

## Perché un congresso sugli infermieri e gli errori in area critica

Il 25° Congresso Nazionale Aniarti si è tenuto a Genova dal 15 al 17 novembre 2006.

1500 infermieri da tutta Italia a riflettere e discutere sul tema: "L'infermiere e l'errore: \* prevenire \* imparare \* intervenire". Oltre all'approfondimento del tema nei termini generali, tenuto da esperti di livello nazionale ed internazionale, vi sono stati tre studi organici di casi emblematici specifici in contesti particolari dell'area critica: - la terapia intensiva (adulto/bambino/neonato) - la sala operatoria/area interventistica (adulto/bambino) - l'emergenza intra ed extra ospedaliera (adulto/bambino).

L'errore in area critica è certamente un problema grave per tutti: per il malato, per l'istituzione, per l'équipe assistenziale.

Il supporto di tecnologie molto sofisticate come in area critica, spesso aiuta ad evitare errori. A volte la supposta sicurezza delle tecnologie può invece indurre l'errore e la sua moltiplicazione. I dati presentati nei giorni del congresso e tutte le considerazioni fatte, hanno dato la dimensione del problema ed hanno proposto le diverse ottiche con cui leggere il fenomeno.

Che cosa abbiamo voluto andare ad esaminare quest'anno?

Quando abbiamo deciso di progettare questo evento formativo sull'errore, eravamo ben consapevoli della difficoltà nel realizzare un momento di confronto che fosse costruttivo e che potesse incidere nella nostra quotidianità.

Abbiamo perciò voluto focalizzare l'attenzione non tanto sugli errori in quanto tali, quanto piuttosto sulle modalità di progettare ed attuare l'assistenza che protegga dall'errore.

Abbiamo pensato di parlare con un'ottica positiva e costruttiva al problema dell'errore, che sappiamo ineliminabile in termini assoluti.

Ci siamo chiesti che cosa succede quando l'errore si verifica; quali reazioni intervengono; quali meccanismi si inne-

scano; quali azioni mettere in atto per riparare l'errore; come proteggere il malato e come proteggere l'operatore e consentirgli di continuare e di imparare ancora; come proteggere l'organizzazione/istituzione dall'errore.

Per i molti interrogativi che sorgono di fronte all'errore, articolate, complesse e gravide di implicazioni e di responsabilità etiche e deontologiche, morali, organizzative sono le risposte da cercare e trovare all'errore nell'assistenza al malato in situazione critica.

Alcuni fattori che condizionano la sicurezza dall'errore ai vari livelli:

- *le variabili del servizio per la salute presentano livelli di difficoltà non riscontrabili in altri processi operativi;*
- *le aspettative di qualità di vita delle persone, anche nella situazione di criticità vitale, sono giustamente elevate: segno di positiva evoluzione di una cultura e un feedback da non sottovalutare. È urgente considerare e sollevare anche tutto il drammatico problema del limite, della finitezza della vita, il problema della sua definizione, da inserire oggi con realismo e saggezza nel quadro complessivo della sanità;*
- *i professionisti della salute vivono in una costante incertezza per la necessità di adeguare le competenze alle innovazioni, di coniugare le conoscenze con l'impellenza dell'attività e per i molteplici fattori distraenti, derivanti dall'integrazione di operatori diversi; ed altri motivi ancora...*
- *i processi per ottenere garanzie di sicurezza o riduzione dell'errore, sono sempre più onerosi in relazione all'elevarsi della complessità dei percorsi interessati;*
- *il rischio di errore e delle sue conseguenze è diventato per gli operatori una preoccupazione pervasiva al limite della sostenibilità.*

*Emblematico che molti processi terapeutici fortemente influenzati dal rischio, portano a sottoporre il malato ad indagini multiple (non sempre innocue) al solo scopo di confermare*

*una diagnosi e proteggere l'operatore dalla possibile accusa di "non aver fatto tutto il possibile..."*.

Il prezzo della non conoscenza e degli errori in contesto sanitario può significare la perdita della vita di persone e la medicina e l'assistenza certo, hanno molto imparato dagli errori.

Interrogarsi sull'errore nell'assistenza diventa quindi una necessità innanzitutto, a volte, per la posta in gioco.

In secondo luogo, prevenire l'errore significa evitare la compromissione dei risultati e la dispersione delle energie impiegate nel percorso progressivo.

Infine, riflettere sull'errore deve condurre ad intraprendere una strada di ricerca e adozione sistematica di processi assistenziali sicuri, condivisi dall'intera équipe che si occupa della persona malata, di fatto responsabile anche dell'istituzione entro cui opera.

Un'ultima motivazione ci aveva indotto a progettare un convegno come questo: volevamo affrontare con coraggio il problema dell'errore, anche perché viene troppo sottaciuto. Ancora lo viviamo quasi esclusivamente come una sconfitta ed una lesione della stima personale di professionisti. Ma, sapendo che con tutta la buona volontà, l'errore in assoluto, è ineliminabile, non dobbiamo certo abbassare la guardia verso il rischio, ma anche imparare ed utilizzare le possibilità di apprendimento dall'errore. La proprietà quindi, non semplicemente *didattica*, ma proprio *pedagogica*, meglio ancora forse, la proprietà *andragogica* dell'errore; un concetto che implica l'idea dell'insegnamento verso la persona adulta, che possiede la maturità dell'esperienza e ha dentro di sé la capacità di legare la competenza con la saggezza che deriva dall'aver fatto un percorso nella vita concreta.

Un filo rosso costante, un messaggio chiaro e forte ha percorso il congresso: l'errore o il quasi-errore per un professionista deve vedersi non come una *colpa*, da nascondere, ma come una *responsabilità positiva* di far evolvere i processi di lavoro al fine di impedire gli errori futuri. Affrontare l'errore dunque, scoprirlo e decidere di imparare ancora molto.

Il nostro imparare significherà innalzare il margine di miglioramento per la sopravvivenza e la vita dei malati di cui ci prendiamo cura.

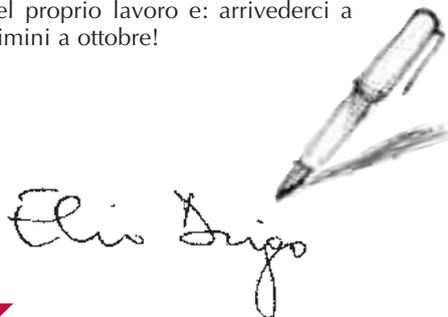
I congressi Aniarti si caratterizzano anche per l'apporto di novità ed ulteriore arricchimento che viene stimolato e chiesto anche ai partecipanti, oltre che ai relatori. Molti anche in questo convegno hanno portato nei dibattiti, il proprio contributo di esperienze, proposte, riflessione.

Questo intendevamo fare assieme, con franchezza e rigore e ci pare, anche esaminando le osservazioni scritte lasciateci dai presenti, il risultato sia venuto.

E, dopo aver celebrato anche i 25 anni dell'associazione e salutandoci, abbiamo annunciato il titolo del prossimo 26° congresso nazionale, a Rimini, dal 24 al 26 ottobre 2007, per un confronto che speriamo il più diffuso e vario possibile su: *"Innovazione e sviluppo dell'infermieristica in area critica e ridefinizione del paradigma assistenziale"*. Indagini, ricerche ed esperienze selezionate dall'attività assistenziale. Studi e proposte per una rilettura dei fondamentali del paradigma infermieristico nel contesto della nuova realtà culturale e sociale. Un'altra sfida, ovviamente.

Riteniamo importante riuscire a far emergere una vastissima gamma di esperienze, competenze e studi che sappiamo esistere e nati nel quotidiano delle nostre unità operative, ma che non trovano opportunità per essere diffusi e condivisi. Insomma, un immenso patrimonio che rimane bloccato: vogliamo dare voce e confrontarci su quanto di meglio gli infermieri di area critica italiani hanno prodotto finora. E a partire da questo, rivedere su che cosa si basa, nel tempo nostro, l'assistenza infermieristica.

Allora, buon lavoro a chi è entusiasta del proprio lavoro e: arrivederci a Rimini a ottobre!



Elis Digo

Debora Cesar, Infermiera, Anestesia e Terapia Intensiva I<sup>o</sup>,  
Michele Picogna, D.D.S.I., Formazione e Aggiornamento Risorse Umane,  
A.O.U. S.M. della Misericordia, Udine.

# I familiari dei pazienti ricoverati in un centro di cure intensive: uno strumento per il miglioramento della qualità assistenziale



## Riassunto

La gestione e la presa in carico della famiglia di un paziente ricoverato in una unità di terapia intensiva e nei dipartimenti d'emergenza è e rimane un punto di discussione e di non facile risoluzione nella realtà italiana. Molti sono gli elementi che non facilitano il coinvolgimento dei familiari nel processo di cura del paziente critico, tra questi in primis ostacoli socio-culturali, organizzativi, strutturali, ed educativi.

Numerosi sono gli studi svolti negli ultimi anni che mettono in luce le necessità ed i bisogni dei familiari, ovvero:

- bisogni d'informazione/comunicazione; • bisogni di supporto; • bisogni di comfort;
- bisogni di vicinanza; • bisogno di dare significato all'esperienza.

