenti drenaggi toracici e mediastinici, tubo endotracheale, catetere arterioso, catetere venoso centrale, catetere venoso periferico, sondino naso-gastrico, catetere vescicale con sonda termometrica.

L'assistenza infermieristica è totalmente compensativa.

Viene quindi messo in atto un lento weaning respiratorio con una graduale diminuzione del dosaggio dei farmaci.

Il primo controllo radiografico evidenzia una atelectasia del lobo superiore destro del polmone sinistro. Viene decisa una fibroscopia di controllo.

Il 7 febbraio, dopo weaning respiratorio, viene rimosso il tubo endotracheale.

Nei giorni successivi il A.Z. alterna periodi di dispnea ingravescente a periodi di eupnea.

In accordo con la fisioterapista e gli infermieri viene intensificata la ginnastica respiratoria passiva ed attiva e somministrati farmaci mucolitici e l'aerosol.

Parametri ed esami di laboratorio indicano però un peggioramento delle

### COMUNICAZIONE

Relazione presentata  
al XXII Congresso Nazionale Aniarti,  
Bologna 12,13,14 Novembre 2003

funzioni vitali. Vengono somministrati farmaci vasoattivi in pompa per sostenere il circolo, con un progressivo aumento del dosaggio.

Al prolungarsi della degenza, si inizia la somministrazione della nutrizione parentale totale (NPT) e Nutrizione enterale (NE).

In seguito, si alternano periodi di ventilazione assistita tramite CPAP con casco, a periodi di somministrazione di ossigeno-terapia ad elevata concentrazione con *ventimask* e si rendono necessarie delle fibroscopie quotidiane a scopo terapeutico e diagnostico.

Il 12 febbraio, il signor A.Z. ha un primo episodio di arresto cardiocircolatorio. Vengono attuate le manovre di rianimazione e il signor A.Z. nuovamente intubato e riconnesso al ventilatore.

Vengono effettuate una serie di indagini e si riattiva il monitoraggio emodinamico e respiratorio invasivo.

Dal punto di vista assistenziale, il signor A.Z. regredisce ad una situazione di totale dipendenza. Inoltre, le condizioni e l'immobilizzazione lo pongono a rischio di lesioni da decubito. Il materasso antidecubito è a fluttuazione d'aria e si applica un protocollo denominato *da lungodegenti*.

Una Tac evidenzia una polmonite bilaterale.

Vi è uno scadimento dell'attività gastrointestinale, cardio-respiratoria e renale, che richiedono l'emofiltrazione veno-venosa e la somministrazione di ossido nitrico per l'ipertensione polmonare.

Il decorso continua con fasi di iperpiressia; si rilevano segni di sofferenza meningea; una rachicentesi diagnostica si rivela negativa.

Il 21 febbraio viene eseguita una revisione sternale per diastasi ed il giorno successivo, un controllo Tac, evidenzia un quadro di ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome).

Il 26 febbraio, durante iperpiressia, si rileva brivido intenso. Vengono sostituite tutte le vie infusive ed arteriose.

Nella sacca di raccolta della sonda naso-gastrica viene reperito materiale ematico: una gastroscopia d'urgenza evidenzia un gemizio a livello gastrico.

Si posiziona una gastrolusi refrigerante e vengono monitorate le caratteristiche del materiale drenato.

Il 27 febbraio, con il protrarsi della ventilazione meccanica, si confeziona una tracheostomia.

Il controllo Tac e la fibroscopia indicano un lieve miglioramento del quadro polmonare.

Il 5 marzo si inizia a ridurre i sedativi e la frequenza delle rilevazioni del monitoraggio emodinamico.

Inizia lo svezzamento dal ventilatore, per arrivare ad una alternanza di prove di respiro spontaneo durante il giorno e ventilazione assistita durante la notte.

Il 10 marzo la Tac conferma l'evoluzione positiva del quadro polmonare; si accelera lo svezzamento dal ventilatore, si sospende la sedazione farmacologica, il monitoraggio emodinamico, la NE ed i farmaci per via endovenosa. Resta in corso la NPT.

Si intensifica la fisioterapia respiratoria e la mobilizzazione a letto.

Viene effettuata una consulenza psichiatrica, per i segni di disorientamento e agitazione psicomotoria.

Nei giorni successivi si conclude il weaning respiratorio, viene avviata l'alimentazione per via orale e la mobilizzazione in poltrona. Vengono rimossi i cateteri venosi centrali.

In questo momento assume importanza notevole l'assistenza infermieristica riabilitativa: gli obiettivi assistenziali mirano al recupero di una condizione di autonomia.

L'educazione mira a far apprendere la gestione della propria vita alle nuove condizioni: interventi educativi per la gestione della cannula tracheostomica, coinvolgendo i parenti...

Il 21 marzo il signor A.Z. viene trasferito in cardiocirurgia degenza.

Durante questo periodo si è portato a compimento il percorso educativo per la gestione in autonomia della tracheostomia con il coinvolgimento della sorella.

Venerdì 4 aprile Il signor A.Z. è stato dimesso.

Dopo 63 giorni della sua vita passati in ospedale, in gran parte in una Terapia Intensiva.

**L'ASSISTENZA  
INFERMIERISTICA  
NELL'EMERGENZA SANITARIA:  
ATTUALITÀ E PROSPETTIVE  
CONSENSUS MEETING  
INTERNAZIONALE**

**Lunedì 10 maggio 2004  
Ore 8.30 - 18.30**

**CENTRO DIDATTICO POLIVALENTE  
AZIENDA OSPEDALIERO  
UNIVERSITARIA CAREGGI  
FIRENZE**

- **Organizzazione dell'emergenza territoriale**
- **Triage ospedaliero ed aspetti particolari dell'assistenza in DEA**
- **Modelli di risposta al disastro del territorio ed ospedale**

Occasione imperdibile per confrontarsi con i colleghi provenienti da **USA, Inghilterra, Francia, Belgio**  
È prevista la traduzione simultanea

**infermieri € 70 + IVA  
medici € 100 + IVA**

è previsto il riconoscimento ECM secondo le indicazioni della Regione Toscana il numero dei partecipanti è limitato, saranno privilegiati gli operatori dell'emergenza

**Tel. 055/4279534  
info dea@ao-careggi.toscana.it**

**Informazioni telefonare a:  
340/4045367**

Maria Benetton, Caposala Corso di Laurea per Infermiere - Università di Padova, sede di Treviso  
Componente Comitato Direttivo Anarti

## Prima fase: "Accoglimento in reparto di degenza"

**L**a prima fase che viene esaminata, facendo una fotografia dell'esistente, è il momento dell'accoglimento. È il momento in cui la persona prende contatto con la struttura ed il personale che lo seguirà nella degenza; il paziente ha una elevata consapevolezza di quanto lo aspetta, c'è un livello di ansia moderato.

Esamineremo alcuni momenti essenziali nell'accoglimento rispetto ad alcuni criteri quali il razionale scientifico/organizzativo che giustifica l'intervento, le risorse materiali che si utilizzano e il personale che vi è dedicato.

Faremo la stessa lettura del caso, analizzando gli stessi interventi proposti, ma applicando il modello della complessità assistenziale.<sup>1,2</sup>

Leggendo la situazione del sig. A.Z. secondo il modello presentato, analizziamo come si sviluppa nei tre assi.

**ALTA STABILITÀ CLINICA** – non c'è necessità di attivazione della professionalità medica, l'infermiere mantiene un controllo standard sulla situazione clinica per rilevare alterazioni impreviste a rischio per il paziente

**ALTA COMPRESIONE/SCELTA** – leggendo questa seconda variabile il paziente è in grado di comprendere e quindi di assumere comportamenti consapevoli; anche le persone di riferimento hanno la stessa consapevolezza. Il livello di ansia, presente, ma moderata, non influisce in questa prima fase in quanto non gli viene richiesto di fornire solo delle informazioni *neutrali* che non sono relative al suo stato di salute.

**ALTA CAPACITÀ DI AGIRE IN AUTONOMIA** – il sig. A.Z. può mettere in atto autonomamente comportamenti di cura della propria persona.

Questa lettura secondo il modello della complessità assistenziale ci fa dire che questo paziente in questa fase di accoglimento non ha necessità di una assistenza di tipo infermieristico diretta; le attività e le prestazioni che si vanno

ad agire sono di raccolta di dati anagrafici e non clinici, e di controllo sulla documentazione consegnata.

Si può quindi affermare che si tratta di una attività **GENERICA** trasferibile ad altre figure con assunzione di responsabilità di chi le effettua; **SUPERVISIONE** solo sulla definizione delle procedure e del loro rispetto.

C'è comunque un nostro apporto. L'infermiere decide la:

- *procedura scritta per l'identificazione*
- *check list della documentazione sanitaria da ritirare.*

Si tratta di una attività standardizzabile, il personale da coinvolgere può essere amministrativo o personale di supporto senza particolari qualifiche.

Si sta utilizzando una risorsa (infermiere) in modo improprio che costa *molto* e che è *scarsa numericamente* distogliendola da compiti propri ed istituzionali. È piuttosto evidente l'aspetto *compensativo* degli infermieri in attività con pertinenti alla loro professionalità.

In questa fase la lettura delle tre dimensioni considerate non cambia; c'è:

**ALTA STABILITÀ**

**ALTA COMPRESIONE/SCELTA**

**ALTA CAPACITÀ DI AGIRE IN AUTONOMIA.**

Bisogna però fare delle considerazioni rispetto l'attività che si va a svolgere, cioè la pianificazione assistenziale, soprattutto per quanto riguarda la variabile *comprensione/scelta*.

Nella pianificazione l'infermiere deve ricercare e attivare le risorse della persona e del gruppo familiare affinché scelgano e adottino comportamenti di miglioramento della salute anche attraverso l'adesione al piano assistenziale. Questo significa che pur avendo la persona la piena capacità cognitiva deve essere però anche accompagnata con informazione adeguata e corretta, per poter consapevolmente scegliere. Nell'alto livello di *comprensione/scelta*, la tipologia dell'attività richiede un intervento **EDUCATIVO/RELAZIONALE** ben condotto che necessita di alta e specifica competenza.

Ma ancora questo paziente è molto autonomo. L'infermiere deve tener conto di questo per potenziare le sue risorse nella cura di sé e non pianificare attività sostitutive quando la persona è perfettamente in grado di eseguirla da solo.

La pianificazione è una attività **ESCLUSIVA** dell'infermiere non trasferibile con totale assunzione di responsabilità di chi la effettua; la supervisione è solo tra pari.

In questa fase c'è una forte **MOTIVAZIONE** dell'infermiere che si pone come interlocutore privilegiato nel definire con il cliente il piano assistenziale.

Quali **COMPETENZE** sono richieste all'infermiere?

- Competenze nella clinica; senza una adeguata preparazione scientifica è difficile individuare gli interventi da effettuare rispetto la patologia e saper rilevare le alterazioni e le complicanze possibili.
- Capacità di pianificazione; conoscenza dei modelli teorici, capacità di raccogliere dati significativi, di individuazione dei bisogni di salute e delle possibili risposte infermieristiche.
- Capacità decisionale rispetto il piano assistenziale; l'infermiere deve saper individuare le priorità assistenziali, definire i criteri di valutazione sugli interventi che siano coerenti con la situazione clinica, e deve decidere come, quali e quante risorse umane e materiali utilizzare.
- Capacità relazionali/educative nel condividere il progetto assistenziale con il cliente. In un paziente che aderisce al piano assistenziale e/o terapeutico i risultati sono migliori.

Anche in questa fase la lettura delle tre dimensioni considerate non cambia; persiste:

**ALTA STABILITÀ**

**ALTA COMPRESIONE/SCELTA**

**ALTA CAPACITÀ DI AGIRE IN AUTONOMIA.**

Bisogna però considerare la forte presenza dei familiari di riferimento che devono entrare nel progetto informati-



vo/educativo; questo aumenta la complessità dell'intervento educativo che viene richiesto all'infermiere.

In questa fase l'attività si espleta nel valutare la partecipazione al progetto educativo, nella trasmissione di informazioni, nell'effettuare interventi educativi (cure igieniche per la riduzione delle infezioni, ginnastica respiratoria, ecc.), e nel valutare la comprensione.

La persona deve essere posta in condizione di poter scegliere dando conoscenza; anche se è consapevole non è un esperto e la sua scelta deve passare attraverso una informazione ed un intervento educativo adeguato alla situazione, corretto ed efficace.

Attività educativa è **ESCLUSIVA** dell'infermiere perché il percorso formativo di base prevede il raggiungimento di questa competenza. È una attività **NON TRASFERIBILE** alle figure di supporto.

Questa attività è spesso penalizzata e poco agita per motivazioni di tempo; ma se togliamo le attività improprie vediamo che la risorsa infermiere ha tutte le possibilità di dimostrare e di applicare le competenze acquisite nella formazione di base e nel rispetto del suo profilo professionale.

L'attività educativa deve essere sempre agita dall'infermiere, in ogni momento dell'assistenza, in quanto **VALORIZZANTE** la professione.

Anche in questa fase la lettura delle tre dimensioni considerate non cambia:

**ALTA STABILITÀ**  
**ALTA COMPRESIONE/SCelta**

**ALTA CAPACITÀ DI AGIRE IN AUTONOMIA.**

La riflessione che possiamo fare è che c'è la necessità di sottoporre la persona ad ulteriori accertamenti diagnostici; l'intervento collaborativo con il medico è per garantire la prescrizione diagnostica. Serve una integrazione tra medico ed infermiere ma ovviamente c'è scarsa decisionalità in quanto l'atto è prescrittivo.

Ma essendo il paziente clinicamente stabile, l'infermiere può anche decidere che parte dell'attività di *garantire le prescrizioni diagnostico-terapeutiche* può trasferirle a figure di supporto. Non c'è la necessità che svolga in proprio, ad esempio, l'accompagnamento alle Diagnostiche. Ben diverso sarebbe se il paziente fosse a rischio di instabilità o addirittura molto instabile dove dovrebbe prevedere l'attivazione di risorse diverse nelle professionalità o nel numero.

Gli interventi che si vanno ad espleta-

Situazione assistenziale	Razionale scientifico/ organizzativo	Mezzi/ strumenti	Professionalità/organizzazione
<p>1. Prima accoglienza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>raccolta dati anagrafici,</li> <li>controllo della documentazione consegnata dal paziente,</li> <li>compilazione con i dati anagrafici raccolti delle schede e cartelle in uso nella unità operativa.</li> </ul>	<p>Importanza dell'esatta identificazione della persona.</p> <p>Il controllo della documentazione consegnata consente di disporre di referti necessari, e di comporre la cartella clinica ai fini medico-legali.<sup>10</sup></p>	Strumenti di documentazione.	<p>Infermiere o infermiere coordinatore</p> <p>COMPETENZE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>nessuna decisionalità,</li> <li>richiesta attenzione nella esatta compilazione,</li> <li>competenze sociali (cortesie, educazione).</li> </ul>
<p>2. Pianificazione assistenziale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anamnesi remota e prossima,</li> <li>Individuazione dei bisogni assistenziali,</li> <li>Pianificazione dell'assistenza,</li> <li>Prima applicazione del piano ed interventi adottati.</li> </ul>	<p>I pazienti che ricevono una assistenza personalizzata hanno migliori risultati di esito rispetto ai pazienti che ricevono una assistenza di routine.<sup>11</sup></p> <p>L'introduzione di esplicite Linee Guida nella pratica clinica migliora l'esito dell'assistenza.<sup>12</sup></p>	Strumenti di informazione ed integrazione cartella infermieristica, moduli informatizzazione dati.	<p>Infermiere</p> <p>COMPETENZE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>esperienza clinica di base,</li> <li>competenza nella pianificazione di base,</li> <li>alta discrezionalità nell'assunzione di decisioni,</li> <li>conoscenza della documentazione in uso.</li> </ul>
<p>3. Informazione al malato ed alle persone di riferimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>intervento di informazione ed educazione terapeutica per il pre-post operatorio,</li> <li>valutazione sulla comprensione.</li> </ul>	<p>I pazienti informati, collaborano maggiormente ed i risultati sono migliori.</p> <p>Fornire le informazioni al malato e alle persone di riferimento è un obbligo per il professionista sanitario.<sup>13</sup></p>	<p>Tecniche di comunicazione e di educazione. Colloquio. Opuscoli informativi.</p>	<p>Medico per la comunicazione delle informazioni relative alla patologia ed al processo diagnostico-terapeutico.</p> <p>Infermiere per le informazioni relative ad alcuni aspetti del pre-post operatorio.</p> <p>L'intervento è soprattutto informativo. Non viene valutato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>la comprensione dell'informazione,</li> <li>lo sviluppo di abilità o comportamenti finalizzati al recupero della propria salute,</li> <li>la partecipazione dei familiari al progetto educativo,</li> </ul>
<p>4. Indagini diagnostiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>informazione al malato/famiglia relativamente alle indagini, loro significato e alla preparazione,</li> <li>Organizzazione, preparazione, attuazione delle indagini,</li> <li>Recupero e prima interpretazione dei referti.</li> </ul>	<p>I pazienti informati sul programma diagnostico, collaborano maggiormente all'effettuazione delle stesse ed i risultati sono migliori.</p>	<p>Attrezzature diagnostiche.</p> <p>Procedure organizzative con le unità operative di diagnosi e cura.</p> <p>Procedure operative interne per il trasporto del paziente.</p>	<p>Medici ed altri specialisti</p> <p>Infermiere</p> <p>COMPETENZE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>esperienza clinica per la preparazione e l'assistenza nella fase diagnostica,</li> <li>conoscenze cliniche per la lettura dei referti ed individuazione delle alterazioni potenzialmente a rischio.</li> </ul> <p>Operatori di supporto</p> <p>COMPETENZE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>conoscenza delle procedure organizzative sul trasporto,</li> <li>assunzione di responsabilità nel recupero della documentazione sanitaria.</li> </ul>
<p>5. preparazione preoperatoria all'intervento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>preparazione intestinale,</li> <li>tricotomia,</li> <li>doccia preoperatoria,</li> <li>sciacqui orali con clorexidina.</li> </ul>	<p>La tricotomia immediatamente precedente all'intervento è associata ad un minor tasso di infezione del sito chirurgico (SSI) se comparata a quella eseguita entro le 24 ore precedenti. Non depilare il paziente a meno che i peli non interferiscano con la procedura chirurgica. Raccomandazione I A.<sup>14</sup></p> <p>La doccia preoperatoria con clorexidina gluconato riduce l'entità della colonizzazione cutanea, e per ottenere il massimo effetto antimicrobico sono indicate ripetute docce antisettiche. Non è però ancora dimostrato il loro ruolo nella riduzione dell'infezione del sito chirurgico. Si consiglia di far eseguire una doccia o un bagno antisettico almeno la notte precedente l'intervento chirurgico. Raccomandazione II B.<sup>15</sup></p> <p>La pre-risciacquatura del cavo orale con clorexidina gluconato 0,12% riduce significativamente la mortalità nei pazienti sottoposti a cardiocirurgia a cuore aperto.<sup>16</sup></p>		<p>Infermiere</p> <p>COMPETENZE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>adesione alla prassi.</li> </ul> <p>Operatori di supporto</p> <p>COMPETENZE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>generico aiuto o disponibilità all'aiuto nella doccia preoperatoria.</li> </ul>

re richiedono la partecipazione di varie figure.