Pochi invece gli interventi messi in atto a soddisfare tali bisogni, se pur percepiti in maniera soddisfacente dal personale.

L'obiettivo pertanto di questo contributo è di fornire una possibile strategia di azione affinché vi sia da parte degli operatori sanitari un'attenzione ed una prassi orientata anche ai bisogni dei familiari. Dopo una sintesi della revisione bibliografica e la citazione di alcune raccomandazioni, realizzate da un gruppo di ricercatori australiani, viene proposto uno strumento, al fine di migliorare e monitorare la qualità dell'assistenza fornita ai familiari dei pazienti critici, e la sua successiva "validazione" allo scopo di rendere possibile un suo utilizzo nelle realtà locali.

**Parole chiave:** Bisogni dei familiari, Presenza dei familiari, Terapia intensiva, Linee guida, Revisioni sistematiche.

## ARTICOLO ORIGINALE

pervenuto il 08/01/07  
approvato il 18/01/07

## Introduzione al problema

Il ricovero urgente di un paziente critico nelle Unità di Terapia Intensiva coinvolge l'intero nucleo familiare che si vede destabilizzato e disorganizzato. Alcuni studi<sup>(17-32-34)</sup> che indagano gli effetti di questo evento sui familiari riferiscono una distruzione della routine domestica, un cambiamento delle relazioni tra i familiari, una difficoltà nel coniugare i diversi ruoli quali quelli di coniuge, genitore, lavoratore, nonché un aumento di tensione e di sofferenza che si esprimono con rabbia, paura, incertezza, frustrazione e senso di colpa.

Eppure, tale evenienza così traumatica come un ricovero in Terapia Intensiva, può diventare per familiari e pazienti una importante opportunità di collaborazione, informazione ed aiuto psicolo-

gico reciproco. L'infermiere avrà quindi come obiettivo quello di promuovere una *relazione terapeutica efficace*<sup>1</sup> creando un ambiente che favorisca l'interazione familiare - paziente, fornendo informazioni sugli aspetti assistenziali ed organizzativi, chiarendo le informazioni cliniche e supportando il familiare nei momenti più critici.

## Background

La ricerca bibliografica per individuare e focalizzare il problema si è svolta con Pub-med (utilizzando e combinando parole chiave quali *family needs, critical illness, guidelines, systematic review, critical care unit, family presence, family centered...*), nonché tramite la consultazione di riviste specialistiche e siti di associazioni infermieristiche di area critica.

Nell'analizzare il fenomeno non sono state prese in considerazione le singole terapie intensive pediatriche, le unità coronariche ed i servizi di Pronto Soccorso. Dei numerosi lavori revisionati sono stati selezionati per il presente articolo in particolare alcuni studi italiani che meglio descrivono la nostra situazione.

La ricerca ha evidenziato come in molti studi (prevalentemente descrittivi) è stato utilizzato come strumento di rilevazione dei bisogni la *Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI)* creata nel 1983 da MOLTER e LASKÉ, strumento che contiene un elenco con 45 voci di possibili necessità dei familiari di un paziente ricoverato in una unità di Terapia Intensiva. Le voci sono raggruppate in categorie:

- a) bisogni *relazionali e di supporto* (avere qualcuno con cui parlare per esprimere emozioni e sensazioni)
- b) bisogni *informativi/comunicativi* (ricevere informazioni quotidianamente e al bisogno),
- c) bisogno di *comfort* (avere un ambiente e una sala d'attesa vicina e confortevole);
- d) bisogno di *vicinanza* (avere orari e visite flessibili).

Lo strumento consente ai familiari - e al personale - di scegliere le 10 voci ritenute più importanti e all'interno di queste indicare quelle ritenute prioritarie.

Si riportano in sintesi i risultati emersi negli studi che hanno adottato tale strumento di indagine.

La sintesi dei risultati emersi dagli studi italiani<sup>(7-22-26-27)</sup> e stranieri<sup>(6-13-14-19-28)</sup>, ritenuti significativi riguardo il bisogno di *informazione e sollievo dall'ansia* nel ricevere informazioni, mette così in evidenza le voci più citate, ovvero:

- *essere rassicurati che vengano fornite le migliori cure possibili,*
- *ricevere risposte oneste,*
- *essere rassicurato di venire chiamato a casa riguardo i cambiamenti sulle condizioni del paziente,*
- *conoscere la prognosi,*
- *ricevere informazioni quotidianamente,*
- *ricevere informazioni in termini comprensibili,*
- *sentire che c'è speranza,*
- *sapere in che cosa sta migliorando il paziente.*

Una conferma di quanto sopra riportato lo si ha anche nello studio condotto<sup>(22)</sup> nelle rianimazioni trentine. Le voci più frequenti e prioritarie sono risultate:

- *il sentirsi sicuro che viene fornita la migliore assistenza possibile,*
- *sapere cosa viene fatto e perché,*
- *parlare con il medico e ricevere informazioni almeno una volta al giorno.*

Sia nelle revisioni che nello studio dei colleghi italiani risultano prioritari i bisogni d'informazione e supporto mentre appaiono meno rilevanti quelli riferiti al comfort.

Va notato che in tutte le ricerche la maggior parte dei dati sono raccolti nelle prime 72 ore di ricovero, ossia in una fase dove è più forte il bisogno di informazioni piuttosto che di comfort o di vicinanza, esigenze che invece potranno assumere più rilevanza con il prolungarsi della degenza.

In risposta ai problemi emersi, alcuni degli interventi<sup>(4-12)</sup> suggeriti sono: un primo contatto iniziale con le famiglie, l'uso durante i colloqui di domande aperte, l'attivazione di processi comunicativi (ascolto attivo)<sup>(95)</sup>, modalità per fornire informazioni appropriate e per verificarne la comprensione, azioni per incoraggiare il familiare a porre domande e fornire informazioni scritte per supportare la comunicazione verbale.

Nello studio condotto dal gruppo dell'Aniarti<sup>(22-27)</sup> - l'indagine correla i risultati emersi con alcune variabili quali l'età del paziente e del familiare, il grado di parentela, la gravità del paziente, ecc.

Merita citare come alcune variabili, come l'età del paziente, non influisca significativamente sulle necessità dei familiari e dei pazienti stessi.

Analizzando invece le modalità di trasmissione delle informazioni ed il comfort offerto nella realtà italiana, l'interazione *paziente-familiare-operatore* risulta ostacolata da alcuni elementi di tipo logistico/strutturale. Lo studio italiano di cui sopra<sup>(26)</sup>, che include un campione di 25 centri di rianimazione di

cui 7 sub-intensive (877 questionari consegnati e 708 ritirati di cui 468 compilati dai familiari e 409 dagli infermieri), rivela come punto critico la carenza di risorse strutturali ed umane a disposizione dei familiari. I bisogni di comfort, nonostante seguano quelli di informazione, non vanno tuttavia trascurati poiché ritenuti importanti dai familiari anziani e da chi ha già avuto esperienze in terapia intensiva.

L'analisi permette di notare la peculiarità di alcune voci emerse da questo studio (Tabella 1).

Occorre notare che le limitazioni all'ingresso hanno motivazioni diverse: il pericolo d'infezioni è la causa più frequente nonostante in letteratura non sia evidenziato un aumento delle infezioni veicolato dai familiari; altri motivi invece sono legati agli aspetti strutturali ed organizzativi.

I dati inoltre evidenziano come nella maggior parte dei casi non vi sia uno spazio "*dedicato*" alla privacy ed il comfort dei parenti. Diventa difficile in tali contesti ed in situazioni così delicate promuovere e garantire quella riservatezza necessaria nel dare o ricevere informazioni nonché per poter esprimere e vivere serenamente i propri stati d'animo.

I bisogni di comfort quindi possono essere riassunti nella necessità di avere a disposizione sale d'attesa vicine al servizio di rianimazione, disporre di un telefono ed un servizio igienico nelle prossimità, disporre di presidi quali sedie, tavoli, poltrone, divani, radio, TV, e tutto ciò che può rendere un ambiente accogliente, avere la possibilità di un servizio mensa o di ristoro, ma anche la garanzia di una adeguata privacy durante i colloqui e visite mettendo a disposizione "*spazi dedicati*". Peculiare inoltre è il fatto, come in ben pochi centri

Tabella 1. Risultati dello studio Montecchi F. e gruppo Aniarti, 2000

Voci	Si	No
Possibile ingresso di più di un familiare	20%	80%
Possibili visite fuori orario	5%	95%
Visite concesse in casi particolari <sup>2</sup>	95%	5%
Possibilità di colloquio quotidiano	100%	/
Presenza dell'infermiere durante il colloquio	24%	76%
Presenza di spazio "dedicato" al colloquio	28% <sup>3</sup>	72%
Presenza della sala d'attesa	58%	42%
Presenza e consegna ai familiari di libretto/opuscolo informativo dell'U.O.	48%	62%

venga coinvolto il personale infermieristico durante il colloquio, nonostante dimostri di avere una buona capacità di percezione dei bisogni dei parenti<sup>(27)</sup> e discreta attitudine nel fornire e chiarire informazioni riguardanti le condizioni generali del paziente, oltre a garantire una coerenza nella trasmissione di informazioni.