L'attività informativa sulle procedure diagnostiche a cui sarà sottoposto il paziente è **SPECIFICA** del medico e dell'infermiere. Per prassi l'informazione viene data dal medico che è il decisore del processo diagnostico-terapeutico.

L'attività organizzativa di preparazione all'esame diagnostico è **SPECIFICA** del medico e dell'infermiere, anche se per prassi questa è svolta dall'infermiere. Richiede conoscenza clinica specifica (la tipologia dell'indagine diagnostica) ma anche degli assetti organizzativi dei Servizi che effettuano la prestazione.

L'attività di interpretazione dei risultati diagnostici è **ESCLUSIVA** del medico.

L'attività di individuazione e segnalazione di alterazioni è **SPECIFICA** dell'infermiere che rileva situazioni a rischio e le comunica al medico.

Nelle attività di informazione, organizzazione ed interpretazione immediata dei referti per la segnalazione immediata di alterazioni patologiche, c'è una forte **MOTIVAZIONE** e **VALORIZZAZIONE** dell'infermiere in quanto figura della continuità assistenziale (c'è sempre e lui attiva il medico) e, nei confronti del paziente, la competenza clinica che esprime rappresenta un elemento di sicurezza per la sua salute.

C'è una bassa discrezionalità decisoria sul *cosa fare* in quanto attività di prescrizione diagnostica, mentre è alta la capacità nell'interpretazione dei segni di alterazione e nell'attivazione della professionalità medica. Alta è quindi la discrezionalità **DECISORIA** rispetto questi ultimi elementi.

L'attività accompagnamento nei Servizi Diagnostici può essere trasferita all'operatore di supporto dato che il paziente è clinicamente stabile ed in grado di riferire eventuali segni di alterazione; così pure il recupero referti.

Gli operatori di supporto assumono la responsabilità per l'atto ma è responsabilità dell'infermiere la decisione di trasferimento e supervisione dei risultati (**ESCLUSIVA** dell'infermiere).

Il sig. A.Z. nella lettura del modello continua ad avere:

**ALTA STABILITÀ**

**ALTA COMPrensione/SCelta**

**ALTA CAPACITÀ DI AGIRE IN AUTONOMIA.**

La riflessione da fare è soprattutto sulla stabilità clinica e sull'autonomia. Lo si sta sottoponendo a prestazioni tec-

niche, di bassa complessità (doccia, tricotomia) che non vanno a complicare la sua situazione clinica che, abbiamo visto è di alta stabilità.

Alcune attività **GENERICHE** attualmente svolte dall'infermiere potrebbero essere perciò trasferite agli operatori di supporto. A bassa complessità assistenziale le attività di tricotomia, doccia preoperatoria, aiuto nell'effettuazione degli sciacqui orali, sono attività standardizzabili che richiedono solo abilità tecnica. C'è assunzione di responsabilità per l'atto ma responsabilità sulla decisione di trasferimento e supervisione dei risultati rimane **ESCLUSIVA** dell'infermiere.

Una ulteriore considerazione che ci deriva dall'applicazione del modello rispetto la lettura dell'asse autonomia. L'autonomia del paziente è così elevata che possiamo anche pensare che per la doccia non abbia bisogno di aiuto o di supervisione da parte dell'operatore di supporto e che la tricotomia possa anche eseguirla da solo.

In fondo l'infermiere deve ricercare di mantenere e di potenziare le capacità del suo paziente affinché raggiunga il massimo grado di autonomia che gli è consentito. Invece con l'attuale prassi lo rendiamo dipendente anche nelle pratiche che può gestirsi da solo, considerando che la sua capacità di comprendere, scegliere ed interagire è assolutamente mantenuta.

L'attività di educazione al paziente sulle procedure per il controllo delle infezioni ospedaliere rimane invece **ESCLUSIVA** dell'infermiere, non trasferibile al personale di supporto il quale eventualmente applica solo le procedure definite dall'infermiere.

Alta **AUTONOMIA DECISIONALE** dell'infermiere per:

- *trasferibilità dell'attività in riferimento alla complessità assistenziale del paziente e di supervisione dell'operato (ESCLUSIVA);*
- *definizione della procedura scritta per la parte di prestazione trasferibile (ESCLUSIVA);*
- *formazione degli operatori di supporto (ESCLUSIVA).*

Concludendo la lettura di questa fase dell'accoglimento in reparto di degenza, quali sono le competenze che l'infermiere esprime? All'infermiere servono:

- *competenze sulla pianificazione assistenziale,*

- *competenze relazionali elevate,*
- *competenze educative elevate,*
- *abilità tecniche generiche e di conoscenza della tecnologia semplice,*
- *capacità di supervisione e collaborazione con le figure di supporto.*

Sembra quindi che un infermiere con formazione di base, per così dire **generalista** possa rispondere ai bisogni di salute di questo paziente.

Non appare indicato ricorrere ad un professionista con competenze diversificate acquisite con formazione post-base.

Ma questa nostra opinione, la confronteremo con Voi inviandola al dibattito che seguirà.

## Bibliografia

1. Modello ideato da Finos, Pellizzari, Pilacco, Silvestro, 2001.
2. Vallicella F., *La filosofia del progetto manageriale della Federazione Ispavi*. Atti XIII Congresso Nazionale Ispavi, Roma 19/20/21 settembre 2001.
3. DPR 27 marzo 1969 n. 128, Cod. Penale art. 476.
4. Heater B.S., Becker A.M., Olson R.K., *Nursing interventions and patient outcomes: a meta-analysis of studies*. Nursing Research 1988; 37 (5): 303-307.
5. Chalmers I., *Evaluating the effects of care during pregnancy and childbirth*. I. Pregnanc, Oxford University Press, Oxford 1989; 3-38.
6. Codice Deontologico dell'Infermiere 1999 art. 4.
7. *Linee Guida sulla Prevenzione dell'Infezione del Sito Chirurgico*. Center of Disease Control and Prevention, Atlanta 1999.
8. DeRiso A.J., 2nd, Ladowski J.S., Dillon T.A., Justice J.W., Peterson A.C., *Chlorhexidine gluconate 0.12% oral rinse reduces the incidence of total nosocomial respiratory infection and nonprophylactic systemic antibiotic use in patients undergoing heart surgery*. Chest. 1996 Jun;109(6): 1556-61.
9. Houston S., Hougland P., Anderson J.J., LaRocco M., Kennedy V., Gentry L.O., *Effectiveness of 0.12% chlorhexidine gluconate oral rinse in reducing prevalence of nosocomial pneumonia in patients undergoing heart surgery*. Am J Crit Care. 2002 Nov;11(6): 567-70.

## COMUNICAZIONE

Relazione presentata al XXII Congresso Nazionale Aniarti, Bologna 12,13,14 Novembre 2003

**Angelina Di Nuccio**, Coordinatrice Servizio Operatorio P.O. "S. Rocco" Sessa Aurunca A.S.L. CE/2 - Caserta

**Stefano Sebastiani**, DDSI - Responsabile di insegnamento e coordinatore tecnico/pratico di tirocinio del Master in Assistenza Infermieristica in Area Critica - Università degli Studi di Bologna. Incaricato dell'insegnamento presso il Corso di Laurea in Infermieristica - Università degli Studi di Ferrara in servizio presso il Settore formazione ed aggiornamento Azienda Ospedaliera di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi.

## Seconda fase: "Intensività Assistenziale alla Persona Stabile"



COMUNICAZIONE  
Relazione presentata  
al XXII Congresso Nazionale Aniarti,  
Bologna 12,13,14 Novembre 2003

Iniziamo la trattazione di questa fase ricordando che essa inizia con l'arrivo del signor A.Z. dalla sala operatoria e termina il 12 febbraio con un episodio di ACR.

Vediamo ora di riprendere la storia del signor A.Z..

Il sig. A.Z. dopo un intervento di circa 14 ore, viene trasferito presso la Rianimazione Cardiocirurgia alle ore 23,30 del 5 febbraio. All'accettazione la persona è ancora sedata e ventilata artificialmente (VAM), pertanto è incapace di comprendere le sue condizioni di salute.

A.Z. in questa fase è in relativa stabilità vitale, - le prime ore - sono sempre critiche dopo un intervento cardiocirurgico con un forte rischio di instabilità: infatti ha un Euro Score di 9, per cui ad alto rischio di mortalità nei primi 30 giorni post intervento.

La persona ha bisogno di mantenere la condizione di stabilità e di procedere lungo il continuum verso la salute.

L'intervento è durato circa 14 ore e per questo era già stato predisposto un ausilio antidecubito<sup>1</sup> preventivo.

La postazione era stata predisposta con un ventilatore e la monitorizzazione di base (ECG, PA PVC Temp. SpO<sub>2</sub>)

All'arrivo A.Z. viene monitorizzato, impostate le terapie, prelevati ed inviati in urgenza i campioni ematici per uno screening di controllo e fatta la prima radiografia di controllo post operatoria.

Durante la notte si procede a preparare la fase di risveglio. Prosegue la blanda sedazione, che dura di norma circa 12 ore, inizia, quindi, un lento weaning respiratorio ed una graduale diminuzione dei dosaggi dei farmaci somministrati.

Nelle prime ore post operatorie abbiamo un costante intervento di controllo e monitoraggio dei parametri vitali, che permettono di osservare i più

piccoli segni di variazioni delle condizioni cliniche della persona e così intervenire con azioni immediate anche attivando un altro professionista, l'anestesta<sup>2</sup>.

Un altro aspetto seguito in queste ore è la toilette bronchiale con broncoaspirazione, sia per prevenire complicanze infettive, sia per ridurre i rischi di atelectasie o di tappi.

Al mattino vengono effettuate dall'infermiere responsabile della postazione, assieme ad un OTA, le cure igieniche, con mobilitazione della persona.

Segue un controllo radiografico con una radiografia del torace, che rileverà una atelectasia del lobo superiore Dx: pertanto viene effettuata una fibroscopia di controllo e toilette e dopo questa toilette fibroscopica proseguono le broncoaspirazioni.

La terapia infusiva, oltre a veicolare i farmaci, si fa carico dell'idratazione della persona, mentre per queste prime 48 ore non ci si occupa dell'aspetto nutrizionale (le uniche scarse calorie provengono dalla glucosata al 5%).

In seconda giornata, il 7 febbraio, viene rimosso il tubo endotracheale<sup>3</sup>.

Nei giorni successivi il sig. A.Z. alternerà a periodi di forte dispnea, altri di eupnea: come terapia vengono somministrati farmaci mucolitici ed aerosol terapia.

Inoltre, i dati del monitoraggio e di laboratorio indicano uno scadimento delle funzioni vitali, perciò, per sostenere l'emodinamica circolatoria, vengono prescritti gli appositi farmaci con un progressivo aumento del loro dosaggio.

A causa della situazione, l'alimentazione ordinaria non riesce ad essere impostata per cui si inizia la somministrazione della NPT e dopo alcuni giorni si abbina una NE con l'intento di passare esclusivamente a quest'ultima.

In seguito si alternano periodi di ventilazione assistita tramite CPAP con casco a periodi di somministrazione ad elevata concentrazione di Ossigeno terapia con ventimask e fibroscopie quotidiane.

Questa fase termina il 12 febbraio con il primo episodio di ACR.

## Situazioni assistenziali

### L'immediato post operatorio

Vediamo ora alcune situazioni assistenziali, il primo è l'immediato post operatorio.

Questo momento inizia prima dell'arrivo della persona, con la preparazione dell'unità di degenza che costituisce il primo stadio, in questo momento - attore è l'infermiere che deve utilizzare competenze diagnostiche, assistenziali, di pianificazione e decisionali (ricordiamo che una serie di informazioni sono già in possesso dell'équipe) per scegliere - cosa predisporre e ciò non richiede competenze specifiche.

All'arrivo della persona inizia il monitoraggio, quindi in questo momento abbiamo sia la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico terapeutiche, sia la raccolta dati per il processo diagnostico che ci consente - di pianificare ulteriori interventi e di valutare se la prima pianificazione era stata corretta o deve essere rivista.

Ad esempio se abbiamo predisposto un ausilio antidecubito sotto dosato rispetto allo stato della persona, potremmo orientarci verso altri ausili o presidi antidecubito dopo la valutazione del rischio secondo la scala adottata.

Gli attori coinvolti in questa fase sono sia il medico (anestesista) che accompagna la persona e ci fornisce informazioni cliniche sull'intervento, sia l'infermiere che deve possedere non solo competenze cliniche, assistenziali ed esperienza, ma anche capacità decisionali ed organizzative.

L'intervento infermieristico è quindi tesò:

- all'allestimento e preparazione dell'unità di degenza ATTIVITÀ GENERICA;
- all'osservazione diretta delle condizioni della persona e dei parametri indicati dal monitoraggio (ECG, PA, PVC, Temp. SpO<sub>2</sub>, controllo dei drenaggi ecc.), ATTIVITÀ SPECIFICA, per interpretare quei segnali anche picco-

li che consentono di prevedere lo sviluppo di eventuali complicanze;

- a garantire la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico - terapeutiche ATTIVITÀ SPECIFICA;
- alla relazione/comunicazione (esempio fase di risveglio tranquillizzazione e spiegazione di cosa sta succedendo) ATTIVITÀ SPECIFICA ED ESCLUSIVA;
- alla identificazione dei bisogni assistenziali e pianificazione degli interventi ATTIVITÀ ESCLUSIVA.

### Analisi utilizzando il modello

Adesso prendendo in esame la persona in questa situazione, con l'ausilio del modello per definire la complessità assistenziale, vediamo di analizzare i tre assi.

### Primo asse: asse salute malattia

Considerando l'asse Salute malattia possiamo dire che dopo una INIZIALE INSTABILITÀ abbiamo una evoluzione VERSO LA STABILITÀ CLINICA.

La persona è sensibile a molteplici stimoli, per cui la sua stabilizzazione viene ottenuta progressivamente col tempo. La sua instabilità è, però, standardizzabile, per questo gli interventi che la persona richiede sono improntati all'applicazione di protocolli diagnostico-terapeutici definiti. Ecco che la discrezionalità decisionale è bassa, però resta alto il livello di preparazione necessario, perché l'infermiere è responsabile del controllo della persona, della sua condizione ed evoluzione clinica, deve saper rilevare alterazioni dei parametri vitali ed eventuali complicanze che potrebbero essere a rischio per la stessa.

Quindi, in virtù di questa preparazione, resta un certo grado di autonomia nel pianificare - *quando* e come compiere le attività prescritte. (D.M. 739/94 art. 1 L'infermiere pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale e garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico terapeutiche).

Le possibilità di intervento di personale di supporto sono molto basse (forse solo sul punto 2 relativo al riordino e preparazione del materiale).

Ad esempio un protocollo di accettazione con suddivisione di compiti e la collaborazione del personale di supporto nell'allestimento dell'unità di degenza, il controllo di check-list e di riordino

del materiale utilizzato, permette all'infermiere di occuparsi di altre attività più specifiche ed esclusive, di tipo tecnico e relazionale).

### Secondo asse: asse comprensione scelta

Per quanto riguarda l'asse Comprensione/Scelta, partiamo da una iniziale totale INCAPACITÀ di comprensione/scelta (perché la persona è ancora in coma farmacologico) e passiamo ad una progressiva, ma pur sempre parziale capacità di comprensione scelta.

La persona si presenta nelle prime ore (a causa dell'anestesia e della sedazione) in situazione di incapacità a rapportarsi e relazionare con l'ambiente circostante, in seguito, gradatamente, con l'aumento dello stato di coscienza si trova ad oscillare tra la parziale - ed a volte, totale capacità di comprendere le proprie necessità in relazione alla condizione di salute/malattia e di conseguenza mettere in atto una scelta consapevole dei comportamenti idonei.

Altro aspetto da considerare rispetto questo asse è il contatto con i familiari, altra attività SPECIFICA.

### Terzo asse: autonomia

Il terzo asse (l'asse dell'autonomia della persona) per il Sig. A.Z., è caratterizzato da una totale dipendenza, che non si modifica durante questo momento assistenziale.

Quindi, la persona ha necessità di aver assicurato il soddisfacimento dei suoi bisogni di base, quali - sicurezza, igiene e comfort.

Il ruolo dell'infermiere rispetto a questo asse è di PIANIFICAZIONE (D.M. 739/94) ESCLUSIVA.

Il suo intervento inizia ancora prima dell'arrivo della persona assistita, con la preparazione del materiale e dell'unità (ventilatore automatico, monitor, pompe volumetriche ecc.). Questa attività è GENERICA, per cui può essere svolta benissimo da personale di supporto, che su specifica pianificazione infermieristica ESCLUSIVA, può predisporre la postazione e l'infermiere con *check List* esegue solo il controllo dell'operato del personale di supporto.

L'infermiere avrà, quindi, pianificato che se il soggetto ha un EUROSCORE 9 e l'intervento supera le 10 ore si deve attrezzare il letto con ausilio antidecubito preventivo.

La prevenzione delle Infezioni respiratorie.

Veniamo ora ad un altro momento assistenziale: la prevenzione delle Infezioni respiratorie. Riprendendo l'analisi del caso esaminato vediamo che la respirazione artificiale meccanica o assistita è necessaria per il Sig. A.Z. nell'immediato post-operatorio, pertanto ricordiamo che la necessità di misure di assistenza legate alle ventilazione artificiale aumentano i rischi a cui è esposto il paziente riguardo alle infezioni respiratorie.

All'interno di questo momento abbiamo l'aspirazione endotracheale - eseguita con il normale sondino e con l'ausilio del fibroscopio. Inoltre, abbiamo tutto il weaning ventilatorio finalizzato ad una estubazione precoce perché sappiamo (linee guida CDC) che ogni giorno di intubazione e ventilazione meccanica aumenta il rischio di VAP dall'1% al 3%.

Dopo solo 48 ore si ha la possibilità di sviluppo della polmonite associata a VAM (Grossman R.F., 2000; Chastre J., 2002, AA.VV.) con - inoltre - un elevato tasso di incidenza e cioè tra il 6% ed il 28% (Craven D.E., *Epidemiology of Ventilator-Associated Pneumonia Chest* 2000; Chastre J., *Ventilator-associated Pneumonia*, Am. J. Respir. Critical Care Med. 2002).

L'educazione sanitaria poi è finalizzata alla corretta ventilazione e all'igiene del cavo orale (importante al fine di prevenire l'insorgenza di VAP).

Le professioni coinvolte sono:

Infermiere (da solo o in coppia), il Medico.

Le competenze infermieristiche necessarie sono: *tecnica; clinica; assistenziale; decisionale e relazionale.*

L'intervento infermieristico quindi è teso:

- all'applicazione corretta dei protocolli e procedure per l'aspirazione endotracheale, e per l'igiene del cavo orale (nella fase di intubazione endotracheale) **ATTIVITÀ SPECIFICA;**
- alla preparazione e riordino del materiale utile alla broncoscopia diagnostica-terapeutica **ATTIVITÀ GENERICA;**
- alla collaborazione con il medico nell'esecuzione della broncoscopia **ATTIVITÀ SPECIFICA;**
- al controllo della persona e dei parametri nella fase di weaning respiratorio di svezzamento **ATTIVITÀ SPECIFICA;**

- all'educazione sanitaria, che per difesa al dolore potrebbe evitare la tosse o minimi movimenti di mobilizzazione, che sono benefici **ATTIVITÀ SPECIFICA;**
- alla relazione ed informazione dei familiari sull'**ATTIVITÀ SPECIFICA.**

*Analisi utilizzando il modello*

Analizzando la fase di prevenzione delle Infezioni Respiratorie per la persona A.Z. secondo il modello presentato, vediamo come si sviluppa sulle tre assi.

**Primo asse: asse salute malattia**

**Iniziale Instabilità, Che Evolve Verso La Stabilità Clinica.**

La persona in questo momento richiede di non peggiorare le sue condizioni cliniche e di continuare su questo percorso, verso la massima stabilizzazione.

Pertanto, tutte le attività finalizzate alla prevenzione di complicanze infettive devono essere svolte tenendo conto di non provocare ulteriori danni o instabilità.

L'agire si basa, quindi, su protocolli terapeutici e assistenziali codificati ed ecco che la discrezionalità decisoria è bassa.

Resta alto il livello di preparazione necessaria perché l'infermiere è responsabile del controllo del paziente, della sua condizione ed evoluzione clinica, deve saper rilevare alterazioni dei parametri vitali ed eventuali complicanze che potrebbero essere a rischio per la persona.

Il saper cogliere i momenti di stress e stanchezza della persona nella fase di svezzamento dal ventilatore meccanico, fa emergere la competenza ed esperienza clinica.

Ha un ruolo di collaborazione importante nell'esecuzione delle ripetute broncoscopie diagnostiche e terapeutiche. Inoltre - ha il suo grado di autonomia nella pianificazione e valutazione delle prestazioni assistenziali erogate.

**Secondo asse: asse comprensione scelta**

**Da iniziale incapacità** (sedato ed intubazione OT ed ancora legato al ventilatore automatico), egli evolve a **PARZIALE** (weaning ventilatorio di pre-estubazione, uso del casco per una CPAP ed una maschera di Venturi per una ossigeno terapia ad alti flussi) ed infine a **TOTALE CAPACITÀ DI COMPRESIONE** perché il paziente è sveglio ed in respiro spontaneo.

L'aspirazione dei mucchi è, senza dubbio, fastidiosa se la persona è sveglia, ma se le è stato spiegato ed ha capito l'importanza di quella azione per una sua migliore respirazione, avrà sicuramente meno ansia. Inoltre è importante svolgere una attività di educazione sanitaria, educazione (esempio come si esegue una tosse efficace e come si respira anche tenendo conto del dolore post-operatorio, che potrebbe condizionare la persona ad una respirazione più superficiale oppure fargli evitare la tosse per difesa). Il ruolo dell'Infermiere è quello di mobilitare le risorse della persona, al fine di adottare comportamenti idonei per ristabilire la propria salute ed è, questo, un intervento eminentemente educativo.

Ricordiamo che questa è una attività **SPECIFICA** dell'infermiere in quanto anche, ma non solo, lui ha avuto una formazione *dedicata* e specifica, riconosciuta negli ordinamenti didattici e richiamati dal profilo professionale.

Dalla relazione/informazione dei familiari del paziente è possibile creare una alleanza terapeutica, che aiuta nel rassicurare ed incoraggiare la persona, a non crearle ulteriore apprensione oppure a farle percepire ansia o paura, trasmesse, anche involontariamente, dai familiari.

**Terzo asse: autonomia**

Rispetto a questo asse A.Z. evolve, da iniziale completa dipendenza (sedato ed intubazione OT), a parziale autonomia.

Il ruolo dell'infermiere rispetto a questo asse è di **PIANIFICAZIONE** (D.M. 739/94) che costituisce una attività esclusiva.

Una attività, quale quella dell'igiene del cavo orale che va effettuata con cura ed è atta a prevenire l'istaurarsi di infezioni polmonari, che inizialmente (quando la persona non è ancora cosciente) è **SPECIFICA** per l'infermiere, per divenire, successivamente, **GENERICA** e quindi anche delegabile, quando la persona senza tubo oro tracheale e sondino è ben sveglia e con disponibilità completa di un arto superiore e l'altro solo leggermente vincolato dalla presenza di arteria ed eventuale periferica ed in grado di poter/dover svolgere questa attività da solo.

Altra considerazione da fare, riguarda la preparazione e riordino del materiale

utile alla broncoscopia diagnostica-terapeutica perché è una ATTIVITÀ GENERICA.

Si può, quindi, affermare che si tratta di una attività GENERICA e pertanto trasferibile ad altre figure professionali di supporto, con assunzione di responsabilità di chi le effettua e di SUPERVISIONE solo sulla definizione delle procedure e del loro rispetto, ATTIVITÀ SPECIFICA dell'infermiere.

C'è comunque l'intervento dell'Infermiere che decide:

- *check list del materiale da preparare per una fibroscopia, con broncoscopio;*
- *procedura scritta per il riordino del materiale, decontaminazione ed avvio alla disinfezione/sterilizzazione.*

Si tratta di una attività standardizzabile, il personale da coinvolgere può essere personale di supporto, con supervisione dell'infermiere.

## Cure Igieniche

### Situazione attuale

La terza situazione assistenziale che vogliamo portare alla vostra attenzione è quella delle cure igieniche, intese sia - totali - che parziali, per la frequenza e l'importanza che rivestono nella nostra routine.

In questa situazione assistenziale abbiamo compreso anche la rivalutazione del rischio di LdD. Ricordiamo come la prima valutazione era stata fatta, basandoci solo sui dati in nostro possesso (euroscore della persona e durata dell'intervento<sup>4</sup>), prima dell'arrivo del Sig. A.Z. e che aveva portato alla scelta di assegnare un ausilio antidecubito di base. Durante questa situazione assistenziale abbiamo modo di rivalutare il rischio quotidianamente<sup>5</sup>.

La pianificazione degli interventi assistenziali<sup>6</sup> riveste anche qui una importanza notevole, così come l'attenzione trasversale (ma che qui assume un valore particolare) al rispetto della privacy.

Il personale coinvolto in questa situazione assistenziale sono Infermieri e personale di supporto; possiamo vedere in azione sia 2 infermieri, sia un infermiere con un operatore di supporto.

Le competenze infermieristiche in gioco sono:

- *esperienza clinica di base;*
- *competenza nella pianificazione di base;*

- *alta discrezionalità decisoria;*
- *supervisione, controllo e valutazione dei risultati attesi D.M. 739/94;*
- *supervisione delle attività affidate al personale di supporto.*

L'intervento infermieristico quindi è teso:

- *alla pianificazione degli interventi assistenziali che ricordiamo essere una attività esclusiva;*
- *alla valutazione del rischio che si può considerare una attività specifica;*
- *all'applicazione degli interventi assistenziali precedentemente pianificati che possono essere sia una attività specifica (considerando lo stato della persona) che generica, qualora la persona non sia in determinate condizioni;*
- *alla verifica dell'attività affidata al personale di supporto che ricordiamo essere sempre esclusiva del personale infermieristico.*

### Analisi utilizzando il modello

Analizzando questa situazione assistenziale per il signor A.Z. secondo il modello presentato, vediamo come si sviluppano i tre assi.

Quali stimoli ci vengono forniti per l'assistenza alla persona vista sui tre assi?

Il primo asse (SALUTE MALATTIA) vede A.Z. con una iniziale instabilità che evolve verso la stabilità clinica, è quello che ci fornisce meno input, anche se sono molto importanti.

Possiamo considerare che tutte le azioni che si compiono, sulla e con la persona, non devono peggiorare o destabilizzare la sua situazione (esempio posizionamenti che interferiscono con device, rimozione accidentale di device, strozzatura o inginocchiamento di vie con conseguente assenza di infusione/monitorizzazione e/o boli), al tempo stesso occorre evitare che subentrino complicanze, esempio nel nostro caso LdD o infezioni. L'impegno assistenziale su questo asse non è quindi significativo.

Il secondo asse (COMPRESIONE SCELTA) che da una iniziale bassa capacità di comprensione nelle prime 12 ore, diventa alta e ci fornisce molti stimoli per l'assistenza.

L'impegno dell'infermiere è sempre molto forte su questo asse anche se cambia il suo modo di intervenire col

cambiare dello stato della persona assistita; in un primo momento rispetto alla persona che non è in grado di comunicare, comprendere o scegliere, sarà l'infermiere che dovrà rendersi garante che le volontà espresse precedentemente siano rispettate e dovrà scegliere in sua vece; in un secondo momento, qualora A.Z. riacquisti la possibilità di comprendere, e quindi ridivenga in grado di capire cosa è bene per la sua salute, dovrà essere informato di cosa sta avvenendo, rassicurato, al fine di ottenere una buona compliance alle pratiche assistenziali ed insegnargli come, da solo, svolgerle in seguito.

Inoltre, sarà sempre l'infermiere che dovrà spiegare l'importanza di muoversi (e in che limiti) al fine di evitare LdD e lo stimolerà a muoversi con quei piccoli movimenti nel letto (ad esempio muovere gli arti, flettere il piede, compiere piccoli spostamenti delle zone che hanno subito maggior compressione, ecc.), atti a prevenire la sindrome da immobilizzazione. Questa attività di educatore può essere considerata specifica, ma in alcuni casi come in questo, diviene esclusiva.

Il terzo asse (AZIONE AUTONOMA) vede l'iniziale completa dipendenza evoluta ad una parziale, ci fornisce ulteriori stimoli assistenziali soprattutto nella pianificazione, come ad esempio la valutazione del rischio di contrarre LdD secondo l'adozione di una scala di valutazione che è una attività esclusiva che porterà l'infermiere alla scelta degli ausili e presidi antidecubito da adottare in questa fase mettendo in campo la sua discrezionalità decisoria.

Inoltre, A.Z. non cessa, solo per il fatto di avere subito un intervento cardiocirurgico, di necessitare di cure igieniche.

Queste ultime se nelle prime ore, visto la potenziale instabilità, richiedono l'intervento SPECIFICO dell'infermiere eventualmente con il contributo di personale di supporto, in seguito se, come per A.Z. non sussistono condizioni terapeutiche particolari come dover impiantare assistenze ventricolari o contropulsatori, oppure è stato sottoposto a stress assistenziali (esempio weaning ventilatorio), possono essere fatte anche da solo personale di supporto essendo attività GENERICHE.

Diventa ESCLUSIVO stimolare la perso-

na a recuperare tutte le risorse residue, invitandolo ed educandolo, ad esempio, ad assolvere da solo o con un piccolo supporto all'igiene del cavo orale o del volto.

## Alimentazione

### Situazione attuale

L'ultima situazione assistenziale che vogliamo portare alla vostra attenzione è quella inerente all'alimentazione.

Abbiamo ancora la pianificazione degli interventi assistenziali<sup>7</sup> con la sua importanza, dobbiamo ricordare la gestione del SNG e del CVC e la gestione delle pompe infusive, nonché il controllo del bilancio idroelettrolitico.

Il personale coinvolto in questa situazione assistenziale è vario, abbiamo infatti a fianco dell'Infermiere e del personale di supporto, l'Anestesista e il Farmacista.

Le competenze infermieristiche che intervengono in questa situazione assistenziale sono:

1. *esperienza clinica di base;*
2. *competenza nella pianificazione di base;*
3. *alta discrezionalità decisoria;*
4. *supervisione, controllo e valutazione dei risultati attesi D.M 739/94;*
5. *supervisione delle attività affidate al personale di supporto;*

L'intervento infermieristico quindi è teso alla:

1. *valutazione della necessità di alimentazione che, come sappiamo, è una attività specifica;*
2. *pianificazione degli interventi assistenziali che è e resta una attività esclusiva;*
3. *soddisfazione del bisogno di alimentazione che può essere una attività specifica se rivolta alla persona con problemi particolari che deve nutrirsi (come nel nostro caso) attraverso metodiche non "ordinarie", questa situazione diventa generica qualora la persona non sia in condizioni che richiedono attenzioni particolari;*
4. *supervisione e valutazione delle attività affidate al personale di supporto che resta una attività esclusiva;*
5. *gestione delle tecnologie utilizzate per l'infusione/somministrazione dei nutrienti che dobbiamo considerare attività specifica perché vi è altro personale che come noi può farlo.*

### Analisi utilizzando il modello

Analizzando la Situazione assistenziale *alimentazione* vediamo come si sviluppa sui tre assi.

Quindi gli stimoli per ripensare all'assistenza ci vengono forniti dall'analisi di questi assi:

**SALUTE, MALATTIA, COMPrensIONE SCELTA-AUTONOMIA.**

### Primo asse: asse salute malattia

Da iniziale instabilità si evolve verso stabilità clinica.

Anche in questa fase questo asse ci fornisce due importanti input:

primo, la persona ha bisogno per *guarire* di un apporto sufficiente di nutrienti (che tra l'altro sono maggiori del normale proprio per lo stress dell'intervento stesso, escludendo eventuali situazioni come infezioni o altro che aumentano questo bisogno oltremisura); secondo, il processo di alimentazione non deve stancare la persona, neppure con la digestione, debbono perciò essere evitati incidenti collegati all'alimentazione come ad esempio l'ab ingestis.

### Secondo asse: asse comprensione scelta

Da iniziale incapacità nelle prime 12 ore, si evolve a parziale.

Questo asse è sempre molto importante, la persona in questa fase non può inizialmente comprendere, l'infermiere dovrà sostituirsi alla persona per quanto riguarda la scelta.

In un secondo momento la persona inizia a comprendere, ritorna anche per l'alimentazione la necessità di spiegare, tranquillizzare, aiutare a comprendere ed accettare, la necessità di *mangiare* attraverso vie così *innaturali*.

Un altro aspetto che questo asse ci impone di considerare è l'attenzione verso i parenti della persona assistita che devono essere guidati a capire per poterla *aiutare* maggiormente.

### Terzo asse: autonomia

Tutta la fase permane in una completa dipendenza.

La persona rispetto l'alimentazione (NPT e NE) non è autonoma, richiede che ci si sostituisca a lui in modo pressoché totale, introducendo i nutrienti sia per via parenterale che enterale.

Vi era stato un tentativo di nutrizione per via *naturale* e in questa situazione si può affidare a personale di supporto una

parte del lavoro di attività generica.