Oltre ai problemi emersi di informazione e comfort vi sono quelli di vicinanza e presenza del familiare durante la fase critica per il paziente, a tale proposito numerosi sono gli studi e ricerche che indagano questo fenomeno soprattutto nelle realtà straniere.

A tale riguardo si riportano di seguito le reazioni dei familiari qualora vengano coinvolti dagli operatori durante alcune procedure invasive (manovre di rianimazione, cateterismo venoso centrale, intubazione endo-tracheale, drenaggio toracico, ecc.) e nelle prime cure al paziente critico<sup>(2-5-9-15-20-22-23-24)</sup>:

- sensazione di essere d'aiuto al proprio caro, trasmettendo parole di incoraggiamento e mantenendo un contatto fisico,
- aumento delle informazioni e maggior comprensione della situazione,
- diminuzione dell'ansia anticipatoria,
- percezione che tutti gli sforzi necessari per salvare la persona vengano compiuti,
- miglior accettazione ed elaborazione del lutto (da un senso di chiusura sulla vita condivisa insieme).

Tuttavia tale modalità non è esente da comportamenti che possono influenzare le performance degli operatori. Tra questi<sup>(1-5-9-10-15-23-25-31)</sup>:

- sensazione di aumento dello stress durante la performance in presenza di estranei,
- paura di rivele legalità generate da equivoci sulla comunicazione o interpretazione erronea dei sanitari,
- timore di comportamenti emozionali incontrollabili dei familiari,
- timore che la presenza del familiare durante l'emergenza possa influenzare la decisione circa lo sforzo e la durata della rianimazione,
- eccessivo senso paternalistico nei confronti dei familiari con timori di esiti emozionali traumatici a lungo termine.

Il bisogno di stare con o vicino al parente è più intenso durante la fase iniziale della malattia critica e dura sino ai primi segni di stabilità o miglioramento

e ripresa. I bisogni dei familiari di vicinanza incorporano l'interazione con il paziente attraverso il tatto, la parola o l'intimità e quindi lo stare assieme. Gli interventi suggeriti<sup>(4-12)</sup> per soddisfare questo bisogno sono l'informazione dei parenti sui piani di trasferimento che vengono definiti per il paziente ed azioni che facilitano la vicinanza dei parenti al proprio familiare in alcuni momenti critici quali possono essere le indagini o le manovre invasive nonché le situazioni vissute in maniera stressante dall'assistito.

### Strategie adottate al problema

#### Le raccomandazioni per la pratica clinica

Dalla volontà di alcuni ricercatori australiani<sup>(4)</sup> che intendevano identificare e dare risposta ai bisogni dei familiari di pazienti critici ricoverati nei dipartimenti d'emergenza, nasce uno studio

con lo scopo di giungere ad una sintesi in merito ai comportamenti più efficaci da adottare.

Attraverso una strategia di valutazione della qualità dei vari disegni di ricerca utilizzati è stata prodotta una linea guida destinata agli operatori e ai servizi per promuovere e facilitare il soddisfacimento dei bisogni dei familiari presenti in un centro di rianimazione (Tabella 2).

Sono stati inclusi 30 studi, esaminati per la loro rilevanza, evidenza e consistenza. In base ai criteri adottati lo studio di LESKE<sup>(18)</sup> si è dimostrato il migliore; tale studio pubblicò l'unica meta-analisi usando dati estratti dalla CCFNI e raccolti nelle prime 72 ore dal ricovero in diverse unità di cure intensive e con ricerche effettuate negli USA in un periodo di tempo di oltre 10 anni.

I risultati degli studi di questa ricerca sono stati poi utilizzati per formulare le raccomandazioni qui proposte

Tabella 2. Raccomandazioni (Journal of Advanced Nursig, June 2003; 44(1):88-98)

RACCOMANDAZIONI per la PRATICA CLINICA	LIVELLO DI EVIDENZA
1) Il personale del dipartimento d'emergenza ha un approccio coerente e coordinato per la cura dei familiari	IV
2) Il personale instaura subito un contatto con i familiari del paziente ricoverato nel dipartimento d'emergenza*. Si adopera inoltre per assicurare contatti ad intervalli regolari e frequenti, in particolar modo se vi sono cambiamenti sulle condizioni del paziente	IV
3) Il personale usa tecniche di ascolto attivo per migliorare l'efficacia della comunicazione con i membri della famiglia	IV
4) Il personale promuove un ambiente familiare ed amichevole	IV
5) Il personale valuta i membri della famiglia che accompagnano il paziente critico nel dipartimento d'emergenza al fine di poter individuare situazioni problematiche /o particolari	IV
6) Il familiare del paziente critico accompagna sino all'unità di degenza il proprio congiunto	III-1
7) Il familiare riceve, se richiesto, un supporto assistenziale, psicologico e religioso, in caso di decesso del proprio congiunto	III-2
8) Il personale promuove negli assistiti e nei familiari una percezione realistica e allo stesso tempo fiduciosa dei fatti	III
9) Il personale promuove e sviluppa con i familiari rapporti positivi ed ottimistici	IV
10) Il personale comunica ed aggiorna ai familiari l'evolversi della situazione clinica	III-2
11) Il servizio riduce l'ansia e lo stress dei familiari assicurando loro attività diversive e ricreative	IV
12) Il personale assicura ai familiari il contatto con il dipartimento d'emergenza per ricevere informazioni anche al di fuori dell'orario previsto	IV

Tabella 3- Livelli di evidenza (Evans & Change 2000)

Tipo di studio	Livello
Revisione sistematica di tutti i processi controllati e randomizzati	I
Almeno un disegno di ricerca randomizzato e controllato ben definito	II
Un buon disegno di ricerca tramite processi controllati senza randomizzazione	III-1
Un buon disegno di studi su Coorte o caso-controllo svolti da più di un centro o gruppo di ricerca. Studi osservazionali senza randomizzazione	III-3
Studi in serie temporale con o senza intervento	III-3
Opinioni d'esperti, studi retrospettivi e descrittivi	IV

(Tabella 2) ed accompagnate ognuna dalla rispettiva forza dell'evidenza (Tabella 3).

Il carattere peculiare del tema e dei fenomeni indagati includono la maggior parte delle raccomandazioni al livello III - processi senza randomizzazione, studi e serie temporali senza intervento - o al livello IV - studio descrittivo.

Tali raccomandazioni pertanto non hanno scopi e caratteristiche rigorose bensì l'obiettivo di indirizzare gli operatori ad una migliore pratica corrente nonché diventare la base per uno studio più completo in quest'area della prassi assistenziale.

**La realizzazione di uno strumento per la qualità assistenziale dei familiari: modelli e metodi**

L'idea di creare uno strumento per migliorare la qualità dell'assistenza fornita ai familiari dei pazienti ricoverati nei centri di rianimazione scaturisce in seguito alle osservazioni dell'esperienza empirica e ai risultati della revisione bibliografica, che mettono in luce come l'utilizzo di alcune documentazioni <sup>(12,4,24,15,33)</sup>, (vedi allegati: Tabella 5) e linee guida possano aiutare il personale a garantire una coerenza di infor-

mazioni e comportamenti atti a favorire una assistenza centrata sulla famiglia.

È per tali motivi che nasce l'esigenza di (ri)formulare i principi contenuti nelle raccomandazioni di cui sopra al fine di renderle oggettive e praticabili.

Le raccomandazioni sono riproposte e classificate in due gruppi in base all'affinità dei bisogni originari individuati.

Quest'ultime, rivolte ai responsabili delle unità operative e a tutti gli operatori sanitari, sono però troppo generali per essere in qualche modo "misurate". Ecco allora che ognuna di queste indicazioni viene tradotta in un numero variabile di criteri di *buona qualità dell'assistenza ai familiari* così da poter svolgere una attività di verifica e confronto con la realtà.

Il metodo utilizzato riprende quello dell'*accreditamento*<sup>5</sup> ovvero quel particolare processo che porta a riconoscere se una organizzazione sanitaria soddisfa determinati requisiti espliciti, soprattutto di buona organizzazione.

Merita ricordare infine che come per ogni programma ed azione rivolta al miglioramento della qualità sanitaria<sup>6</sup>, lo scopo dello strumento non è quello di valutare il personale o l'unità operativa, ma quello di contribuire a promuovere una cultura

ed un *modus operandi* orientato alla qualità nonché, per quanto possibile, a migliorare i risultati perseguiti.

**Utilizzo dello strumento**

Lo stesso strumento può servire come "carta dei valori" giacché sensibilizza ed orienta l'équipe verso alcuni bisogni dei familiari; può essere utilizzato per una attività di auto-valutazione oppure può soddisfare le esigenze di un programma di accreditamento volontario o tra pari.

I criteri che costituiscono le raccomandazioni possono essere accompagnati da un numero identificativo; ad essi si può attribuire un valore numerico che va da 1 a 3 così come indicato nella scala di valutazione qui di seguito riportata.