Inizialmente anche se è una procedura molto standardizzabile, occorre una attenzione molto forte da parte dell'infermiere, perché il rischio di reazioni avverse è sempre in agguato, esempio reazione vagale, ab ingestis, ATTIVITÀ SPECIFICA.

Passate le prime giornate, la vigilanza dell'infermiere può diminuire e l'affidamento al personale di supporto aumentare, mantenendo l'attività esclusiva di controllo e supervisione su detto personale.

### Note

<sup>1</sup> A cura della Redazione: La valutazione del rischio di contrarre lesioni da decubito nei pazienti ospedalizzati. Rivista dell'Infermiere 4/95.

<sup>2</sup> Nel CODICE DEONTOLOGICO, al punto 3.2 delle NORME GENERALI vi si trova:

"L'infermiere assume responsabilità in base al livello di competenza raggiunto e ricorre, se necessario, all'intervento e alla consulenza di esperti. Riconosce che l'integrazione è la migliore possibilità per far fronte ai problemi dell'assistito; riconosce altresì l'importanza di prestare consulenza, ponendo le proprie conoscenze ed abilità a disposizione della comunità professionale.

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

<sup>3</sup> Le linee guida CDC di Atlanta 1997 dicono che ad ogni giorno di intubazione e ventilazione meccanica aumenta il rischio di VAP dall'1% al 3%.

La rimozione precoce del tubo endotracheale riduce la possibilità di infezioni respiratorie (Epstein CD, 2002; Marelich G.P., "Protocol weaning of VAM in Medical and Surgical patients by Respiratory Care Practitioners Nurses" Chest 2000; Wesley E. et al., 2001; Mehta S., "Noninvasive ventilation", Am. J. Respir. Critical Care Med. 2001 Feb.)

Infatti, dopo solo 48 ore si ha la possibilità di sviluppo della polmonite associata a VAM (Grossman R.F., 2000; Chastre J., 2002, AA.VV.) con, inoltre, un elevato tasso d'incidenza e cioè tra il 6% ed il 28% (Craven D.E., "Epidemiology of Ventilator-Associated Pneumonia" Chest 2000; Chastre J., "Ventilator-associated Pneumonia", Am. J. Respir. Critical Care Med. 2002).

<sup>4</sup> Le zone che hanno subito una compressione (che supera i 32-35 mmHg) superiore alle 2 ore su un piano d'appoggio. A. Di Nuccio, V. Argenziano, F. Perretta et al. Prevenzione delle lesioni da decubito. Intensività assistenziale intra ed extra ospedaliera - Atti Regionali Supplemento di Scenario n° 2/2000 40:40-48.

<sup>5</sup> A cura della Redazione: La valutazione del rischio di contrarre lesioni da decubito nei pazienti ospedalizzati. Rivista dell'Infermiere 4/95.

P.Di Giulio, D.Cucinotta - Le piaghe da decubito nel paziente anziano Supplemento al n° 11/1996 I Quaderni di Elios, AA.VV.: Appunti di viaggio. Aistec Tipolito Olona Copiano - Pavia 1996.

<sup>6</sup> D.M 739/94 Art.1

<sup>7</sup> D.M 739/94 Art.1

**Pietro Capodiferro**, Infermiere DAI - Coordinatore Didattico del Corso di Laurea in Infermieristica, Scuola per Infermieri "Principessa di Piemonte" della Croce Rossa Italiana di Bologna. Componente del Comitato Direttivo Aniarti.

**Sandra Scalorbi**, Infermiera DDSI-ASV - Coordinatore Didattico del Corso di Laurea in Infermieristica, Scuola per Infermieri "Principessa di Piemonte" della Croce Rossa Italiana di Bologna.

## Terza fase: "Intensività assistenziale alla persona instabile"



La terza fase che viene presa in considerazione è quella che va dal 12 febbraio al 4 marzo. È il momento in cui A.Z. ha problemi di salute ingravescenti che hanno inizio da un episodio di arresto cardiocircolatorio. Forse questa è la fase che possiamo considerare più incisiva dal punto di vista clinico-assistenziale, in quanto ha delle implicazioni molto importanti per la vita stessa della persona. Ecco brevemente il racconto.

**III Fase: Intensività assistenziale alla persona instabile.**

Questa fase (12 febbraio – 4 marzo) è caratterizzata dalle condizioni di instabilità clinica/criticità della persona.

Il 12 febbraio A.Z. ha un primo episodio di ACR, vengono eseguite le manovre rianimatorie, si ripristina la ventilazione meccanica, vengono effettuate una fibrobroncoscopia di controllo, una eco TEE, una Tac toracica e si predispone un monitoraggio invasivo emodinamico e respiratorio di standard elevato.

Viene sostituito il materasso antidecubito e la persona viene inserita nel protocollo lungodegenti.

La Tac di controllo evidenzia una polmonite bilaterale.

Gli esami di laboratorio e le procedure diagnostiche evidenziano uno scadimento dell'attività cardiaca, renale e intestinale.

Lo scadimento delle funzioni renali e l'aumento notevole delle pressioni polmonari determinano l'avvio dell'emofiltrazione veno-venosa e la somministrazione di Ossido Nitrico.

Il decorso continua con fasi di iperperissia; si rilevano segni di sofferenza meningea, in seguito ai quali si effettua una rachicentesi a scopo diagnostico che si rivela negativa.

Il 21 febbraio viene eseguita una revi-

sione sternale per diastasi ed il giorno successivo, durante un ulteriore controllo Tac, si evidenzia un quadro compatibile con ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome).

Il 26 febbraio, durante l'ennesima puntata febbrile il sig. A.Z. ha un forte brivido, per cui si decide di sostituire tutte le vie infusive ed arteriose, di monitoraggio emodinamico e respiratorio.

Si ha un imponente sanguinamento gastrico e quindi viene effettuata una gastroscopia d'urgenza che evidenzia un gemizio a livello gastrico.

Si mette in corso una gastrolosi refrigerante e relativo monitoraggio.

Il 27 febbraio si confeziona una tracheostomia con il metodo di Criggs.

Sia il controllo Tac che i controlli quotidiani mediante fibrobroncoscopia indicano un lieve miglioramento del quadro polmonare.

Questa fase è stata definita *intensività assistenziale alla persona instabile* in quanto la persona, accolta nel reparto di rianimazione cardiocirurgica e sottoposta a cure intensive, dopo una prima fase nella quale presenta condizioni cliniche di stabilità, subisce una serie di eventi che prendono l'avvio da un episodio di arresto cardiorespiratorio.

Il paziente all'improvviso non ha più consapevolezza di sé né di quello che succede attorno e soprattutto non è assolutamente in grado di fare scelte consapevoli e non è autonomo nel deciderle.

Divideremo la fase in quattro momenti o situazioni assistenziali che verranno a loro volta scomposte in alcune attività che non riteniamo assolutamente esaustive ma importanti ai fini dell'esame della fase rispetto ad alcuni criteri quali il razionale scientifico/organizzativo alla base degli interventi e che giustifica le risorse strumentali utilizzate e la tipologia di personale che vi si dedica.

### COMUNICAZIONE

Relazione presentata  
al XXII Congresso Nazionale Aniarti,  
Bologna 12,13,14 Novembre 2003



Faremo la lettura del caso dapprima analizzando i quattro momenti dell'operatività attuale dei professionisti implicati, mettendo in evidenza il razionale scientifico della stessa e poi la collega che mi seguirà farà la stessa lettura del caso ma applicando il modello della complessità assistenziale.

Saranno quindi invariati gli interventi, integrati con le evidenze scientifiche e si cercherà di mettere in risalto laddove l'intervento è sostenuto da prove di efficacia, raccomandazioni, Linee-guida o consenso di esperti e rilevando invece quando la stessa operatività sia legata a prassi o a tradizione.

Proveremo infine ad indicare rispetto alla complessità e alla peculiarità dell'intervento, la tipologia di personale (medico, infermieristico, di supporto o in consulenza) implicato nei processi di cui si parla, nonché le competenze richieste allo stesso.

Questa fase potrebbe essere considerata più impegnativa non certo per l'assistenza in sé quanto perché gravata dalla presenza di apparecchiature o tecnologie cui il paziente è connesso.

Il primo momento assistenziale è l'arresto cardiocircolatorio e la necessità di intubazione endotracheale.

Possiamo dividere tale momento in alcuni piccoli atti operativi che vanno dall'attivazione del processo ossia dell'accorgersi dell'evento, dal MCE e ventilazione manuale fino alla collaborazione all'intubazione, l'effettuazione delle varie EGA, la somministrazione dei farmaci prescritti per l'emergenza, la preparazione e connessione al ventilatore polmonare automatico, l'informazione alla persona stessa ma anche alle persone di riferimento dopo l'evento acutissimo e la pulizia, il controllo del carrello e il ripristino del materiale usato. Questa divisione in atti riguarderà anche gli altri momenti assistenziali.

I professionisti implicati in questi eventi sono gli infermieri di diverse postazioni per fronteggiare l'evento e il medico anestesista. Le competenze richieste sono capacità diagnostiche assistenziali avanzate per il malato critico, in quanto i suoi bisogni sono specifici perché derivano dal legame che si viene a creare tra il malato e la tecnologia a cui lo stesso è connesso.

Descriviamo una bassa discrezionalità decisoria per l'attivazione del processo, ma una grande discrezionalità

nella gestione di altri processi che derivano dall'attivazione del primo che è di competenza medica. Continuando l'esame del momento, distinguiamo altri atti come la somministrazione dei farmaci prescritti, l'effettuazione dell'Ega e la collaborazione al posizionamento del CVC di Swan-Ganz. Sono implicati sempre infermieri e medici a cui sono richieste le stesse competenze. È importante indicare lo spirito di integrazione e di collaborazione tra i vari professionisti per cui tutto deve essere organizzativamente e professionalmente congruente alle necessità del malato. Altre attività sono la defibrillazione elettrica, la ritalutazione clinico-assistenziale e l'informazione data alla persona e ai familiari o persona di riferimento (in questo caso la sorella). Parliamo di informazione data al malato in quanto dopo l'evento acutissimo dell'arresto e della intubazione, la persona riprende un certo quale contatto con la realtà e necessita di essere informato su quello che è accaduto.

L'informazione al malato è una di quelle funzioni specifiche dell'infermiere attualmente non messa molto in pratica, ma valorizzerebbe e motiverebbe molto i professionisti.

Le competenze sono sempre quelle avanzate in area critica e una buona capacità di gestire tecnologie anche molto complesse a cui il malato è connesso, formando quel binomio quasi indissolubile del quale abbiamo parlato prima e che risulta essere l'oggetto delle cure infermieristiche in area critica. Ci chiediamo pertanto se la pianificazione assistenziale dell'infermiere in quest'area sia da considerare specifica e se le competenze richieste non siano più *generaliste* come abbiamo sentito stamane da Maria Benetton parlando della prima fase ma *specialistiche* e quindi oggetto di formazione apposita.

Tutte le azioni che formano i processi (attivazione, allestimento materiale, collaborazione all'esame, osservazione del malato riordino, pulizia e ripristino del materiale utilizzato) sono più o meno direttamente a carico dell'infermiere, anche se già oggi ci sono gli OTA e gli OSS.

Per quello che riguarda le evidenze, ricordiamo alcune LG e studi già alla base dell'operatività attualmente agita dagli infermieri, ma ricordiamo anche il

nostro nuovo profilo professionale che afferma molto chiaramente la garanzia della corretta applicazione delle procedure diagnostiche e terapeutiche, così come il dettato del nuovo Codice deontologico che all'art 4 ci ricorda l'obbligo di dare sempre informazioni adeguate alla persona. Diciamo questo in quanto sappiamo che anche per mancanza di tempo e di opportunità organizzative questa funzione è veramente poco agita dagli infermieri come stamane abbiamo sentito dalla collega Benetton, pur rappresentando uno degli specifici della professione infermieristica.

Per quello che riguarda l'applicazione delle procedure diagnostiche, secondo momento scelto per parlare dell'attività infermieristica, ricorderemo la necessità del caso reale di una fibrobroncoscopia in urgenza in quanto si sospettava che l'episodio di arresto cardio-respiratorio potesse essere dovuto ad una ostruzione bronchiale. Ricordiamo che A.Z. era già stato sottoposto a questa procedura prima della nostra fase e questo aveva fatto pensare al fatto che sarebbe stato necessario avere sempre lo strumento pronto per l'uso. Il vincolo della macchina sterilizzatrice in uso è che il ciclo di sterilizzazione dura 30-40 minuti e quindi non potendoci essere tempo in caso d'urgenza, lo strumento sia sempre disponibile. Anche in questo caso l'operatività infermieristica è totale come nei casi precedenti, ma l'infermiere, come si può ben immaginare è molto distolto da una attività che è l'osservazione della persona.

Anche per le altre indagini prese in esame vale quanto detto a proposito della fibroscopia dovendo distinguere la fase preparatoria, la collaborazione all'indagine, lo smaltimento del materiale usato ed il rifornimento di quello eventualmente consumato.

Un altro esempio che possiamo fare rispetto a questo momento assistenziale è quello che riguarda il trasporto della persona nel servizio di radiologia per effettuare la TAC di controllo. Essendo al momento il paziente molto critico e quindi instabile come poi la collega dirà meglio di me, è realistico ipotizzare l'idea di effettuare lo stesso con l'infermiere e il medico perché molti studi fanno notare che gli effetti del movimento sulle condizioni emodinamiche della persona possono essere destabiliz-

zanti. Quali sono pertanto le competenze richieste al professionista? Si parla di possedere conoscenze tecniche specifiche sia sull'uso delle apparecchiature, sempre bassa discrezionalità decisoria ed elevata capacità di interpretare segni e sintomi della persona per poter tempestivamente intervenire in caso di emergenza.

Come terzo momento assistenziale illustreremo brevemente l'insieme delle prescrizioni terapeutiche e monitoraggio che per questa persona si può immaginare essere molto specifiche e invasive con tutti i pericoli che da queste pratiche possono derivare. Le attività vanno dal monitoraggio invasivo emodinamico e respiratorio alla somministrazione dei medicinali prescritti, dalla filtrazione veno-venosa necessaria in seguito alla sopraggiunta insufficienza renale, alla somministrazione di ossido nitrico a causa, dello stato di ipertensione polmonare, alla gastrolisi necessaria dopo che la gastroscopia aveva evidenziato uno stato di sanguinamento gastrointestinale fino a giungere alla fine della nostra fase quando ad A.Z. viene confezionata una tracheotomia secondo il metodo di Criggs.

Per ognuna di queste attività dobbiamo distinguere i vari steps visti per quello del precedente momento. Le competenze richieste sono conoscenze cliniche avanzate e specifiche nel trattamento dell'insufficienza renale, sorveglianza delle tecnologie usate ed attivazione della consulenza del tecnico di dialisi e nefrologia, per cui l'integrazione professionale in questa fase è molto importante anche perché è prevista la figura del medico nefrologo. Notiamo, come avviene in generale in questa fase, una bassa discrezionalità decisoria ma una certa discrezionalità sulla gestione dell'applicazione delle procedure diagnostico-terapeutiche oltre ad una capacità di sorveglianza e monitoraggio della persona e delle tecnologie ad essa connessa, ma anche una discreta capacità di integrazione con il medico e con altri professionisti in consulenza come il tecnico di dialisi.

La consulenza è già oggi utilizzata dagli infermieri sia di area critica sia come in questo caso proveniente da altre unità operative, ma non sono formalizzate e scritte.

Terminiamo con l'ultimo momento assistenziale identificato che risulta

essere quello relativo all'identificazione dei bisogni assistenziali della persona. Il primo ha per oggetto le cure igieniche totali e parziali che per un paziente così critico ed instabile dovrebbero essere di esclusiva pertinenza dell'infermiere o addirittura anche del medico vista la pericolosità della procedura sulla sicurezza della persona, così come la mobilitazione. L'igiene del cavo orale risulta essere per l'infermiere una strategia utile per prevenire infezioni. Per quello che riguarda il discorso della prevenzione, una argomentazione ampia ci fa pensare al trattamento delle lesioni da decubito di cui la persona era portatore già dalla fase precedente e che in questa ha fatto prendere la decisione di sostituire il presidio antidecubito.

Infine la prevenzione delle infezioni respiratorie legate alla VAM assumono una importanza decisiva in quanto le LG del Cdc di Atlanta affermano che ogni giorno di VAM aumenta il rischio di polmonite nosocomiale dall'1 al 3%. Non dimentichiamo infine la necessità di informare sempre la persona e quelle significative sulle sue condizioni e soprattutto nei miglioramenti eventuali. Queste azioni sono da considerarsi come trasversali a tutta la fase. I professionisti implicati sono l'infermiere e l'OTA e/o l'OSS, ma non c'è il medico.

Le competenze richieste in questo momento sono una alta discrezionalità nella presa di decisioni, in quanto attività autonoma, competenza nella pianificazione dell'assistenza alla persona critica, capacità di individuare i bisogni assistenziali, nonché capacità di tipo relazionale ed infine di interpretazione di segni e sintomi per intervenire tempestivamente in caso di necessità.

Dopo avere completato la presentazione di alcune situazioni assistenziali così come si sono realizzate nella realtà, passiamo all'esame della persona secondo il **modello per la lettura della complessità assistenziale**, il quale consente di leggere ed analizzare le funzioni infermieristiche in relazione alle necessità e bisogni delle persone assistite.

Si analizzano le tre dimensioni della persona che determinano la necessità di assistenza infermieristica.

Le tre dimensioni vengono per comodità esaminate separatamente anche se in una logica sistemica non va mai persa di vista la loro relazione reciproca e l'in-

fluenza che esercitano l'una sull'altra.