La somma dei punteggi ottenuti permette di avere un risultato numerico che esprime la qualità dell'assistenza fornita ai familiari dei pazienti ricoverati in un centro di rianimazione, ma che con le opportune modifiche, può essere facilmente trasferibile anche ad altre realtà e contesti.

Una delle caratteristiche dei criteri è infatti quella di non essere mai definitivi, ma suscettibili sempre di continui adattamenti.

1 (non conforme)	2 (parzialmente conforme)	3 (conforme)	9 NV
se il criterio: non esiste, non è conosciuto, non vi è evidenza scritta, ecc.	se il criterio: non è sempre conforme ovvero non è conosciuto/rispettato da tutti, non è sempre documentato, ecc.	se il criterio: corrisponde completamente alla realtà	se il criterio: non è verificabile (non pertinente, ecc.)

**3. Uno strumento per il miglioramento della qualità assistenziale**

**A) BISOGNO DI INFORMAZIONE / COMUNICAZIONE**

<p><b>RACCOMANDAZIONE 1</b></p> <p>Considerare e coinvolgere i familiari nel processo di cura e promuovere negli operatori una cultura di attenzione e di assistenza ai loro bisogni</p> <p><b>n Criterio</b></p> <p>1.1 L'Unità operativa dispone di una carta dei valori e/o carta di impegno dove la centralità dell'assistito, della sua famiglia e l'attenzione verso i loro bisogni fanno parte integrante della vision del servizio</p> <p>1.2 Tutti gli operatori hanno ricevuto copia della carta dei valori ed è disponibile nel reparto</p> <p>1.3 L'Unità operativa dispone e consegna ai familiari un documento che contiene le modalità e le informazioni utili per l'accesso al servizio</p>
<p><b>RACCOMANDAZIONE 2</b></p> <p>Garantire un contatto immediato con i familiari dopo il ricovero dell'assistito</p> <p><b>n Criterio</b></p> <p>2.1 Vi è evidenza che i familiari sono contattati al massimo dopo 30 minuti dal ricovero del paziente</p> <p>2.2 Dopo 24 ore dal ricovero vi sono almeno due riferimenti/recapiti telefonici dei familiari (e loro grado di parentela) nella documentazione adottata</p> <p>2.3 L'Unità operativa dispone di una procedura qualora non si riesca a contattare i familiari dell'assistito</p>

**RACCOMANDAZIONE 3**

Assicurare ai familiari un'attività d'informazione/comunicazione continua ed efficace

**n Criterio**

- 3.1 L'Unità operativa ha definito tempi e modi per l'orario visite dei parenti e questo viene affisso nella sala d'attesa e all'ingresso del servizio
- 3.2 Vi è evidenza che le visite dei familiari avvengono come previsto
- 3.3 La visita periodica dei familiari è documentata su di uno strumento dedicato
- 3.4 Il colloquio avviene in un luogo riservato in modo da garantire la privacy (stanza dedicata)
- 3.5 In caso di bisogno l'Unità operativa ha definito tempi e modi per il colloquio dei familiari con il responsabile medico e/o infermieristico
- 3.6 In caso di assenza protratta dei parenti (per più di tre giorni) l'unità operativa si adopera per garantire un contatto con i familiari
- 3.7 Sono definite le modalità di informazione ai parenti in caso di improvvisi cambiamenti clinici del paziente
- 3.8 L'Unità operativa dispone di materiale informativo sulle principali procedure mediche, diagnostiche ed assistenziali di uso corrente
- 3.9 Tutti gli operatori portano il cartellino identificativo

**RACCOMANDAZIONE 4**

Fornire informazioni tempestive e/o garantire l'accesso al servizio dei familiari in caso di bisogni / necessità improvvise

**n Criterio**

- 4.1 L'Unità operativa ha stabilito i casi e le modalità per le visite dei familiari al di fuori dell'orario istituzionale
- 4.2 Sono definiti tempi e modi per le comunicazioni informative telefoniche con i familiari (orari , operatori autorizzati, contenuti trasmissibili, ecc..)
- 4.3 L'Unità operativa dispone di una linea telefonica preferenziale per le chiamate esterne da parte dei familiari

**RACCOMANDAZIONE 5**

Facilitare le comunicazioni tra familiari e paziente e promuovere la loro partecipazione al processo di cura

**n Criterio**

- 5.1 L'Unità raccoglie i dati sull'eventuale presenza del care giver
- 5.2 Gli operatori sanitari promuovono la relazione tra assistito e familiari, anche con l'ausilio di supporti per la comunicazione (figure, lavagne, alfabeti, ecc.)
- 5.3 Gli operatori sanitari coinvolgono i familiari nel processo di assistenza (ad esempio con l'esecuzione di semplici attività di aiuto)

**RACCOMANDAZIONE 6**

Assicurare la verifica ed il miglioramento della qualità informativa ed il supporto fornito ai familiari

**n Criterio**

- 6.1 L'Unità ha individuato il referente per la verifica ed il miglioramento dell'assistenza ai familiari
- 6.2 Viene rilevato periodicamente il grado di soddisfazione dell'assistenza fornita ai familiari
- 6.3 L'Unità dispone di una procedura per la gestione dei reclami
- 6.4 L'Unità assicura la diffusione periodica dei risultati sulla qualità percepita
- 6.5 Vi è almeno un report /anno sul livello di adesione ai criteri di buona qualità dell'assistenza ai familiari.

**B) BISOGNO DI SUPPORTO E COMFORT**

**RACCOMANDAZIONE 7**

Garantire ai familiari un'accoglienza ed un'attesa confortevole

**n Criterio**

- 7.1 L'Unità operativa dispone di una sala d'attesa provvista di sedie, poltrone, un tavolo, un telefono pubblico, un servizio igienico adiacente o in prossimità della sala
- 7.2 L'Unità operativa ha definito gli oggetti personali e/o affetti che possono essere introdotti nell'unità di degenza accanto all'assistito (foto, simboli religiosi, radio, ecc..)
- 7.3 L'Unità operativa dispone della procedura per attivare l'accoglienza e l'alloggio per i familiari degli assistiti provenienti da fuori regione
- 7.4 L'Unità operativa dispone della procedura per attivare il mediatore culturale in presenza di familiari e pazienti stranieri.
- 7.5 Gli operatori sanitari sono disponibili durante la visita dei familiari ed assicurano, in caso di bisogno, un costante contatto durante le attese prolungate

**RACCOMANDAZIONE 8**

Assicurare ai familiari la presenza costante degli operatori sanitari, un supporto psicologico e religioso

**n Criterio**

- 8.1 Vi è nel team di cura uno o più operatori sanitari preparati per la gestione dei casi difficili (lutto improvviso, espianto d'organi, e altre situazioni che lo richiedono)
- 8.2 Sono definiti i casi e le modalità per attivare gli operatori sanitari in caso di bisogno di cui al criterio 8.1
- 8.3 L'Unità dispone di un box e/o unità di degenza dedicata agli assistiti in fase terminale, in modo da favorire la presenza dei familiari anche per lunghi periodi
- 8.4 L'Unità operativa dispone di una procedura che raccoglie i bisogni e le esigenze di assistenza religiosa del paziente e dei familiari
- 8.5 L'Unità operativa attiva, se richiesto, l'assistenza religiosa al paziente e ai familiari
- 8.6 L'Unità operativa può, in caso di bisogno, attivare un servizio di assistenza e supporto psicologico
- 8.7 L'Unità operativa dispone di una sala per la preparazione e veglia della salma

**RACCOMANDAZIONE 9**

Assicurare quando possibile la vicinanza del familiare al suo congiunto durante l'esecuzione di manovre invasive e/o procedure specifiche

**n Criterio**

- 9.1 I familiari in caso di interventi chirurgici e/o procedure invasive e/o esami diagnostici vengono informati almeno il giorno prima della loro esecuzione
- 9.2 L'unità operativa dispone di uno strumento nel quale viene segnalata la volontà del familiare ad essere presente durante le procedure/manovre o indagini
- 9.3 L'Unità operativa ha definito i casi e le modalità per la presenza del familiare in situazioni particolari

**La costruzione di un set di indicatori**

Dopo un adeguato periodo di tempo per implementazione dello strumento di qualità assistenziale, è possibile oltre che rilevare il livello di aderenza ai criteri proposti e quindi dei rispettivi indicatori, costruire un set minimo di indicatori per monitorare la "compliance" e il grado di performance raggiunto nel tempo.

Alcuni possibili indicatori sintetici a titolo esemplificativo possono essere i seguenti:

sto lo strumento alla validazione secondo un parere di esperti in via informale. Sono stati coinvolti 4 centri di rianimazione nel territorio regionale del FVG, a questi centri sono stati consegnati un totale di 20 test anonimi e auto-compilabili, 5 per unità operativa, di questi 18 sono stati restituiti. Il campione interessato era composto da 16 infermieri e 4 coordinatori, (2 infermieri non hanno riconsegnato il test), i criteri d'inclusione richiedevano un'anzianità degli infermieri di almeno 5 anni maturati

rienza in T.I. che va tra i 5 e i 10anni, gli altri 7 oltre i 10 anni. I centri coinvolti sono rispettivamente:

- U.O. Terapia Intensiva 1° dell'Osp. S.M. della Misericordia di Udine.
- U.O. Terapia Intensiva 2° dell'Osp. S.M. della Misericordia di Udine.
- Terapia Intensiva dell'Osp. di Cattinara di Trieste.
- Rianimazione dell'Osp. Civile di Gorizia.

Il metodo di indagine: a tale scopo ci si è serviti di un questionario, nel quale

n	Indicatori	%
1	operatori presenti / operatori con carta dei valori	
2	ricoveri mese / familiari con libretto informativo	
3	accessi dei familiari al servizio / accessi dei familiari documentati	
4	ricoveri mese / familiari con materiale informativo sulle procedure mediche, diagnostiche ed assistenziali in uso nella struttura	
5	ricoveri mesi / care giver individuati	
6	pazienti terminali e/o donatori d'organi al mese / bisogni religiosi - psicologici ed assistenziali rilevati	
7	richieste di assistenza religiosa o psicologica / richieste di assistenza religiosa psicologica soddisfatte	
8	pazienti con bisogno della presenza del familiare accertato / pazienti con familiare accanto	
9	richieste di informazioni settimana / richieste fornite	
10	contatti richiesti con il personale sanitario / contatti soddisfatti	
11	reclami effettuati / bisogni segnalati soddisfatti	
12	casi difficili individuati / attivazioni del servizio di pronta disponibilità	

**Validazione**

**Studio e metodo**

Al fine di rendere possibile l'implementazione di tale strumento a livello locale, in un secondo momento si è sottopo-

all'interno di un servizio di terapia intensiva o la copertura del ruolo di coordinatore all'interno della struttura stessa; dei 14 infermieri intervistati 7 segnalano di aver maturato una espe-

veniva chiesto al personale di dare un grado di validità ad ogni criterio menzionato nello strumento, secondo 2 valori: di efficacia e di applicabilità, contrassegnando il numero riportato

**Tabella 5. Esempio di una checklist di valutazione/informazione utilizzata al momento del ricovero e durante la visita dei familiari (Critical Care Nurse, vol.22, n.6, Dec.2002) (12)**

Prima visita:

1. Prendere contatti il più presto possibile. Stabilire il grado di parentela del familiare.
2. Dare informazioni al paziente/familiare riguardo la routine/programma.
3. Offrire al paziente/familiare una copia dell'opuscolo informativo. Far notare le informazioni più importanti. Scrivere il proprio nome sull'opuscolo.
4. Prendere visione delle regole di visita. Fargli comprendere che vi è un'attenzione rivolta alla famiglia e farli sentire i benvenuti.
5. Dare loro un numero di telefono riservato ai familiari. Controllare che sia scritto sull'opuscolo. Rassicurarli che potranno chiamare a questo numero per chiedere informazioni riguardo le condizioni cliniche del proprio caro.
6. Chiedere sempre se hanno domande o necessitano di chiarimenti prima di congedarsi.

Visite successive:

1. Presentarsi. Se non si sono già conosciuti, scoprire qual è il loro rapporto/parentela con il paziente. Scoprire se questa è la prima visita.
2. Fornire loro un aggiornamento sulle condizioni del paziente.
3. Chiedere se hanno domande/chiarimenti.
4. Chiedere ai visitatori se desiderano parlare con il medico o altro personale del team.
5. Valutare i desideri/capacità del familiare a partecipare alle attività di cura verso il paziente (es. rinfrescarlo con strofinacci)
6. Incoraggiare il membro della famiglia a portare oggetti familiari (es. figure/musica/animali di pezza).

secondo la scala di LIKERT che va da un valore di 1 a 4, dove 1 stava per non efficace / non applicabile e 4 per molto efficace /facilmente applicabile.

Al termine del questionario è stato chiesto agli infermieri di esprimere la qualità assistenziale percepita nella propria unità operativa, con una scala di valori che andava tra: scarso, sufficiente, discreto e ottimo.

**Risultati emersi:** nella validazione dei singoli criteri si sono considerati non

validati e quindi non efficaci quei criteri ai quali era dato un N° (**Frequenza**) delle risposte < a 9 (dove 9 corrisponde al 50% del N° delle risposte / criterio validato).

Dei 41 criteri esaminati, solamente 2 non sono stati validati per efficacia ed applicabilità, mentre 7 criteri non sono stati considerati facilmente applicabili se pur efficaci. Per quel che riguarda invece la qualità percepita 13 (72%) infermieri ritengono l'assistenza fornita ai familiari appena sufficiente, 1(6%) la ritiene scarsa, 4(22%) la ritengono discreta (vedi allegato: Tabella 4).

**Discussione:** i criteri *non* validati riguardano: - la visita periodica del familiare che, secondo il criterio, andrebbe documentata su di uno strumento dedicato; - e il disporre di un documento nel quale venga segnalata la volontà del familiare ad essere presente durante procedure/manovre/indagini; mentre si trovano di *difficile applicazione:* - definire tempi e modi per la trasmissione di comunicazioni informative telefoniche creando dove è possibile una linea preferenziale, - fornire materiale informativo sulle più comuni procedure del reparto, - rilevare e valutare periodicamente il grado di soddisfazione del familiare e diffonderne i risultati, - identificare e rendere disponibili nel *team* di cura alcuni operatori preparati per la gestione di casi difficili. Il personale probabilmente è ostacolato dalla carenza di risorse umane a disposizione e dal tempo spendibile per la realizzazione ed utilizzazione di strumenti operativi oltre a quello necessario per supportare il familiare nei momenti più difficili.

### Conclusioni

Nonostante l'attività degli operatori sanitari abbia come principale destinatario il paziente, stanno assumendo sempre più importanza le politiche sanitarie ed assistenziali rivolte al supporto ed aiuto dei familiari che si trovano improvvisamente coinvolti nel ricovero di un proprio caro.

L'approccio al familiare nei centri di Terapia Intensiva comporta un intervento di tipo multidisciplinare, che vede interessati tutti gli operatori sanitari e che necessita per essere efficace, di una sua programmazione all'interno del più generale programma di cure.

L'infermiere da sempre svolge un importante ruolo nel promuovere una migliore qualità assistenziale e relazionale sia con il paziente che con i suoi familiari. La pianificazione e l'utilizzo (anche sperimentali) di strategie e strumenti rivolti a promuovere una cultura ed una prassi attenta anche alle esigenze dei familiari non può che migliorare le loro aspettative e le attese favorendo alcuni importanti processi di cura come quello della comunicazione – comprensione. Lo strumento è una delle tante possibili proposte di lavoro che hanno questo scopo, ma che contiene al suo interno stimoli ed indicazioni molte pratiche sin da subito attuabili.

### Bibliografia

1. BACK D., ROOKE V., *The presence of relatives in the resuscitation room.* Nurs Times. 1994 Jul 27-aug 2;90(30):34-5.
2. BARRATT F., WALLIS DN., *Relatives in the resuscitation room: their point of view.* J Accid. Emerg. Med. 1998 Mar; 15(2):109-11.
3. BASSIER PC., *The impact of education on nurses' beliefs regarding family presence in a resuscitation room.* Letter. J Nurse Staff Dev 1999; 15:126-31.
4. REDLEY B., BEANLAND C., BOTTI M., *Accompanying critically ill relatives in emergency departments.* Sistematic review. Journal of Advanced Nursig. Submitted for publication 2002, accepted for publication 2003;44(1):88-98.
5. CONNORS P., *Should relatives be allowed in the resuscitation room.* Review. Nurs Stand. 1996 Jul 24;10(44):42-4
6. Daley L., *The perceived immediate needs of families with relatives in the intensive care setting.* Heart and Lung 1984; 13(3): 231-37
7. DI GIULIO P.(relatore), MAGOTTI A., *Stato dell'arte degli studi sui bisogni dei familiari dei pazienti ricoverati in un reparto di terapia intensiva.* Atti del XIX Convegno nazionale Aniarti 2000. Reperibile su: <http://www.aniarti.it/atti2000/2-5.htm>
8. DOLAN B., *A drama within a crisis-relatives in the resuscitation room.*Review. J Clin Nurs. 1995 Sep;4(5):275
9. DOYLE CJ., POST H., BURNEY RE., MAINO J., KEEFE M., RHEE KJ. *Family participation during resuscitation: an option.* Ann Emerg Med. 1987 Jun; 16(6):673-5
10. EICHORN DJ., MEYERS TA., MITCHELL TG., GUZZETTA CE. *Opening the doors: family presence during resuscitation.* J Cardiocasc Nurs. 1996 Jul;10(4):59-70
11. EICHON DJ., ET AL., *During invasive procedures and resuscitation:hearing the voice of the patient.* Review. Am J Nurs. 2001 May;101(5):48-55
12. A. HENNEMAN E., CARDIN S., *Family-Centered Critical Care: A Pratical Approach to Making it Happen.* Review. Critical Care nurse.2002, 22(6):12-19