- Facendo riferimento al diagramma proposto, rispetto alla dimensione **condizione di salute/malattia**, siamo in uno stato di elevata instabilità delle funzioni vitali, di criticità vitale, legata alla compromissione delle funzioni cardiaca, respiratoria e renale.

La persona necessita quindi di essere sostenuta totalmente per queste funzioni e di potere recuperare una condizione di stabilità.

L'obiettivo, ora, non è quindi recuperare la salute ma restare in vita e rendere la malattia gestibile.

L'attività infermieristica letta in riferimento a questa dimensione, comprende la garanzia della corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche, evidenziando quindi l'area di integrazione con il medico - anestesista, l'applicazione di tecnologie complesse per il sostegno delle funzioni vitali, la capacità di evidenziare ed interpretare segni e sintomi, di riconoscere e prevedere i problemi e trattarli tempestivamente.

Come si è visto precedentemente, lungo questa dimensione la possibilità di applicare la propria discrezionalità decisoria è bassa.

Nonostante ciò è richiesta una elevata competenza tecnico - scientifica.

Inoltre si può applicare la propria discrezionalità, pur ridotta, nel decidere come intervenire in veste di collaboratore, quindi garantire l'applicazione delle prescrizioni (come e quando).

All'interno di questa dimensione, però, l'infermiere può comunque evidenziare una serie di atti di supporto alle attività e quando questi sono standardizzabili, semplici sotto il profilo tecnico, non svolti comunque sulla persona, decidere di affidarli agli operatori di supporto dopo aver definito le procedure di attuazione ed aver effettuato l'addestramento del personale stesso.

Infine, anche in questa area, alcuni interventi vengono messi in atto in modo autonomo, pur non rappresentando quelli risolutivi per la situazione (es. massaggio cardiaco esterno e ventilazione manuale devono essere accompagnati dalla somministrazione di farmaci e dall'intubazione).

- Sempre in riferimento al diagramma proposto per l'analisi della persona,

rispetto alla dimensione **comprensione delle proprie necessità in relazione alla condizione di salute/malattia e scelta consapevole dei comportamenti idonei**, la persona è in una condizione in cui non è in grado di svolgere questo ruolo, la capacità di comprensione/scelta è al livello più basso in relazione allo stato di coscienza determinato anche dalla sedazione farmacologica.

Anche in relazione a questa dimensione, la persona in esame deve essere totalmente sostituita dall'infermiere, il quale dovrà essere in grado di valutare quali sono i bisogni e quali gli interventi atti a soddisfarli, nonché la modalità con cui attuare gli stessi e le risorse, anche umane, da attivare.

Non appena le condizioni lo consentono ed in modo graduale, la persona deve essere aiutata a comprendere la propria condizione e ad assumere le relative decisioni.

Infatti man mano che riprende un minimo livello di coscienza questo va evidenziato ed aiutato nel suo progredire.

Non va però dimenticato che lungo questa dimensione dobbiamo considerare anche la necessità di coinvolgere la famiglia e/o le persone di riferimento le quali, pur se non completamente in grado di assumere decisioni, vista la situazione di complessità elevata, hanno il diritto di essere informate sull'andamento del percorso assistenziale per poterlo comprendere.

L'attività infermieristica letta lungo questa dimensione in questa fase mette in luce l'elevata competenza relazionale dell'infermiere, espressa sia nei confronti della persona che della famiglia, ed anche la dimensione etica dell'infermiere, che in situazioni quali quella presentata, assume su di sé le scelte della persona e realizza l'assistenza facendosi garante dei valori e dei desideri della stessa (vedi codice deontologico).

L'attività di cui si parla viene poco agita dall'infermiere, pur facendo parte delle sue funzioni, anche a causa di mancanza di tempo che viene speso per altre attività improprie o non sanitarie.

Seguendo questa dimensione si mette in luce una elevata discrezionalità decisoria ed una elevata autonomia, pur permanendo la necessità di coordinare gli interventi con quelli degli altri professionisti, per quanto concerne il fornir

re informazioni su aspetti non esclusivi dell'assistenza infermieristica.

Non si evidenziano in questa dimensione aspetti di attribuzione ad altri operatori per le motivazioni precedentemente espresse.

- Si completa l'analisi con la dimensione relativa alla **possibilità di mettere in atto autonomamente le azioni ed i comportamenti che si è deciso di intraprendere** in relazione alla condizione di salute/malattia.

In questo caso la persona si trova in una condizione di dipendenza legata all'impossibilità di compiere azioni volontarie.

Necessita quindi di essere totalmente sostituita nell'effettuazione di tali attività in attesa di poter essere accompagnata verso il recupero dell'autonomia.

Ovviamente questa dimensione non può essere disgiunta dalle due precedenti, per cui la dipendenza deve essere messa in relazione anche alla criticità ed all'incapacità di comprendere/scegliere.

L'attività infermieristica letta in riferimento a questa dimensione comprende l'effettuazione delle attività che la persona non può svolgere autonomamente, in modo diretto o attraverso il personale di supporto, e comprende l'area della pianificazione, della supervisione e verifica.

La possibilità di applicare la propria discrezionalità decisoria è elevata.

Quindi, nel caso specifico, l'infermiere può decidere di svolgere direttamente attività tese al soddisfacimento di bisogni di base della persona o che non vengono comunemente intese come attività di tipo sanitario, es. l'igiene personale ed il trasporto, ma che in questo caso vengono ad avere una valenza elevata perché la totale dipendenza si associa al modo in cui si esprimono le restanti variabili. Vi è quindi molta assistenza infermieristica diretta.

Esaminando i diversi momenti assistenziali, nella rianimazione cardiopolmonare vengono messe in atto numerose attività a **BASSA DISCREZIONALITÀ DECISORIA** per l'infermiere ma che richiedono capacità avanzate di gestione dell'emergenza.

Queste attività risultano essere **SPECIFICHE** per l'infermiere, (es. gestione della

ventilazione meccanica, collaborazione durante l'intubazione ed il posizionamento del CVC, ecc.).

Alcuni interventi possono essere messi in atto in modo autonomo, es. MCE e ventilazione manuale, ma non rappresentano quelli risolutivi per la situazione della persona.

Deve essere presente una elevata capacità di interpretare segni e sintomi nella persona critica.

Nonostante tutto possono essere messi in luce una serie di atti che sono **GENERICI** per l'infermiere, es. pulizia dei carrelli, e che possono essere affidati all'operatore di supporto; probabilmente anche il loro ripristino purché sia definita la procedura (**ESCLUSIVO** per l'infermiere), effettuata supervisione e verifica di quanto effettuato mediante check - list (**ESCLUSIVO** dell'infermiere).

**SPECIFICA** è l'informazione fornita alla famiglia in merito alle ricadute assistenziali di quanto accaduto, ricordando la necessità di coordinare tale attività con quella svolta dal medico per gli aspetti di competenza. La famiglia infatti ha il diritto di essere informata anche sul percorso assistenziale e probabilmente questo aspetto è spesso trascurato. Dare piena dignità all'intervento assistenziale **MOTIVA** l'infermiere.

Esistono poi attività di supporto di tipo tecnico che potremmo definire **GENERICHE** per l'infermiere (es. controllo e manutenzione apparecchiature elettromedicali) in quanto potrebbero essere affidate ad un tecnico.

Nella consuetudine se ne occupa un infermiere che diviene esperto in tecnologie poiché l'assenza del personale tecnico sul posto può causare l'impossibilità di utilizzare tempestivamente l'apparecchio con rischi elevati per la sicurezza della persona assistita.

In ogni caso questa competenza tecnica non può essere diffusa a tutti gli infermieri perché richiede appropriate conoscenze.

**ESCLUSIVA** resta la rivalutazione della persona concluso l'evento critico e la conseguente ripianificazione assistenziale.

Essendo il malato stato appena intubato ed essendo anche in corso una sedazione farmacologica, è opportuno che l'infermiere in questa fase di estrema instabilità resti accanto a lui per

controllare i parametri, monitorizzare la situazione clinica ed individuare tempestivamente eventuali problemi.

Nella fattispecie, per l'effettuazione della fibroscopia, poiché il materiale da utilizzare deve essere sottoposto ad un processo di sterilizzazione immediatamente prima dell'uso (vincolo legato all'apparecchiatura utilizzata per la sterilizzazione), e poiché tale processo dura circa 30 - 40 minuti, si può ipotizzare che questo atto possa essere effettuato dal personale di supporto, essendo questo un atto tecnico non svolto direttamente sul malato, routinario, quindi standardizzabile e **GENERICO** per l'infermiere.

Su specifica pianificazione infermieristica lo strumento deve essere sempre disponibile in quanto esiste il vincolo del tempo necessario per la procedura di sterilizzazione.

Resta **ESCLUSIVO** l'addestramento del personale di supporto, la definizione delle procedure di preparazione, smaltimento e riordino del materiale, la supervisione e l'eventuale controllo mediante check - list.

Questo esempio può essere applicato anche ad altre attività analoghe e ad altri atti di supporto necessari a garantire la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico - terapeutiche.

**SPECIFICA** è la collaborazione con il medico durante l'indagine, così come il monitoraggio durante e dopo la stessa.

Un altro esempio è rappresentato da quelle attività di norma affidabili al personale di supporto (es. trasporto intraospedaliero) le quali però in questa situazione, vista la condizione della persona lungo la dimensione salute/malattia, possono avere ricadute anche significative. In questo caso quindi le possiamo definire **SPECIFICHE** per l'infermiere, richiedono inoltre conoscenze ed abilità avanzate.

La pertinenza di un atto - in questo caso il trasporto - rispetto alla professionalità infermieristica non è quindi definita una volta per tutte ma dipende dalla complessità assistenziale.

Si ritiene che il controllo del materiale da utilizzare durante il trasporto debba essere effettuato in modo **ESCLUSIVO** da parte dell'infermiere, vista l'impossibilità di integrarlo o sostituirlo durante il tragitto o nel servizio diagnostico.

Si può invece affidare al personale di

supporto il ripristino della postazione in assenza del malato per gli aspetti di competenza.

Si mette inoltre in luce, nel caso specifico, che l'infermiere del servizio di radiologia si è dichiarato non in grado di gestire la persona durante la permanenza nel servizio stesso causa la complessità assistenziale, per cui l'infermiere della rianimazione ha svolto una funzione di consulenza (Codice Deontologico 3.2), funzione altamente **MOTIVANTE**. Ricordiamo che l'area critica è là dove si trova un malato critico.

L'applicazione delle prescrizioni terapeutiche è **SPECIFICA** e richiede conoscenze ed abilità avanzate; **SPECIFICO** il monitoraggio e la collaborazione durante il posizionamento dei CVC; attività **GENERICHE** lo smaltimento ed il riordino del materiale utilizzato.

L'emofiltrazione viene garantita dall'infermiere esperto in dialisi (funzione di consulenza).

Definiamo attività **ESCLUSIVA** l'identificazione dei bisogni della persona, la pianificazione assistenziale, la supervisione sul suo andamento e la verifica di quanto effettuato anche da altri tenendo conto delle specificità dell'applicazione del processo di assistenza al malato critico.

È attività **ESCLUSIVA**, con l'eventuale coinvolgimento di personale di supporto, l'effettuazione di interventi assistenziali diretti di norma affidabili anche al personale di cui si è detto (igiene e mobilitazione) vista la situazione lungo l'asse salute/malattia e comprensione/scelta.

Durante l'effettuazione di queste attività, l'infermiere deve saper osservare la persona, valutarne i bisogni, prevedere i problemi ed intervenire tempestivamente; svolge quindi direttamente le attività, avvalendosi del personale di supporto, il quale, anche in questo caso, può svolgere gli atti che precedono e seguono l'attività, non diretti sulla persona, di preparazione, smaltimento e riordino del materiale utilizzato.

L'infermiere deve essere presente perché è necessaria una costante valutazione dei bisogni ed un continuo adattamento assistenziale

Rappresenta attività **ESCLUSIVA** l'informazione alla famiglia sul percorso assistenziale.

È auspicabile la consulenza di infermieri esperti per il trattamento delle

lesioni da decubito (attività **ESCLUSIVA**). Ricordiamo che questa è una situazione particolare; ad esclusione dell'area critica, infatti, la persona parzialmente dipendente richiede più *tempo* - *infermiere* di quella totalmente dipendente, per essere ricondotta all'autosufficienza (ruolo peculiare dell'assistenza infermieristica).

## Bibliografia

1. AA.VV., *Manuale di BLS American Heart Association*. Centro scientifico editore, Torino, 2003.
2. D'Addio L., Calamandrei C., *Commentario al nuovo codice deontologico dell'infermiere*. Mac Graw-Hill, Milano, 1999.
3. Gentili A., Nastasi G., *el al Il paziente critico*. CEA, Milano, 1993.
4. Owen A., *Il monitoraggio in Area critica*. Mac Graw-Hill, Milano, 1998.
5. Peruzzi S., Gozzini S., *La somministrazione dei farmaci in Area critica*. Mc Graw-Hill, Milano, 1999.
6. Linda H., Aiken PhD, RN; Sean Clarke P., PhD, RN; Robyn B., Cheung, PhD, RN; Douglas M., Sloane, PhD; Jeffrey H., Silber, MD, PhD *Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality*. JAMA n 12;290:1617-1623. 24 Settembre 2003.
7. Atkins P.J., Hapshe E., Riegel B., *Effects of a bedbath on mixed venous oxygen saturation and heart rate in coronary artery bypass graft patients*. Am J Crit Care. 1994 Mar; 3(2):107 15.
8. Chastre J., *Ventilator-associated Pneumonia*. Am J., Resp. Critic. Care Med. 2002; 165:867-903.
9. Cummins R. O., Sanders A., Mancini E., Hazinski M.F., *In-Hospital resuscitation, a Statement for healthcare professionals from the American heart association ECC Committee and ACLS, BLS, PR, and Program administration Subcommittees*. Circulation 1997; 95:2211-2212 1997.
10. Cummins R. O., Hazinski M.F., *The most important changes in the International ECC and CPR guidelines*. Circulation 2000; 102:1-371 American Heart Association, Inc.
11. Drigo E., *Relazione introduttiva dell'VIII Congresso nazionale ANIARTI*, Bologna, 1989.
12. Gawlinski A., Dracup K., *Effect of positioning on SvO<sub>2</sub> in the critically ill patient with low ejection fraction*. Nurs Res.1998 Sep - Oct; 47 (5): 293 - 9.
13. Guerra A., Cavaliere B., *Applicazione*

- della metodologia dell'indice di complessità assistenziale presso l'ospedale Pasquinucci di Massa, A.O. IFC CNR-CREAS, Pisa. Management infermieristico n° 1/2003 pagg. 4-11.
14. L'infermiere 4/1999 Anno XLIV Luglio/Agosto Aggiornamenti professionali – Emergenza, un progetto per sconfiggerla..
  15. Lewis P., et al. *The effect of turning and backrub on mixed venous oxygen saturation in critically ill patient.* Am J Crit Care. 1997 Mar; 6(2): 132 – 40.
  16. Lovell M.A., Mudaliar M.Y., PL Klineberg *Intrahospital transport of critically ill patients: complications and difficulties* Anaesth Intensive Care. 2001 Aug; 29 (4): 4000 - 5.
  17. MMWR Recommendations and Report Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter Related Infections. 9.08.2002.
  18. Moiset C., Roli A. *Analisi delle attività svolte dagli infermieri nelle strutture sanitarie milanesi – risultati di una indagine.* Professioni infermieristiche anno 56 nr. 1 gennaio – marzo 2003.
  19. Pottle A., Brant S., *Does resuscitation training affect outcome from cardiac arrest?* Accid Emerg. Nurs. 2000 Genn; 8 (1):46-51.
  20. Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia – Agenzia regionale della sanità Infermieri ed assistenza infermieristica in Friuli Venezia Giulia I parte: organizzazione dell'assistenza infermieristica Dati – indicatori e standard per la determinazione del fabbisogno di infermieri ed operatori di supporto nei servizi sanitari ospedalieri e territoriali Gennaio 2002..
  21. Silvestro A., Pitacco G., *Area critica* in Documenti congressuali del XI Congresso nazionale della Federazione nazionale dei Collegi IPASVI Firenze 1996.
  22. Silvestro A., *Il complesso intervento assistenziale in Area critica*, in Atti del X Convegno nazionale della Federazione nazionale Collegi IPASVI Fuggi 1993.
  23. Stearley HE., *Patients' outcomes: intrahospital transportation and monitoring of critically ill patients by a specially trained ICU nursing staff.* Am J Crit. Care. 1998 Jul. 7(4): 282 – 7.
  24. Vallicella F., *La filosofia del progetto manageriale della Federazione nazionale Collegi IPASVI.* in Quaderni speciali Raccolta relazioni del XIII Congresso nazionale IPASVI Roma 19-21 settembre 2002.
  25. Verderber A., Gallager K.J., *Effects of bathing, passive range of motion exercise and turning on oxygen consumption in healthy men and women.* Am J Crit Care. 1994 Sep; 3(5): 374 – 81.
  26. Wallace P.G.M., Ridley S.A., *Transport of critically ill patient.* BMJ 1999; 319:368 – 371 (7 August).
  27. Waydhas C., *Equipment review: intrahospital transport of critically ill patients.* Crit. Care, 1999; 3 (5).
  28. Weissman C., et al. *Effect of routine care interactions on metabolic rate.* Chest. 1984 Dec; 86 (6):815:8.
  29. Winslow E.H., AP Clark, KM white, DO Tyler *Effects of a lateral turn on mixed venous oxygen saturation and heart rate in critically ill adults.* Heart Lung. 1990 Sep; 19(5pt2): 557-61.
  30. Accordo Stato Regioni 16-01-03 GU 51 3/3/03 (OSSS).
  31. Accordo Stato Regioni 22-2-01 GU 91 19/4/01 (OSS).
  32. Codice Deontologico dell'infermiere italiano preceduto dal Patto Infermiere Cittadino del 12 maggio 1999.
  33. D.M. 739/94 Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo Profilo Professionale dell'Infermiere.
  34. DM Murst 4 aprile 2002 Determinazione delle classi di lauree specialistiche delle professioni sanitarie.
  35. DM Murst 4 aprile 2002 Determinazione delle classi di lauree delle professioni sanitarie.
  36. DM Murst n° 509 del 9 novembre 1999 Regolamento concernente l'autonomia didattica degli Atenei.
  37. DPR 27 marzo 1992) art.10 Atto di indirizzo a Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano per il sistema del Servizio di emergenza.
  38. DPR 384/1990 art. 40 (OTA).
  39. Legge n°251 del 10 agosto 2000 Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche,tecniche,della riabilitazione,della prevenzione nonché della professione ostetrica.
  40. Legge n° 1 del 8 gennaio 2002 Disposizioni urgenti in materia di personale sanitario.
  41. Legge n°42 del 26 febbraio 1999 Disposizioni in materia di professioni sanitarie.
  42. LG n° 1/1996 Linee-guida per l'implementazione del servizio di emergenza.
  43. Piano sanitario nazionale 2003-2005 Punto 2.7 bis, Obiettivo Potenziare i servizi di urgenza emergenza Roma Ministero della Salute pubblicato in Supplemento ordinario n°95 della G.U. n° del 19 giugno 2003.