13. ENA (Emergency Nurses Association) *Family presence at the bedside during invasive procedures and resuscitation*. Position statement 2001. Reperibile su: <http://www.ena.org>.
14. FORRESTER DA., STRAWSER D., PRICE DM., MONAGHAN JF., *Critical care family needs: nurse-family members confederate pairs*. Heart and Lung 1990; 19(6):655-61
15. HANSON C., STRAWSER D., *Family presence during cardiopulmonary resuscitation: Foote Hospital emergency department's nine year perspective*. J Emerg Nurs. 1992 Apr; 18(2):104-6
16. KLEINPELL R., ROWER MJ., *Needs of family Members of Intensive Care Unit Patients*. Applied Nursing Research, 1992; 5 (1):2-8
17. KOSCIULEK JF., *Relationship of family schema to family adaptatio to brain injury*. Brain Injury, 1997 ; 11(11):821-30
18. LESKE JS., *Interval psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory*. Systematic review. Heart and Lung 1999; 20(3):236-44
19. LESKE JS., *Needs of relatives of critically patients: a follow-up*. Heart and Lung 1986; 15(2):189-193
20. LUYACANO T., BOUDREUX ED., FRANCIS JL., *Family presence during invasive procedures and resuscitations in the emergency department : a critical review and suggestions for future research*. Ann Emerg Med 2002; 40:193-205
21. MACLEAN SL., ET AL., *Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: practices of critical care and emergency nurses*. J Emerg Nurs. 2003 Jun; 29(3):208-21
22. MAGOTTI A., SAIANI L., DRIGO ML., *I bisogni dei familiari dei pazienti ricoverati nelle terapie intensive del Trentino*. Rivista dell'Infermiere 1999; 18(3): 124-130
23. MASSI P., LUMINI E., BECATTINI G., BAMBI S., PIOVELLI R., *La presenza dei familiari in sala emergenza durante manovre di rianimazione e procedure invasive: percezioni dei familiari e del personale sanitario* Revisione e studio qualitativo-descrittivo. Atti del Congresso Aniarti , 10 Maggio 2004; reperibile su: [http://www.aniarti.it/atti\\_2004](http://www.aniarti.it/atti_2004)
24. MEYERS TA., ET AL., *Family presence during invasive procedures and resuscitation*. Am J Nurs. 2000 Feb;100(2):32-42
25. MITCHELL MH., LYNCH MB., *Should relatives be allowed in the resuscitation room?* J Accid. Emerg. Med 1997 Nov; 14(6): 366-9; discussion 370.
26. MONTECCHI F.(relatore), *Organizzazione delle visite e dell'attesa nelle terapie intensive italiane*. Atti del Congresso Aniarti 2000. Reperibile su: <http://www.aniarti.it/atti2000/2-5.htm>
27. MOGGIA F.(relatore), *I bisogni dei familiari dei parenti ricoverati in un reparto di terapia intensiva*. Atti del XIX Congresso Aniarti 2000. Reperibile su: <http://www.aniarti.it/atti2000/2-6.htm>
28. NORRIS L., GROVES, *Investigation of selected psychosocial needs of family members of critically ill adult patients*. Heart and Lung 1986; 15(2):194-199
29. O' MALLEY P., ET ALL., *Critical nurse perceptions of family needs*. Heart and Lung 1991; 20:189-201
30. PATRICIA R., MC GALEY, *Family Presence during pediatric resuscitation: a focus on staff*. Review. Critical Care Nurse. 2002 22(6):29-33
31. REDLEY B., ET AL., *Staff attitudes towards family presence during resuscitation*. Accid Emerg Nurs. 1996 Jul;4(3):145-51
32. SACHS PR., MAITZ EA., *Treating families of individuals with traumatic brain injury from a family system perspective*. Journal of Head Trauma Rehabilitation, 1995;10(2):1-11
33. STAFFORD H., ALBARRAN JW., *Resuscitation and family presence: implication for nurses in critical care area*. Adv Clin Nurs. 1999;3:11-19.
34. TITLEN MG., ZICHI COHEN M., CRAFT MS., *Impact of adult critical care hospitalization: perception of patients, spouses, children and nurses*. Heart and Lung 1991; 20:174-82
35. FRESHWATER D., *Le abilità di counselling* ed. italiana a cura di Sasso L., Bianco M.; McGraw-Hill 2003
36. PERRARO F., MOROSI P., *Enciclopedia della gestione di qualità in Sanità*. CSE -Torino 2000

**Note**

- 1 Per relazione terapeutica o counselling si intende "un'interazione nella quale una persona offre ad un'altra persona attenzione e rispetto con intenzione di aiutarla ad esplorare, scoprire e chiarire modi e stili di vita ed affrontare le scelte ed i cambiamenti connessi alla malattia e alle diverse fasi della vita." Palmer (Freshwater D.,2003). L'assistenza infermieristica, come il counselling, è un processo interpersonale che ha lo scopo di assistere l'individuo nell'affrontare una crisi e/o nel gestire i traumi della vita, ha anche lo scopo, se necessario, di trovare un significato in ogni esperienza. (Sooh-bany,1999:39) In "le abilità di counselling" Freshwater D., Ed. a cura di Sasso L., McGraw-Hill, 2004.
- 2 Le situazioni particolari sono riferite a pazienti terminali/gravi, quelli destinati all'espanto d'organi e pazienti pediatrici nelle T.I. generali.
- 3 La percentuale qui riportata si riferisce allo studio medico come spazio dedicato, mentre il 46% pratica il colloquio nei corridoi ed il 24% in luoghi adibiti ad altri usi.
- 4 Il dipartimento di emergenza in questo contesto comprende il servizio di pronto soccorso e le unità di cura intensiva
- 5 Nella fattispecie ci riferiamo all'Accreditamento Volontario Professionale orientato all'eccellenza; una attività volontaria, sistematica e periodica, finalizzata a garantire il miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari, per ottenere i migliori risultati di salute possibili, in base alle conoscenze scientifiche ed alle risorse disponibili.

6 La qualità in sanità è secondo una definizione di Donabedian il rapporto tra i miglioramenti massimi raggiungibili sulla base delle conoscenze più avanzate e delle risorse disponibili. Per l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) è la capacità di soddisfare i bisogni dei pazienti secondo le conoscenze professionali più avanzate del momento, in funzione delle risorse disponibili.

**Abstract**

*The care family centered of a patient admits in intensive care unit and emergency departments it's a point of discussion and it's not easy to solve in the Italian health.*

*They are various elements that don't make easier family's involvement in the care process of critical patient, at first social-cultural, organized, structured, and educational obstacles.*

*There are numerous studies develop in the last twenty years that highlight the family's necessity and needs, that is:*

- 1) information/comunication needs;*
- 2) support needs;*
- 3) comfort needs;*
- 4) nearness needs;*
- 5) to give meaning of experience needs.*

*Whereas few intervention carry out by meet these needs, even if the staff perceive themself like very well.*

*Therefore the objective of this content is to provide one possible strategy of action and practice because health equipe be careful family's needs. After a synthesis of bibliography review and the quotation of recommendations ,realzed in an australian emergency department, it is propose one instrument for improve and to check the quality assistance direct to critical patients' family, and its successive validity in order to can use it in local reality.*

**Key words:** *Family needs, Family presence, Intensive care unit, Guidelines, Systematic review.*

Allegati:

Tabella n 4 : "Validazione strumento"

Raccomandazione n.1	EFFICACIA		APPLICABILITÀ	
	Non Eff./Poco: N.Risposte (frequenza)	Effic./Molto: N.Risposte(frequenza)	Non App./Poco: N.Risposte(frequenza)	Applic./Facile: N.Risposte(frequenza)
Criterio 1.1	3	15	3	15
Criterio 1.2	3	15	0	18
Criterio 1.3	2	16	1	17
Raccomandazione n.2				
Criterio 2.1	3	15	5	12
Criterio 2.2	2	16	1	17
Criterio 2.3	1	17	2	16
Raccomandazione n.3				
Criterio 3.1	2	16	1	17
Criterio 3.2	3	15	6	12
Criterio 3.3	12	7	10	8
Criterio 3.4	0	18	3	15
Criterio 3.5	3	15	3	15
Criterio 3.6	2	16	6	12
Criterio 3.7	1	17	7	11
Criterio 3.8	8	10	10	8
Criterio 3.9	1	17	3	15
Raccomandazione n.4				
Criterio 4.1	0	18	7	11
Criterio 4.2	3	15	10	8
Criterio 4.3	6	12	12	6
Raccomandazione n.5				
Criterio 5.1	2	16	8	10
Criterio 5.2	2	16	2	16
Criterio 5.3	4	13	8	10
Raccomandazione n.6				
Criterio 6.1	2	16	4	14
Criterio 6.2	6	12	11	7
Criterio 6.3	6	12	6	12
Criterio 6.4	7	11	9	9
Criterio 6.5	7	11	10	8
Raccomandazione n.7				
Criterio 7.1	0	18	2	16
Criterio 7.2	1	17	1	17
Criterio 7.3	1	17	6	12
Criterio 7.4	0	18	3	15
Criterio 7.5	0	18	5	13
Raccomandazione n.8				
Criterio 8.1	1	17	7	11
Criterio 8.2	2	16	10	8
Criterio 8.3	1	17	4	14
Criterio 8.4	6	12	3	15
Criterio 8.5	2	16	1	17
Criterio 8.6	3	15	7	11
Criterio 8.7	2	16	3	15
Raccomandazione n.9				
Criterio 9.1	1	17	5	13
Criterio 9.2	10	8	9	9
Criterio 9.3	8	10	8	10

Patrizia Di Giacomo, D.ssa in Scienze infermieristiche e ostetriche, Infermiera, Ostetrica, Professore a.c. in Infermieristica, Presidente Collegio IPASVI di Rimini,  
Patrizia Leardini, Infermiera clinico Terapia Intensiva AUSL Rimini

# L'implementazione delle linee guida: un progetto per applicare indicazioni di provata efficacia per la prevenzione delle polmoniti associate alla ventilazione meccanica (VAP)



## Riassunto

Condividere e integrare i processi formativi, formazione di base, formazione post base e permanente, acquisendo e sviluppando le conoscenze acquisite nella pratica clinica e verificare continuamente, utilizzando anche i percorsi formativi, le conoscenze e i risultati della clinica, è un passaggio fondamentale di maturazione e di sviluppo della disciplina infermieristica e dell'assistenza. In questa logica si descrive un progetto di implementazione di linee guida per la prevenzione di un fenomeno importante nelle T.I., la VAP, e quindi mettere in atto azioni efficaci per la sicurezza della persona assistita, che si sviluppa in varie fasi utilizzando percorsi e processi formativi realizzati in setting diversi, formazione di base (i dati utilizzati, in parte, sono stati raccolti in una indagine conoscitiva per una tesi di laurea di infermieristica). Il progetto si basa sul metodo Gimbe, acquisito in un percorso di formazione permanente ed è stato poi ulteriormente sviluppato per una tesi di laurea magistrale. Viene descritto il metodo di lavoro, in quanto l'introduzione di una Lg prevede un percorso con delle fasi ben precise, il progetto di implementazione e le sue implicazioni per la pratica assistenziale.

**Parole chiave:** Linee Guida, Implementazione, Assistenza infermieristica, Polmoniti associate alla ventilazione meccanica (VAP), Prove di efficacia, Audit, Gruppo di lavoro

## ARTICOLO ORIGINALE

pervenuto il 08-01-07  
approvato il 18-01-07

## Il problema non è la conoscenza ma saperla utilizzare per raggiungere risultati

**L**a difesa della sicurezza del paziente richiede la messa in atto di azioni efficaci per la prevenzione degli eventi avversi e per il contenimento degli eventuali esiti. Il problema è così importante, in termini di costi e di tutela della salute, che molte regioni italiane, tra cui anche l'Emilia Romagna, hanno individuato, tra gli obiettivi prioritari del proprio Piano Sanitario, la diminuzione delle infezioni nell'ambito di un progetto di

approccio integrato alla gestione del rischio<sup>1</sup>, che è fra gli elementi caratterizzanti l'approccio del "governo clinico" dell'attività sanitaria. Negli ultimi anni la sicurezza del paziente ha ricevuto un'attenzione sempre crescente, generalmente focalizzata sull'epidemiologia degli errori e degli eventi avversi piuttosto che sulle pratiche che possono ridurre tali eventi.

La promozione della sicurezza del paziente incorpora due approcci complementari<sup>2</sup>: il primo prevede metodi qualitativi per anticipare l'errore, documentare gli incidenti critici e gestirli in maniera sistematica senza enfatizzare la colpa del singolo professionista, ma

mettendo in atto strategie per la prevenzione del ripetersi di eventi simili<sup>3</sup>; il secondo approccio prevede l'applicazione di pratiche di provata efficacia per ridurre alcuni dei rischi più frequenti nelle organizzazioni sanitarie.

L'assistenza infermieristica in area critica è di natura specialistica ed è caratterizzata da elevata complessità assistenziale, dalla cospicua presenza di attività di monitoraggio e sorveglianza della persona in condizioni critiche, dalla presenza di attività assistenziali specifiche e da situazioni di urgenza/emergenza nell'attivazione delle attività assistenziali, in particolare quelle dirette ai bisogni di respirare e di mantenere la funzione cardiocircolatoria, e quindi al mantenimento delle funzioni vitali.

Assicurare la respirazione in un contesto di area critica richiede una prestazione infermieristica "complessa" che presenta nel processo decisionale una serie svariata di alternative possibili, comportando una maggiore discrezionalità decisoria del professionista. I rischi sono maggiori sia per la persona assistita che per i professionisti ed esiste un'elevata incertezza sul risultato; il risultato della prestazione è, peraltro, garantito da decisioni prese da diversi professionisti comportando quindi una notevole interdipendenza professionale<sup>5</sup>.

Nell'ambito della soddisfazione del bisogno di respirazione al paziente critico si utilizzano procedure diagnostico-terapeutiche ad elevato grado di invasività a cui consegue l'aumento del rischio di esposizione alle infezioni in pazienti che già di per se sono maggiormente suscettibili all'azione dei microrganismi patogeni a seguito della loro situazione clinica.

La polmonite associata alla ventilazione meccanica (VAP), definizione con cui si intende ogni caso di polmonite batterica acquisita in ospedale (HAP) insorta in un paziente con insufficienza respiratoria acuta supportato da ventilazione meccanica dopo almeno 48 ore o più di

intubazione tracheale è causa di una elevata morbilità e mortalità<sup>6,7</sup>. A tutt'oggi nella pratica assistenziale per la prevenzione delle polmoniti esistono comportamenti diffusi e per molte pratiche non esistono sufficienti evidenze scientifiche o consenso sulla loro efficacia (tema irrisolto)<sup>8</sup>;

Un ruolo importante nell'approccio alla VAP è ricoperto dalla prevenzione; e diversi sono i comportamenti e gli interventi basati su prove di efficacia che possono essere adottati con l'obiettivo di prevenire questa importante complicanza infettiva. Basare i comportamenti nella pratica clinica su prove di efficacia significa trasferire in modo appropriato e tempestivo i risultati più rilevanti che emergono dalla ricerca<sup>9</sup>.

L'analisi del contesto è un passo fondamentale per introdurre cambiamenti finalizzati al miglioramento della qualità assistenziale.

Ogni tentativo dovrebbe usare un approccio sistematico e derivare da una pianificazione strategica<sup>10</sup>, qualsiasi implementazione richiede pertanto di analizzare quali tipi di cambiamento sono richiesti (conoscenze, abilità, comportamenti, organizzazione, risorse umane/culturali/materiali)<sup>11</sup>. Dovrà includere un piano di monitoraggio, di valutazione e di mantenimento del cambiamento attraverso l'individuazione di indicatori specifici.

A tale scopo si sviluppa un progetto di implementazione di linee guida<sup>12</sup> per la prevenzione delle VAP che deve essere necessariamente supportato dall'organizzazione aziendale e che adotta come modello di lavoro<sup>13</sup> quello proposto dal Gruppo italiano per la medicina basata sulle evidenze (GIMBE).

Viene descritto sinteticamente il metodo di lavoro, in quanto l'introduzione di una Lg prevede un percorso con delle fasi ben precise (tabella 1) e viene poi descritto il progetto di implementazione<sup>14</sup>.

**Ogni cosa dipende dalla possibilità di essere dimostrata. C. Sagan**

## Implementazione dei risultati della ricerca nella pratica clinica: proposta di progetto

### Scopi e obiettivi

L'adattamento, la disseminazione e l'implementazione di queste linee guida mirano non solo a ridurre la variabilità dei comportamenti e delle strategie adottate nelle terapie intensive di una Azienda Usl ma dare indicazioni di provata efficacia, con la finalità di ridurre l'insorgere di questa importante complicanza infettiva.

Nel percorso di implementazione sono state utilizzate le indicazioni del GIMBE.

### Materiali e metodi

L'area ospedaliera in cui si è deciso di adattare e implementare la linea guida è quella delle terapie intensive per adulti. Le T.I. dell'azienda USL indicate come T.I. 1 e T.I. 2 sono rianimazioni polivalenti e hanno rispettivamente 10 e 6 posti letto.

I dati relativi ai pazienti ricoverati nell'anno 2004 nelle due T.I. sono descritti nella tabella 2 e la provenienza nella figura 1; non è presente nessuna differenza statisticamente significativa per distribuzione di frequenza nella provenienza.

L'età media dei pazienti ricoverati nella T.I. 1 è di 63,13 anni; i maschi sono 339, le femmine 168. I pazienti deceduti sono il 14,79% (75). La frequenza della VAP nei pazienti ricoverati ventilati per tre o più giorni (182) è del 6,59% (12) di cui il 92,5 (11) in coma .

L'età media dei pazienti nella T.I. 2 è di 69,4 anni. I pazienti deceduti costituiscono l'11,9% (38) dei pazienti ricoverati . La frequenza della VAP nei pazienti ventilati per tre o più giorni (108), è del 5,5% (6) di cui il 16,7% (18) in coma .