## ERRATA CORRIGE

La Redazione di Scenario si scusa con la D.ssa Roberta Paleani, autrice dell'articolo "Dal mansionario all'autonomia. Triage e formazione nel processo di cambiamento della professione infermieristica" pubblicato su Scenario n. 3/2003, per aver erroneamente cambiato il suo nome con Roberto Paleani.

Mara Brandoli, Infermiera - Coordinatore Didattico del Corso di Laurea in Infermieristica, Scuola per Infermieri "Principessa di Piemonte" della Croce Rossa Italiana di Bologna.  
Lorena Rossi, Infermiera, DAI - Coordinatore Infermieristico, Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso, Policlinico "S.Orsola - Malpighi" di Bologna e Caposala

## Quarta fase: "Assistenza infermieristica per il trasferimento in reparto di degenza"



COMUNICAZIONE  
Relazione presentata  
al XXII Congresso Nazionale Anarti,  
Bologna 12,13,14 Novembre 2003

Vediamo ora, in riferimento alla IV fase chiamata Assistenza infermieristica per il trasferimento in reparto di degenza, che cosa avviene al Signor A.Z..

Questa fase che decorre dal 5 al 21 marzo è caratterizzata da un progressivo recupero della persona.

Su prescrizione medica viene ridotta la somministrazione farmacologica e il monitoraggio emodinamico.

Viene anche iniziato il programma di **weaning respiratorio** in modo da effettuare le prove di respiro spontaneo durante il giorno, mantenendo la VAM di notte.

In concomitanza alla sospensione della sedazione, la persona presenta fasi di disorientamento e di agitazione psicomotoria per cui viene effettuata una consulenza psichiatrica e, successivamente alla sospensione dell'alimentazione artificiale, viene avviata **l'alimentazione orale**.

Dopo la rimozione dei Cateteri Venosi Centrali, viene intensificato il programma riabilitativo, per arrivare alla mobilitazione in poltrona e successivamente con girello.

In questa fase, l'assistenza infermieristica è rivolta anche all'educazione della persona stessa e della sua famiglia (in specifico la sorella) alla **gestione della tracheotomia**.

Il 21 marzo viene effettuato il **trasferimento** presso il reparto di degenza cardiocirurgica dove verrà portato a compimento il percorso riabilitativo in previsione della dimissione.

Questa fase mette in evidenza il passaggio della persona dalla condizione di totale a quella di parziale dipendenza. In questo momento la persona riprende progressivamente la padronanza di sé e

bisogna considerare anche che il futuro può essere vissuto con titubanza e dare origine ad ansie e paure.

In questo contesto analizzeremo, a scopo esemplificativo, alcuni momenti assistenziali ponendo l'attenzione sui criteri che giustificano l'intervento e le risorse necessarie all'intervento stesso.

Successivamente, verrà fatta la lettura degli stessi interventi utilizzando il modello della complessità assistenziale che, permettendoci di rilevare la necessità di assistenza infermieristica della persona, ci consente di motivare appieno le funzioni svolte dall'infermiere o forse di trovare spunti e motivazioni ad un impiego ottimale delle risorse (ottimizzare e/o approntare strumenti informativi e/o documentazione che permette di standardizzare l'attività). (Vedi schema).

Per utilizzare il modello della complessità assistenziale, risulta indispensabile valutare le condizioni della persona prendendo in considerazione le tre variabili considerate dal modello e che per una esemplificazione vengono considerate separatamente ma che in realtà sono strettamente correlate tra loro e consentono di ottenere una visione completa della persona. Analizziamo ora come si presenta il sig. A.Z.

Rispetto all'asse **condizione di salute - malattia** la persona presenta una condizione di **STABILITÀ CLINICA** che, però, essendo di recente ripristino, richiede la presenza di un infermiere competente nel monitorare le condizioni della persona al fine di essere pronto ad intervenire e coinvolgere il medico in caso di necessità, allo scopo di evitare una evoluzione verso l'instabilità. In questa fase di stabilità clinica, l'attività infermieristica rispetto alla dimensione considerata, vede l'infermiere come il garante delle corrette applicazioni delle prescrizioni

diagnostico-terapeutiche (scarsa discrezionalità decisoria, elevate competenze tecniche e scientifiche).

Considerando la capacità di **comprensione delle proprie necessità in relazione alle condizioni di salute/malattia e scelta consapevole dei comportamenti idonei**, A.Z. presenta una **PARZIALE CAPACITÀ di COMPRESIONE/ SCELTA** in quanto la somministrazione di sedativi prima e la condizione di disorientamento poi interferisce con la sua capacità di effettuare scelte consapevoli. Pertanto, svolge un ruolo importante l'elevata competenza educativa messa in gioco dal professionista al fine di fornire tutte le informazioni e gli strumenti adeguati per consentire alla persona di utilizzare le proprie risorse ed effettuare scelte consapevoli. La necessità di comprensione del percorso assistenziale riguarda anche la famiglia e/o persone

di riferimento di **A.Z.** che devono essere coinvolte al fine di poterlo comprendere. L'assistenza infermieristica di tipo educativo si riferisce ad un ambito che attualmente l'infermiere sviluppa in modo non strutturato in quanto *non ha tempo*.

In riferimento alla variabile **possibilità di mettere in atto autonomamente le azioni ed i comportamenti che si è deciso di intraprendere** in relazione alla condizione salute/malattia, possiamo dichiarare che A.Z. ha una **PARZIALE CAPACITÀ DI AGIRE IN AUTONOMIA** infatti, aiutato tecnicamente e supportato psicologicamente, può riuscire a mettere in atto alcuni comportamenti di cura della propria persona. La lettura di questa dimensione però deve essere sempre correlata alle due precedenti al fine di ottenere la reale complessità assistenziale della persona. Nell'ambito di que-

sta dimensione, gli interventi assistenziali prevedono per l'infermiere una elevata discrezionalità decisionale riferita sia ad azioni autonome che affidate ad operatori di supporto ed è basata sulla pianificazione dell'attività, supervisione sull'attuazione e verifica del risultato.

Pertanto, la lettura effettuata secondo il modello della complessità assistenziale, ci fa rilevare che **A.Z.**, in fase di preparazione al trasferimento, necessita di assistenza infermieristica diretta in riferimento alla quale però sono identificabili attività infermieristiche **SPECIFICHE E/O ESCLUSIVE** ma anche attività **GENERICHE O SPECIFICHE** ma che standardizzate possono essere affidate ad altri operatori.

In riferimento al **WEANING**:

- Informare e rassicurare la persona: attività **SPECIFICA AUTONOMA** che fa riferimento alla componente educativa

**Rappresentazione dello stato attuale**

Interventi Indicazione della serie di interventi (i principali della fase) attualmente messi in atto	Evidenze	Mezzi	Ricadute organizzative/ Personale Professionisti, personale in genere, competenze specifiche necessarie per attuare gli interventi descritti.
<p><b>1. Weaning respiratorio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informare la persona.</li> <li>• Preparare il materiale occorrente.</li> <li>• Effettuare il weaning.</li> <li>• Monitorare le condizioni della persona.</li> </ul>	<p><i>L'utilizzo di sedazione nel paziente post chirurgico, favorisce l'estubazione precoce.</i> grado A. (1) (1) "Evidence-based guidelines for weaning and discontinuation of ventilatory support" Chest 2001 Dec; 120 (6 Suppl): 375S-484S.</p> <p><i>Il successo del weaning è influenzato dalla patologia cardiaca e dal tempo di bypass cardiopolmonare.</i> (2) (2) "Assessment of factors that influence weaning from long-term mechanical ventilation after cardiac surgery" Arq Bras Cardiol. 2003 Mar; 80(3):301-10.</p> <p><i>La confidenza e la familiarità con la tecnica usata inserita in strutturati protocolli guidati, può facilitare il processo di svezzamento.</i> (3) (3) "I protocolli guidati dal terapeuta respiratorio durante le fasi di svezzamento dalla ventilazione meccanica" Rassegna di patologia dell'apparato respiratorio 2002;17:198-208.</p> <p>S. Millocco, G. Berlot "Lo svezzamento di un paziente dalla V.A.M: nursing e aspetti psicologici" Scenariò2003;20 (2) : 9-16.</p> <p>D.Hess "Ventilator modes used in weaning" Chest.2001; 120: 474S-476S.</p>	<p><i>Prescrizione terapeutica.</i></p> <p><i>Attrezzature tecnologiche.</i></p> <p><i>Linee guida.</i></p> <p><i>Comunicazione.</i></p>	<p><b>Infermiere:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• competenze relazionali,</li> <li>• competenze cliniche/diagnostiche,</li> <li>• competenze tecniche,</li> </ul> <p>• nessuna decisionalità sulla scelta della metodica di divezzamento,</p> <p>• ampia discrezionalità nelle decisioni, in riferimento alle valutazioni della condizione della persona.</p>

Interventi Indicazione della serie di interventi (i principali della fase) attualmente messi in atto nel trattamento/assistenza del malato/caso esaminato	Evidenze	Mezzi	Riadute organizzative/ Personale Professionisti, personale in genere, competenze specifiche necessarie per attuare gli interventi descritti.
<p><b>2. Alimentazione orale:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pianificare.</li> <li>• Preparare il materiale occorrente e la persona.</li> <li>• Aiutare nell'assunzione e Verificare il quantitativo assunto.</li> <li>• Garantire l'igiene della persona e dell'ambiente.</li> </ul>	<p>La tracheotomia permette ai pazienti di alimentarsi nuovamente per via naturale ma poiché spesso si ha una alterazione della deglutizione con il conseguente rischio di inalazione, si devono seguire alcuni accorgimenti: valutare la capacità di deglutizione, il riflesso della tosse, programmare razionalmente la dieta, controllare che la cuffia sia gonfiata con un range di pressione pari a 25-35 cm H<sub>2</sub>O, la testa del letto con inclinazione di 30-45° (4)</p> <p>(4) Gori, Salvini, Sinatti, Gozzini, "Le tracheotomie" Atti del congresso nazionale Aniarti 1998, sessione 3 - relazione 2.</p> <p>A. MacDonald, L. Hildebrandt "Comparison of formulaic equations to determine energy expenditure in the critically ill patient". Nutrition 19, Issue 3, March 2003, Pages 233-239.</p>	<p>cartella infermieristica, istruzioni operative, comunicazione, occorrente per il pasto, occorrente per l'igiene,</p>	<p>Infermiere Operatore di supporto</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• competenza nella pianificazione,</li> <li>• competenze relazionali/educative,</li> <li>• conoscenze nutrizionali,</li> </ul> <p>• alta discrezionalità nell'assunzione di decisioni.</p>
<p><b>3. Gestione della tracheostomia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pianificare l'attività,</li> <li>• informare la persona,</li> <li>• preparare la persona e il materiale.</li> <li>• Attuare e monitorare: <ul style="list-style-type: none"> <li>- rimuovere eventuali secrezioni,</li> <li>- effettuare l'igiene della zona peri stomale,</li> <li>- effettuare il cambio della cannula interna,</li> <li>- monitorare le condizioni della persona,</li> </ul> </li> <li>• ripristinare il materiale,</li> <li>• educare la persona e il familiare di riferimento, <ul style="list-style-type: none"> <li>- pianificare il progetto educativo,</li> <li>- motivare all'apprendimento,</li> <li>- fornire contenuti teorici e utilizzare simulazioni,</li> <li>- coinvolgere progressivamente nella gestione reale,</li> </ul> </li> </ul>	<p>"non instillare la soluzione fisiologica allo 0,9% prima di aspirare gli adulti con tracheotomia. Assicurare che il paziente sia adeguatamente idratato è un modo con il quale si può facilitare la rimozione delle secrezioni respiratorie" livello III.1.</p> <p>"modificare le attività e ritardare gli eventi che sono riconosciuti responsabili nel determinare un aumento della pressione intracranica media o pressione arteriosa media dopo intervalli di 10 minuti. Le azioni devono essere pianificate su una completa valutazione dei bisogni del paziente; quando possibile occorre considerare le attività di assistenza passo per passo, piuttosto che in una sequenza consolidata" livello III.1.</p> <p>"a causa dei potenziali rischi associati, agli infermieri sono richieste abilità procedurali e delicatezza durante l'aspirazione" livello IV.</p> <p>Joanna Briggs Institute - Best Practice Vol 4 Issue4, 2000 "Tracheal Suctioning of Adult with an Artificial Airway". Systematic Review.</p>	<p>Documentazione infermieristica.</p> <p>Presidi e apparecchiature specifiche.</p> <p>Tecniche di educazione terapeutica: opuscoli informativi, lezione frontale e simulazioni.</p>	<p>Infermiere</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• competenza nella pianificazione,</li> <li>• esperienza clinica/diagnostica,</li> <li>• capacità tecniche,</li> <li>• conoscenza delle apparecchiature da utilizzare,</li> <li>• competenza relazionale ed educativa,</li> </ul> <p>• elevata autonomia decisionale,</p> <p>• l'aspetto educativo attualmente viene sviluppato in modo NON strutturato.</p>
<p><b>4. Trasferimento in reparto:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• informare e rassicurare la persona e la famiglia,</li> <li>• valutare la situazione assistenziale e preparare la documentazione,</li> <li>• attuare il trasferimento, <ul style="list-style-type: none"> <li>- preparare la persona,</li> <li>- effettuare il trasporto,</li> </ul> </li> <li>• ripristinare l'unità di degenza.</li> </ul>		<p>Documentazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• infermieristica,</li> <li>• clinica,</li> <li>• amministrativa.</li> </ul> <p>Letto del reparto.</p>	<p>Medico Infermiere TI e reparto Operatore di supporto TI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• competenza nella pianificazione:</li> <li>• conoscenza della gestione degli strumenti informativi:</li> <li>• competenza relazionale:</li> </ul> <p>elevata discrezionalità nelle decisioni.</p>



del professionista infermiere (competenza educativa elevata).

- Preparare il materiale occorrente: attività **GENERICA** trasferibile in presenza di procedura standardizzata, ad altre figure con assunzione di responsabilità di chi la effettua. L'autonomia e l'esclusività infermieristica è riferita alla formulazione della procedura, alla decisione dell'affidare ed alla **VERIFICA** sul risultato. È attività standardizzabile che può vedere coinvolti operatori di supporto come l'OSS (competenza di pianificazione e di valutazione degli operatori).
- Effettuare il weaning: attività **SPECIFICA** attuata su prescrizione **RESPONSABILITÀ** sulla corretta messa in atto (competenze tecniche elevate).
- Monitorare le condizioni della persona: attività **SPECIFICA AUTONOMA RESPONSABILITÀ** propria dell'infermiere (competenze cliniche elevate e tecniche). In riferimento alla situazione assistenziale considerata, si può evidenziare che *l'intervento assistenziale è di tipo tecnico su prescrizione* ma per la messa in atto, l'operatore ha una *discrezionalità decisionale in riferimento alla gestione dell'intervento educativo e dall'inserimento dell'attività stessa all'interno del contesto* (pianificazione delle attività in modo che non interferiscano le une con le altre), inoltre nel complesso dell'attività è ipotizzabile il coinvolgimento di operatori di supporto per quelle parti standardizzabili.

#### DM 739/94

Art. 1 comma 2 "assistenza infermieristica preventiva.....è di natura tecnica, relazionale, educativa....".

Art. 1 comma 3.d "garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche.

Art. 1 comma 3.f "per l'espletamento delle funzioni si avvale ove necessario dell'opera del personale di supporto".

Art. 4 "l'infermiere contribuisce alla formazione del personale di supporto.."

#### CD 3.2

"L'infermiere assume responsabilità in base al livello di competenza raggiunto e ricorre, se necessario, all'intervento e alla consulenza di esperti..."

#### CD 3.3

"L'infermiere riconosce i limiti delle proprie conoscenze e competenze e declina la responsabilità quando ritenga di non potere agire con sicurezza".

#### CD 4.5

"L'infermiere...garantisce le informazioni relative al piano di assistenza ed adegua il livello di comunicazione alla capacità del paziente di comprendere.....".

**Accordo Stato Regioni 22-02-01 GU 91 19/4/01 (OSS)**

Dall'allegato A: *realizza attività semplici di supporto diagnostico e terapeutico.*

Dall'allegato B: *aiutare nella preparazione alle prestazioni sanitarie; competenze tecniche...sa svolgere attività finalizzate. all'uso corretto di presidi, ausili e attrezzature...*

#### ALIMENTAZIONE PER VIA NATURALE

Per questa situazione assistenziale la lettura delle tre dimensioni considerate può essere ulteriormente specificata:

**STABILITÀ CLINICA** – per questa situazione assistenziale, la stabilità può essere compromessa a seguito ad esempio dell'inalazione di alimenti.

**PARZIALE CAPACITÀ DI COMPrensIONE/SCelta** – rispetto a questa variabile il paziente non è completamente in grado di comprendere le problematiche dovute alla presenza della tracheotomia e quindi di scegliere comportamenti consapevoli. Pertanto, svolge un ruolo importante la componente educativa che deve essere messa in atto dal professionista al fine di aiutare la persona ad adattarsi alla nuova condizione.

**PARZIALE CAPACITÀ DI AGIRE IN AUTONOMIA** – il sig. A.Z., se aiutato, potrà mettere in atto alcuni comportamenti di cura della propria persona finalizzati all'assunzione del pasto, all'igiene delle mani e del cavo orale.

Facendo la lettura delle attività in relazione alla complessità assistenziale bisogna considerare che l'adeguata alimentazione è un fattore importante per la persona sottoposta a condizione di stress, pertanto è responsabilità infermieristica favorire il soddisfacimento di questa necessità che ha una ricaduta sulla condizione clinica e sulle possibilità di recupero dell'autonomia della persona.

Per andare ad individuare le figure che possono essere coinvolte e con quali modalità, è utile considerare la

situazione assistenziale nella sua complessità.

- La pianificazione dell'attività è **ESCLUSIVA** e pertanto **AUTONOMA** dell'infermiere.

- In riferimento alla preparazione del materiale (stoviglie monouso, tavolino..) e al ripristino dell'unità del paziente, (attività **GENERICA** per l'infermiere) la figura che deve essere coinvolta è quella dell'operatore di supporto che in riferimento alla normativa vigente, può anche coadiuvare l'infermiere durante la preparazione della persona in riferimento al mantenimento della posizione adeguata; rispetto a questo la discrezionalità decisionale è elevata per l'infermiere cui compete la **SUPERVISIONE/VERIFICA** dei risultati.

#### DPR 384/1990 art. 40 (OTA)

"Opera sotto la responsabilità dell'op. prof. di I categoria coordinatore o, in assenza di quest'ultimo, dell'Infermiere responsabile...attività alberghiere"

**Accordo Stato Regioni 22-02-01 GU 91 19/4/01 (OSS)**

Dall'allegato A: "assistenza diretta e aiuto domestico alberghiere".

Dall'allegato A "cura la pulizia e l'igiene ambientale".

- La preparazione della persona in riferimento all'informazione/educazione, al controllo della cannula e della capacità di deglutizione, è attività **SPECIFICA** ad **AUTONOMIA** infermieristica che consente di individuare la consistenza ottimale degli alimenti da assumere ed eventualmente individuare se l'operatore di supporto presente è in grado di aiutare la persona per l'assunzione. In questo caso, visto il percorso formativo, si indica l'OSS o l'OSSS come operatori di supporto adeguati. Per queste attività l'infermiere agisce in **AUTONOMIA**, pianificando l'attività e valutando il raggiungimento dell'obiettivo attraverso la verifica diretta del quantitativo di alimenti assunto. Nella pianificazione assistenziale si prende in considerazione anche l'effettuazione dell'igiene delle mani e del cavo orale da attuare in relazione all'alimentazione, anche queste sono attività **SPECIFICHE** che possono essere affidate all'operatore di supporto e l'infermiere mantiene l'esclusività rispetto alla decisione di affidamento e alla verifica dei risultati. Questa situazione assistenziale è pra-

ticamente di completa gestione infermieristica (intervento autonomo), ha una elevata complessità assistenziale perché richiede al professionista, una accurata valutazione delle capacità della persona per cui l'intervento assistenziale nella sua complessità verrà tarato sulla base della capacità della persona di comprendere la propria situazione e di mettere in atto comportamenti adeguati in modo consapevole; in questa fase pertanto, risulta rilevante:

- la competenza in ambito di pianificazione e di utilizzo degli strumenti informativi al fine di garantire la continuità assistenziale;
- la competenza clinica che è indispensabile per individuare eventuali alterazioni e complicanze;
- la componente relazionale ed educativa che l'infermiere applica allo scopo di rendere la persona partecipe al suo progetto assistenziale al fine di ottenere risultati migliori.

#### CD 4.2

"L'infermiere ascolta, informa, coinvolge la persona e valuta con la stessa i bisogni assistenziali.... e consentire all'assistito di esprimere le proprie scelte".

#### DM 739/94

Art. 1 comma 2 "assistenza infermieristica preventiva..... è di natura tecnica, relazionale, educativa....".

Art. 1 comma 3.b "identifica i bisogni di assistenza infermieristica..... e formula i relativi obiettivi".

Art. 1 comma 3.c "pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico".

Art. 1 comma 3.e "agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari...".

Art. 1 comma 3.f "per l'espletamento delle funzioni si avvale ove necessario dell'opera del personale di supporto".

**Patto infermiere cittadino 12/05/96** mi impegno a:

- garantirti le migliori condizioni igieniche ambientali,
- aiutarti ad affrontare ....supportandoti nei gesti quotidiani di mangiare, lavarsi, muoversi.... quando non sei in grado di farlo da solo".

#### Accordo Stato Regioni 22-02-01 GU 91 19/4/01 (OSS)

Dall'allegato A: "assistenza diretta e aiuto domestico alberghiero".

Dall'allegato A: "cura la pulizia e l'igiene ambientale.

Dall'allegato A/ "assiste la persona, in particolare non autosufficiente o allettata, nelle attività quotidiane di igiene personale.

Dall'allegato B: "competenze tecniche...controllare e assistere la somministrazione delle diete.." ..osservare, riconoscere e riferire alcuni dei più comuni sintomi di allarme che l'utente può presentare.

#### Accordo Stato Regioni 16-01-03 GU 51 3/3/03 (OSSS)

Allegato A: conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica...o sotto la sua supervisione, è in grado di eseguire...la somministrazione dei pasti e delle diete.

#### DPR 384/1990 art. 40 (OTA)

"Preparazione dell'ambiente e dell'utente per il pasto ed aiuto nella distribuzione e nell'assunzione";

"in collaborazione o su indicazione dell'IP provvede... all'igiene personale del paziente".

#### GESTIONE DELLA TRACHEOTOMIA

Considerando questa situazione assistenziale la lettura delle tre dimensioni indicate dal modello, evidenzia:

**STABILITÀ CLINICA** – per questa situazione assistenziale, la stabilità può essere compromessa a seguito di una inadeguata gestione (rischio settico) o da una insufficiente ossigenazione.

**PARZIALE CAPACITÀ DI COMPrensione/ SCELTA** – rispetto a questa variabile il paziente deve essere adeguatamente informato per potere comprendere l'importanza di una corretta gestione. Pertanto, svolge un ruolo importante la componente educativa che deve essere messa in atto dal professionista al fine di aiutare la persona a comprendere la situazione per potere poi operare scelte consapevoli.

**PARZIALE CAPACITÀ DI AGIRE IN AUTONOMIA** – il sig. A.Z., se educato potrà collaborare con l'infermiere prima e con la sorella poi al fine della gestione della cannula.

- La pianificazione dell'attività è **ESCLUSIVA** e **AUTONOMA** per l'infermiere.
- La preparazione e il ripristino del materiale è una attività **GENERICA** che può essere standardizzata e pertanto, **AFFIDATA** ad operatori di supporto come gli OSS, l'infermiere mantiene l'**ESCLUSIVITÀ** in riferimento all'identifi-

cazione delle procedura, alla decisione di affidamento e alla verifica sul risultato.

- L'informazione alla persona è attività **ESCLUSIVA** dell'infermiere che deve informare sempre la persona prima dell'intervento assistenziale.
- L'attuazione della gestione e il monitoraggio del paziente durante e dopo la prestazione, sono attività **SPECIFICHE** con **AUTONOMIA** decisionale.
- Per quanto concerne l'aspetto educativo alla persona e alla famiglia, questo necessita della strutturazione di un progetto educativo, pertanto l'assistenza infermieristica in questo ambito deve essere sviluppata perché in un contesto come l'attuale, dove l'infermiere è chiamato a fare tutto, lo svolge in maniera non strutturata. La funzione educativa, che in un contesto generale è ad appannaggio di diverse professioni, in questa situazione assistenziale diventa **ESCLUSIVA** dell'infermiere che ha una elevata **AUTONOMIA DECISIONALE** in quanto la gestione della tracheotomia rientra nell'ambito delle attività assistenziali di cui il professionista si fa garante. È inoltre altamente motivante per il professionista in quanto può esprimere appieno le proprie competenze ed è gratificante in quanto consente di aiutare la persona ad accrescere la propria autonomia compatibilmente al nuovo stato di salute.

Risulta importante la presenza continuativa dell'infermiere nell'assistenza diretta in questa situazione in quanto oltre a monitorare le condizioni della persona, può focalizzare le eventuali problematiche di comprensione /apprendimento al fine di migliorare l'intervento educativo.

#### D.M. 739/94

Art. 1 comma 2 "assistenza infermieristica preventiva.....è di natura tecnica, relazionale, educativa....".

Art. 1 comma 3.b " identifica i bisogni di assistenza infermieristica.....e formula i relativi obiettivi".

Art. 1 comma 3.c „ pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico".

Art.1 comma 3.e "agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari...".

Art. 1 comma 3.f "per l'espletamento delle funzioni si avvale ove necessario dell'opera del personale di supporto".

## CD

2.6 "nell'agire professionale, l'infermiere si impegna a non nuocere, orienta la sua azione all'autonomia e al bene dell'assistito, di cui attiva le risorse anche quando questi si trova in condizioni di disabilità o svantaggio";

4.5 "l'infermiere...garantisce le informazioni relative al piano di assistenza ed adegua il livello di comunicazione alla capacità del paziente di comprendere".

#### Accordo Stato Regioni 22-02-01 GU 91 19/4/01 (OSS)

Dall'allegato A: "realizza attività semplici di supporto diagnostico e terapeutico".

Dall'allegato B: "aiutare nella preparazione alle prestazioni sanitarie"; "competenze tecniche...sa svolgere attività finalizzate. all'uso corretto di presidi, ausili e attrezzature...".

In relazione alla situazione assistenziale esaminata si può notare come l'intervento educativo agito in autonomia dall'infermiere (pianificazione, attuazione e verifica) abbia ricadute sulla capacità di mettere in atto comportamenti consapevoli rispetto al proprio stato di salute/malattia.

In relazione alla situazione del TRASFERIMENTO l'analisi della persona attraverso i tre assi indicati nel modello, evidenzia:

**STABILITÀ CLINICA** – condizione in miglioramento che in effetti consente il trasferimento della persona.

**COMPRESIONE/SCelta** – rispetto a questa variabile il paziente deve venire adeguatamente informato al fine di percepire il trasferimento come un evento positivo e non viverlo come un allontanamento da un ambiente considerato più sicuro.

**PARZIALE CAPACITÀ DI AGIRE IN AUTONOMIA** – il programma riabilitativo e di educazione verranno ottimizzati durante la degenza in reparto al fine di dimettere la persona con il massimo livello di autonomia possibile.

- Mediante la lettura della complessità assistenziale si evidenzia che la persona in questa fase necessita di un intervento assistenziale di tipo EDUCATIVO per quanto concerne l'eventuale stato d'ansia generato dalla "paura" di lasciare un luogo "sicuro", rispetto a questo, l'informazione alla persona e alla famiglia, viene gestita dall'infer-

miere (attività SPECIFICA) in collaborazione con il medico anestesista.

- In riferimento alla preparazione della documentazione, quella clinica è di competenza medica, quella infermieristica è ESCLUSIVA in quanto come anche richiamato nel CD, l'infermiere è garante della continuità assistenziale, pertanto è importante in questo contesto che l'infermiere sappia fare una valutazione accurata della situazione assistenziale al fine di trasmettere tutte le informazioni al servizio di destinazione (attività ESCLUSIVA con AUTONOMIA decisionale). Il perfezionamento degli strumenti informative e del loro impiego, può rendere non necessario il passaggio di consegne diretto tra professionisti. Per quanto riguarda la parte amministrativa del trasferimento, attualmente viene gestita dall'infermiere coordinatore o da quello della postazione ma questa è una attività **GENERICA/IMPROPRIA** che potrebbe essere standardizzata ed affidata ad altri operatori.

#### CD 4.7

"l'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche attraverso l'efficace gestione degli strumenti informativi"

- In riferimento all'attuazione vera e propria del trasferimento, è SPECIFICA la preparazione sotto l'aspetto tecnico della persona, il trasporto invece, valutata la condizione della persona, è una attività **GENERICA** che NON necessita della presenza infermieristica.
- Il ripristino dell'unità di degenza in riferimento alla sanitizzazione ambientale e dei presidi, è attività **STANDARDIZZABILE** e **PROPRIA** delle figure di supporto in riferimento alle quali l'infermiere mantiene la Verifica sui risultati; l'infermiere invece si occupa del ripristino del carrello della postazione e allestisce la stessa per un nuovo paziente. È una attività SPECIFICA, ma potrebbe essere standardizzabile?

Il trasferimento pertanto richiede all'infermiere una elevata competenza di pianificazione e gestione degli strumenti informativi (eventuale implementazione) al fine di garantire la continuità assistenziale. Per quanto riguarda gli aspetti tecnici come il ripristino del carrello invece, forse si potrebbero creare apposite check list che guidino l'azione di altri operatori e il cui risultato sia sottoposto a verifica da parte dell'infermiere.

#### Commenti sulla lettura del modello infermiere

Per quanto riguarda l'attività infermieristica la lettura secondo il modello è di questo tipo:

##### 1. Intervento tecnico autonomo e su prescrizione

L'attività effettuata su prescrizione viene progressivamente ridotta, possono essere usati protocolli diagnostico-terapeutici già definiti pertanto l'infermiere ha una discreta autonomia nella gestione degli interventi assistenziali che si esprime anche con alta decisionalità nella pianificazione dell'intervento stesso all'interno del contesto assistenziale globale, nella garanzia delle prescrizioni, nella attivazione di altre risorse professionali.

Il medico interviene solo nell'esecuzione di attività sue esclusive (diagnosi e terapia) e su chiamata dell'infermiere qualora si verificano situazioni di alterazione e di rischio clinico.

Quali competenze servono?

Competenze di pianificazione, cliniche/diagnostiche, abilità tecniche generiche e specifiche, conoscenza della tecnologia.

L'ambito in cui si muove il professionista è quello della collaborazione con altri professionisti al fine di garantire il benessere della persona.

##### 2. Intervento educativo

In questa fase il paziente ha una parziale capacità di comprensione e scelta autonoma, pertanto è molto rilevante l'assistenza di tipo educativo allo scopo di rendere consapevole la persona e di farla partecipare al proprio processo assistenziale. Ricordiamo che questa è una attività SPECIFICA dell'infermiere in quanto ha avuto una formazione dedicata e specifica riconosciuta negli ordinamenti didattici e richiamata dai riferimenti normativi che regolamentano la professione. Pertanto l'infermiere deve possedere specifiche competenze educative che deve essere in grado di applicare mediante le apposite strategie. L'aspetto educativo inoltre diventa esclusivo quando è riferito all'ambito esclusivo assistenziale. L'intervento educativo pertanto è riferito all'ambito specifico infermieristico, ambito che attualmente risulta agito non completamente e comunque in modo non strutturato.

### 3. Intervento tecnico e/o di supervisione e verifica del proprio agire e di quello del personale di supporto

Questa tipologia d'intervento è quella che si rivolge ai bisogni di base della persona e che prevede la completa autonomia infermieristica in riferimento alla pianificazione, attuazione e verifica. Il paziente in questa fase è progressivamente più partecipativo alla gestione delle proprie attività, obiettivo dell'assistenza è quello di portarlo al maggiore grado di autonomia compatibilmente la propria condizione di salute, pertanto risulta evidente come questo tipo di intervento sia strettamente collegato a quello educativo ed alla condizione di salute/malattia in quanto la messa in atto di un comportamento deve essere consapevole e finalizzata al bene dell'assistito. Per il raggiungimento degli obiettivi, l'infermiere può avvalersi del personale di supporto affidando loro quelle attività standardizzabili che non presentano elementi di complessità che richiederebbero discrezionalità nella scelta delle alternative assistenziali. In riferimento a questo, l'infermiere ha un ruolo prevalentemente di definizione di procedure delle attività standardizzabili trasferibili ed esercita una funzione **ESCLUSIVA** rispetto alla rilevazione dei criteri di trasferibilità, supervisione sull'attività trasferita, e di valutazione dei risultati. L'ambito in cui ci si muove, è quello dell'area della pianificazione, supervisione e verifica dei processi messi in atto.

Si ricorda che gli operatori di supporto, salvo per alcune attività di tipo igienico-alberghiero in cui sono autonomi, operano solo su indicazione degli infermieri.

L'infermiere deve quindi avere alte competenze pianificatorie per poter definire cosa e fino a che punto può trasferire il compito, e capacità di valutazione dei propri collaboratori e dei risultati sull'atto trasferito.

Questo comporta una alta assunzione di responsabilità professionale perché comunque la responsabilità ultima nell'attività assistenziale è **ESCLUSIVA** dell'infermiere.

#### Riferimenti

- D.M. 739/94 Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo Profilo Professionale dell'Infermiere.
- Codice Deontologico 12-5-99.

- Patto Infermiere Cittadino.
- Accordo Stato Regioni 22-2-01 GU 91 19/4/01 (OSS).
- DPR 384/1990 art. 40 (OTA).
- Accordo Stato Regioni 16-01-03 GU 51 3/3/03 (OSSS).
- Joanna Briggs Institute – Best Practice Vol 4 Issue4, 2000 *Tracheal Suctioning of Adult with an Artificial Airway*. Systematic Review.
- Gori, Salvini, Sinatti, Gozzini, *Le tracheotomie*. Atti del congresso nazionale Aniarti 1998, sessione 3 – relazione 2.
- MacDonald, Hildebrandt L., *Comparison of formulaic equations to determine energy expenditure in the critically ill patient*. Nutrition 19, Issue 3, March 2003, Pages 233-239.
- *Evidence-based guidelines for weaning and discontinuation of ventilatory support*. Chest 2001 Dec; 120 (6 Suppl): 375S-484S.
- *Assessment of factors that influence weaning from long-term mechanical ventilation after cardiac surgery*. Arq Bras Cardiol. 2003 Mar; 80(3):301-10.
- *I protocolli guidati dal terapeuta respiratorio durante le fasi di svezzamento dalla ventilazione meccanica*. Rassegna di patologia dell'apparato respiratorio 2002;17:198-208.
- Millocco S., Berlot G., *Lo svezzamento di un paziente dalla V.A.M: nursing e aspetti psicologici*. Scenario2003;20 (2) : 9-16.
- Hess D., *Ventilator modes used in weaning*. Chest.2001; 120: 474S-476S.
- *Criteria for weaning from Mechanical ventilation*. Evidence Report/Technology Assessment: Number 23.
- Zanolli, Abis, Palla *Lo svezzamento dal ventilatore Meccanico*. Atti del congresso nazionale Aniarti 1998, sessione 3 – relazione 5.
- *Weaning from mechanical ventilation*. Connect-Critical Care Nursing in Europe Summer 2001; Volume 1 Number 2.
- M.P. Shelly, P. Nightingale *Respiratory support*. BMJ 1999;318:1674-1677 (19 June).
- Sebastiani, Rossi, Scalorbi, De Domenico *La gestione della tracheotomia: confronto tra libri di testo*. Atti del congresso nazionale Aniarti 1998, sessione 3 – relazione 4.
- Calanchi, Capodiferro, Chiarelli *Tecniche e metodologie d'informazione sanitaria del paziente da parte degli infermieri*. Raccolta articoli EBN Azienda Ospedaliera S.Orsola-Malpighi Bologna 2002 .
- Redigolo, Kaldor, Magrini *Il processo comunicativo nella relazione d'aiuto*. Casa editrice Rossign Firenze 1994.
- J.F. d'Ivernois, Gagnayre R., *Educare il paziente guida all'approccio medico-terapeutico*. Casa editrice Mediserve1998.
- *Therapeutic Patient Education: continuino education programmes for Health Care Providers in the field of prevention of chronic diseases*. Report of WHO Working Group 1998.

#### Bibliografia

1. Ruvolo G., *Manuale di Terapia Intensiva Postcardiologica*, V edizione, Casa Editrice Ambrosiana Milano 2001.
2. Paul Marino L., *The ICU Book Terapia Intensiva, Principi fondamentali*, II edizione Masson 2000.
3. Procedura Aziendale, Policlinico S.Orsola-Malpighi Bologna 2001.
4. Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia Romagna, *Definizione e valutazione di requisiti qualitativi delle strutture cardiologiche*, Agenzia sanitaria regionale Emilia Romagna 1997 .
5. Istruzioni operative di Servizio, Rianimazione Cardiologia, Policlinico S.Orsola-Malpighi Bologna, 2000.
6. Iandolo Costantino, *Parlare col malato, Tecnica, Arte ed errori della comunicazione*, Editore Armando Armando 1983.
7. Contini, *Comunicazione e Educazione*, La nuova Italia editrice 1980.
8. MMWR Recommendations and Report Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter Related Infections. 9.08.2002.
9. 21° Congresso Nazionale Aniarti Sorrento Novembre 2002, Volume Atti del Congresso 2002 Infection Control and Hospital Epidemiology 1999;2(1):248-78.
10. The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee Alicia Mangram J., MD et al..
11. CARACT, Atti del Congresso Aniarti, Salsomaggiore Terme 2003.
12. Cacciari P., et al, *Il sistema di gestione per la qualità*, Collana Qualità in Sanità, Esse Editrice 2003.
13. Craven D.E., 2000; Chastre J., 2002.
14. Linee-guida del C.D.C. di Atlanta, 1997.
15. Epstein CD., 2002; Marelich G.P., 2000; Wesley E., et al. 2001; Meltha S. 2001.
16. Fink J.B., 1998; Hess D., 2002; Cook D., 2000; Ricard J., D. 2001.
17. Hixson S., 1998; Miconi et al. 2000; C.D.C. 1997.
18. Chastre J., 2002; Markovicz P., 2000; Thomachot L., 2000; Hurni J.M., 1997; Kirton O.C., 1997.
19. Maggiore S.M., 2002; Kollef M.H., 1997; Combes P., 2000; Paul-Allen J., 2000; Miconi G., et al. 2000; *Infection Control and Hospital Epidemiology* 1999;2(1): 248-78.
20. The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee Alicia Mangram J., MD et al. GHO vol.6, n.4, ottobre – dicembre 1999 pag 152:199.

## CONSIGLIO DIRETTIVO ANIARTI - TRIENNIO 2002-2004

### DRIGO ELIO - Presidente

Via del Pozzo 19 - 33100 UDINE - 0432/501461 - 3485927233  
340/4045327  
edigo@aniarti.it

### SILVESTRO ANNALISA - VicePresidente

Via Piemonte 38/2 - 33010 TAVAGNACCO (UD) - 0432/545329  
Fax 0432 480552  
Azienda 4 "Medio Friuli" Servizio Infermieristico - 0432/553049

### CECINATI GIANFRANCO - Tesoriere - Direttore Rivista

Via Morlacchi 5 - 50127 FIRENZE - 055/410598  
DEA Careggi (FI) - 055/4277450  
gcecinati@aniarti.it

### BENETTON MARIA

Vicolo Monte Piana B/7 - 31100 TREVISO - 0422/435603  
Corso di Laurea in Infermeristica Generale (TV) - 0422/328191/92

### BIANCHI GIUSEPPE

Via Naldi 21 - 80055 PORTICI (NA)  
Rianimazione Osp. "Loreto Mare" - 081 2542773  
cell. 339/568771 - 340/4045124  
bianchi@tin.it

### CAPODIFERRO PIETRO

Via della Foscherata 2 - 40141 BOLOGNA - 051/6231492  
Croce Rossa Italiana - Scuola per Infermieri Professionali  
BOLOGNA - 051/342618 - cell. 340/4045167 - E-mail: pietroc@libero.it

### di AMORE PAOLA

Via dei Sabatelli 62/2 - 50142 FIRENZE - cell. 347/1574080 - 340/4045377  
damore@aniarti.it

### MARSEGLIA MARCO

Via Larga 36 - 40138 BOLOGNA - 051/6013595  
Rianimazione CCH Osp. "S.Orsola-Malpighi" - 051/6363405-6363678-  
6363058 - cell. 340/4045439  
marseglia@aniarti.it

### MOGGIA FABRIZIO

Area Formazione Osp. "S.Martino" (CE) - 010/5555284  
cell. 347/2328492 - 340/4045259  
fmoggia@tin.it

### PINZARI ANNUNZIATA

Via Guido di Montepellier 25 - 00166 ROMA - 06/6245921  
cell. 339/5679371  
Terapia Intensiva CCH Osp. "Bambin Gesù" - 06/68592028-68592457

## CONSIGLIO NAZIONALE ANIARTI - TRIENNIO 2002-2004

### ABRUZZO

#### CASTELLUCCI MARIA

Via Saragat 25 - 67051 AVEZZANO (AQ) - 0863/416148  
Rianimazione Osp. Di Avezzano - 0863/499356

### BASILICATA

#### SCHIAVONE CATERINA

Via Rabatana 25 - TRICARICO (MT) - 0835/723954 - cell. 333/5798945  
Chirurgia Generale Osp. di Tricarico - 0835/524244

### CALABRIA

#### STANGANELLO FRANCESCO

Via Torino, 14 int. 11 - 89015 PALMI (RC) - 0966/21548 - 0966/23320  
cell. 368/3080699  
C. Iperbarica - Rianimazione Osp. di Palmi - 0966/418206

### CAMPANIA

#### BUFALINO GIOVANNI

Via Madonnette 22 - 80134 NAPOLI - 081/5613165  
Rianimazione CCH Osp. Montaldi - 081/7062720  
giannib78@hotmail.com

#### D'ACUNTO CONCETTA

Via Fiorinarino 139 - 80070 MONTE DI PROCIDA (NA) - 081/8045236  
cell. 340/4110578

Pat. Neonatale Osp. "S. Paolo" - 081/2547848

#### DE CRESCENZO TONIA

Rianimazione Osp. "Caldarelli" - 081/7472928  
tdcrescenzo@interfree.it

#### DI NUCCIO ANGELINA

Via delle Acacie 22 - 81042 CALVI RISORTA (CE) - 0823/652000  
cell. 339/7553382

Blocco Operatorio Osp. "S. Rocco" di Sessa Aurunca - 0823/934225  
angdnucc@tin.it

#### FORTUNATO FILOMENA

Via tre piccioni 38 - 80072 POZZUOLI (NA) - 081/8043516  
cell. 338/3433509

Rianimazione ASL NA 2 di Pozzuoli - 081 8552226

### EMILIA ROMAGNA

#### BONAFINI ROBERTO

Via Roma, 12 - 44025 MASSA FISCAGLIA (FE)  
Sala Operatoria Osp. Del Delta Ferrara - 0533/723148 Rep.  
cell. 347/4275776  
biglander31@libero.it

#### SEBASTIANI STEFANO

Via S. Marino 29 - 40057 LOVETO GRANAROLO (BO) - 051/6021456  
Azienda Ospedaliera di Bologna - Policlinico S. Orsola - Malpighi  
Ufficio di Staff Sviluppo Risorse Umane - Settore Formazione e Aggiornamento  
051/6361449 - cell. 340/4045447  
stefano.sebastiani@unil.it

#### SOLOMITA GRAZIELLA

Viale della Repubblica 48 - 40017 S.GIOVANNI IN P. (BO) - 051/821657  
CCH Osp. "S.Orsola-Malpighi" - 051/6364761 - cell. 340/4045399

### FRIULI VENEZIA GIULIA

#### MARCHINO PAOLA

cell. 339/8172051 - 340/4045129  
SERT Az. 1 Triestina - 040/3997324

#### PERESSONI LUCA

Via Mantova 100 - 33100 UDINE - 0432 541467 - cell. 3338/461153  
Il Rianimazione Osp. "S.M.della Misericordia" (UD) - 0432/552428  
tati.luca@libero.it

#### SPANCARO SABRINA

Via Cortatis 1 - 33032 BERTIOLO (UD) - cell. 338/1390578  
UCIC Osp. "S.At.della Misericordia" (UD) - 0432/552459  
sabrinaspancam@interfree.it

### LAZIO

#### MARCHETTI ROSSELLA

Viale Giulio Cesare 237 - 00192 ROMA - 06/39726094  
Rianimazione Policlinico "Gemelli" - 06/30154490

#### MEGLIORIN RITA

Via P.E. Castagnola 2 - 00135 ROMA - 06/3381031  
T.I. Pediatrica Policlinico "Gemelli" - 06/30155203

#### ROMIGI GAETANO

Corso di Laurea in Infermeristica Univ. Tor Vergata - ASL Roma C.  
Via L.E. Setiano, 43 - 00174 ROMA - 06/5017651 - Fax 06/5021590  
gromigi@uscinet.it

### LIGURIA

#### ARONNI WALTER

Casa di Cura "Villa Azzurra" - 0185/2131421 - Cell. 329/4947446  
waronni@evm-va2.it

#### DE PAOLI GRAZIELLA

Strada Tasciare 59 - 18038 SANREMO (IM) - 0184/501642 - cell. 338/7683489

### LOMBARDIA

#### BARAHOLO ROSELLA

Via Vanoni 18 - 23019 TRAONA (SO) - tel. 0342/653042  
Rianimazione Osp. di Sondrio

#### DIVO CARLO

Via De Gasperi 2 - 24123 BERGAMO - tel. 035/269521 - cell. 347/7805440  
Rianimazione Seriate  
carlodivo@iscinet.it

#### ZERBINATI MARCO

Piazza Grandi 18/g - 20020 SOLARO (MI) - 02/9692219  
Servizio Anestesia e Rianimazione Osp. di Garbagnate Mil.se - 02/99513481

### MARCHE

#### PAOLUCCI FABIO

Via E. Profili 48 - 60044 FABRIANO (AN) - cell. 338/5709362 - 347/8273571  
Rianimazione Osp. Civile Fabriano - 0732/707312  
rianimazione@aslf.marche.it

### MOLISE

#### CALFEO MARIO

Via Comunale 104 - 81050 PRESENZANO (CE) - 0823/989583  
Ht. Neuromed di Ischia - 0865/92909-92924 - Fax 0865/925351  
mario.calfeo@neuromed.it

### PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

#### PASTORINO DANIELA

Via San Sebastiano, 12 int. 2 - 15010 TERZO ALESSANDRIA  
ASL 22 Rianimazione Aquis Terme - 0144/777348

#### MONTESANO ROSANNA

Via Cardona 15 - CASTELLI/ALFERO (AT) - 0141/298287  
Blocco Operatorio ASL 19 di Asti - 0141/392468  
wsmont@tin.it

#### TROTTA ALFONSO

Via Boito, 25 - 10154 TORINO  
UTIC - Le Molinette - Tel. 011/283191 fax. 011/6335513

### PUGLIA

#### D'ANGELA GIUSEPPE

Via Giancola, 13/A - FRANCAVILLA FONTANA (BR) - 0831/854037 -  
cell. 338/9662536  
C.O. 118 TARANTO - 099/4724037  
gepsapia@libero.it

### SARDEGNA

#### MANGONI PATRIZIA

Via Dessanay 137 - 08100 NUORO - 0784/203590  
UTIC Osp. "S. Francesco" (NU) - 0784/240376 - 0784/26919  
patriziamangoni@virgilio.it

### ZANOLI LAILA

Via Il' Strada 37 - 09012 FRUTTI D'ORO CAPOTERRA (CA) - 070/71726  
Clinica Psichiatrica USL 8 - 070/485146

### SICILIA

#### CHIARENZA ROSARIO

Rianimazione Osp. "V.E. Ferrarico" (CT) - 095/7436251  
cell. 338/8124831 - 336/206174  
sarcchiarenza@katamail.com

#### TAORMINA MARIA

Centrale 118 Palermo - 091/6860862  
e-mail: maria.taormina@libero.it  
cell.: 347 7951768

### TOSCANA

#### CULLURÀ CLAUDIO

Piazza della Pace 15 - 52027 S. GIOVANNI VALDARNO (AR) - 055/9121612  
Rianimazione Osp. di S. Giovanni Valdarno - 055/9106613

#### MAFFUCCI PAOLA

Viale Redi, 25 - 50144 FIRENZE - 349 8757679

#### MARCONI ROBERTO

Via del Tirassegno, 48 - 58100 GROSSETO - 0564/496409 cell. 338/7020960  
Centrale 118 Grosseto - Numero Verde 800550280  
robmarco@yahoo.it

#### MORIANI MASSIMO

Via Ville, 86/c - 52024 TERRANOVA BRACCIOLENI (AR)  
Rianimazione Osp. di S. Giovanni Valdarno - 055/9106613  
morianimassimo@libero.it

### TRENTINO ALTO ADIGE

#### CALLIARI OLIVIO

Via Biasi 102/a - 38010 S. MICHELE ALTO ADIGE (TN) - 0461/650522  
UCIC Osp. "S. Chiara" (TN) - 0461/903207

### UMBRIA

#### MARINELLI NOIRA

P.le Giustiniani 42 - 06100 PERUGIA - cell. 347/9069486  
Rianimazione Osp. "Silvestrini" (PG) - 075 5782358  
fab.family@libero.it

#### DOTTORI FRANCESCO

Via Eugubina 129/b - 06100 PERUGIA - 075/5735719 cell. 339/7691469  
Rianimazione Osp. "Silvestrini" (PG) - 075/5782358  
chicco31@quipo.it

### VENETO

#### BELLAN SOFIA

Via Pegolini - ADRIA (RO) - 0426/42165 - cell. 333/6916167  
Rianimazione Osp. di Rovigo - 0425/393445  
bellansofia@libero.it

#### CRIVELLARI MARIA CINZIA

Rianimazione Osp. di Rovigo - 0425/394224 - 0425/393445

#### FAVERO WALTER

Rianimazione Giustiniana, Osp. di Padova - 049/8213100 - 340/4031285

#### GONZALES IGLESIAS MARIA

Porto Fomaci 1 - 37019 PESCHIERA DEL GARDA (VR) - 045/7552603  
cell. 3355282103  
maradelmar@allicadria.net

## REVISORI - TRIENNIO 2002-2004

#### CALLIARI OLIVIO

#### CULLURÀ CLAUDIO

#### FAVERO WALTER

4  
00

# SCENARIO®

il nursing nella sopravvivenza

Edizione 2011