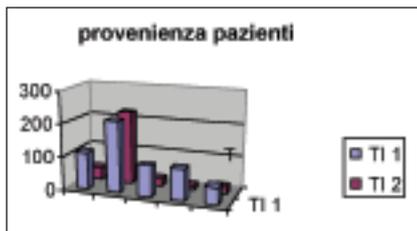
**Tabella 2. dati relativi ai pazienti ricoverati nelle due T.I.**

Dati relativi al ricovero	T.I.1	T.I.2
N° pazienti ricoverati	507	319
N° pazienti trattati	515	302
Età media	63,13	69,4
Degenza media	6,24	7,5
Indice occupazione p.l. deceduti	86,61	108,6
	75	38

**Tabella 1. Il percorso e gli step**

Fase	Attività
1. Definizione delle priorità	Aree assistenziali oggetto dell'elaborazione / applicazione di Lg
2. Costituzione del GLAM	Gruppo di lavoro multidisciplinare
3. Fai au	Ricerca, valutazione critica, integrazione, adattamento locale e pianificazione dell'aggiornamento delle Lg
4. Die	Diffusione, implementazione e valutazione delle Lg

Figura 1 provenienza pazienti



Provenienza pz	TI 1	TI 2
PS	22,68%	11,60%
Sala Op	42,80%	69,50%
UO Chirurgia	5,52%	8,00%
UO Medic	18,74%	4,70%
Altri ospe	10,26%	5,80%

È stata svolta una indagine descrittiva, attraverso un questionario sui comportamenti adottati dal personale infermieristico<sup>15</sup>, verso la prevenzione delle VAP.

La dotazione organica nelle due T.I. è costituita nella 1 da 24 infermieri e nella 2 da 17 infermieri, per un totale di 41. Il campione è costituito dal personale infermieristico realmente in servizio: 19 infermieri presso la T.I. polivalente 1, 14 infermieri nella T.I. polivalente 2, totale 33 infermieri.

Il campione è prevalentemente di sesso femminile (77,8%) e non ci sono differenze statisticamente significative né per l'età, né per il sesso.

Per l'indagine si è deciso di utilizzare un questionario. Dalla letteratura sono state ricercate tutte le Linee Guida inerenti la prevenzione delle polmoniti associate alla ventilazione meccanica<sup>16,17</sup> e alla broncoaspirazione<sup>18</sup> e sono stati evidenziati alcuni temi irrisolti e alcune nuove raccomandazioni, inerenti aspetti della pratica infermieristica sviluppati negli items del questionario. Il questionario è stato strutturato in 13 domande relative alle scelte adottate per alcuni interventi assistenziali; le domande erano tutte a risposta chiusa, tranne una, e quattro prevedevano anche l'esplicitazione delle motivazioni sottostanti al comportamento adottato.

Nel mese di ottobre 2005 sono stati somministrati 19 questionari nella T.I. 1 e 14 nella T.I. 2 per un totale di 33 questionari. Dopo una settimana ne sono stati ritirati 17 (89,47%) nella 1 e 10 (71,42%) nella 2, per un totale di 27 questionari compilati (81,81%).

L'analisi statistica è stata eseguita con Epi Info 3.3. per la distribuzione di frequenza ed è stato utilizzato il test del chi-quadro per la valutazione delle differenze fra i gruppi, statisticamente significative quelle con un valore di  $p < 0,05$ .

### Risultati e discussione

I dati sono analizzati sia separatamente per ogni T.I., che nel loro totale, per evidenziare quali comportamenti sono presenti e se sono uniformi sia nell'ambito di una stessa U.O. che in entrambe. Il 74,1% degli infermieri dichiara di cambiare il circuito respiratorio solo se visibilmente sporco o malfunzionante applicando la raccomandazione di non sostituire di routine il circuito e l'umidificatore ad esso annesso<sup>19, 20, 21, 22</sup> e non sono presenti differenze statisticamente significative fra i due gruppi ( $p = 0,2872$ ). Nel 77,8% degli infermieri di entrambe le T.I., l'atteggiamento prevalente è di utilizzare filtri o trappole della condensa, posizionati alla estremità distale della branca espiratoria del circuito per prevenire la contaminazione ambientale anche se il 14,8% specifica che lo utilizza solo su alcuni pazienti (figura 2).

Sulla base delle evidenze di alcuni studi di 2 livello<sup>23</sup> riguardo il tipo di umidificatore, si evidenzia che l'uso di umidificatori scambiatori di umidità e calore vs quelli riscaldati, potrebbe essere associato con una minore incidenza di VAP<sup>24</sup>.

Nella T.I. 1 il 64,7% degli infermieri utilizza sia l'umidificatore annesso al circuito sia filtri antibatterici con scambiatore di calore ed umidità a seconda che

si tratti di una ventilazione a lungo termine (umidificazione attiva) o di una precoce estubazione (umidificazione passiva); un altro elemento importante nella scelta del tipo di umidificazione è il tipo di paziente infatti nei pazienti infetti viene utilizzata una umidificazione passiva per diminuire il rischio di infezioni. Il 23,5% segnala l'utilizzo solo di dispositivi di umidificazione attiva, l'11,8% l'utilizzo di dispositivi di umidificazione passiva.

Nella T.I. 2 il 100% degli infermieri segnala la disponibilità di entrambi i tipi di presidi.

Le motivazioni che sottostanno alla scelta relativa ai sistemi di umidificazione e la loro distribuzione di frequenza sono descritte nella **tabella 3**.

Per quanto riguarda il tipo di filtri usati nella ventilazione meccanica, l'82,4% degli infermieri nella T.I. 1 e il 90% di quelli della T.I. 2, per un totale complessivo dello 85,2% indica l'uso di filtri HME, filtri scambiatori di calore ed umidità e il 15% non risponde.

Sulla frequenza di cambio degli umidificatori scambiatori di umidità e calore è raccomandato il cambio settimanale. Diversi studi<sup>25, 26, 27, 28</sup> concludono che il tipo di sistema di aspirazione delle secrezioni (aperto o chiuso) non ha effetti sull'incidenza delle VAP; si evidenzia inoltre che il cambio giornaliero e il cambio non prestabilito del sistema chiuso di aspirazione non hanno effetti sull'incidenza delle VAP<sup>29</sup>.

Nelle due T.I. vi è una netta prevalenza nell'utilizzo del sistema di aspirazione aperto (82,4%) con l'impiego di cateteri pluriuso (figura 3).

Figura 2 uso filtri e trappole per condensa



Tabella 3. Le motivazioni nell' utilizzo dei sistemi di aspirazione

Motivazione dell' utilizzo del sistema	TI 1	TI 2	totale	
1. indicazione medica	2	2	4	14,8%
2. durata ventilaz	2	0	2	7,40%
3. tipo paziente	4	2	6	22,2%
4. tipo pz e secrezioni	7	3	10	37%
5. tipo pz , secrezioni e costi	1	0	1	3,70%
6. per ridurre rischio inf	1	2	3	11,1%
7. assistenza ventilatoria in toto	0	1	1	3,70%
	17	10	27	100%

Figura 3. utilizzo sistema di aspirazione chiuso vs aperto



Figura 4. frequenza della sostituzione del sistema: di routine vs se sporco

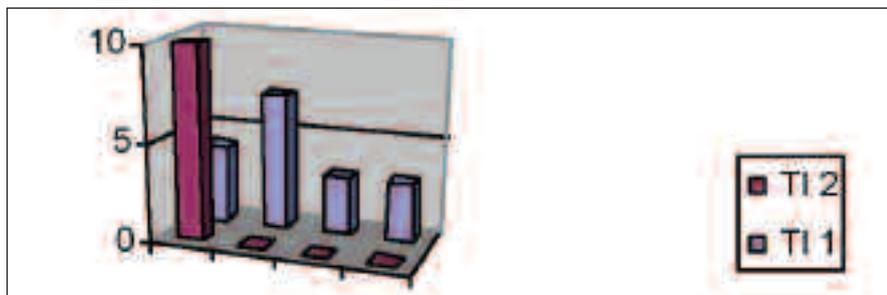
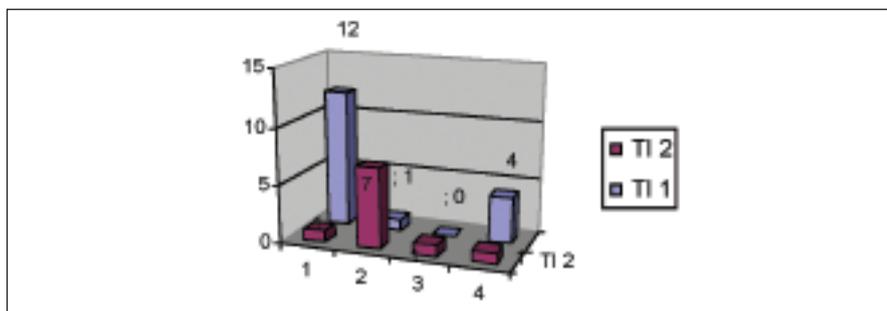


Figura 5. utilizzo tubi minor calibro vs maggior calibro nella Nutrizione Entrale



La considerazione dei costi è a favore del sistema chiuso di aspirazione in quanto va cambiato solo quando è visibilmente sporco. Viene pertanto racco-

mandato l'uso di sistemi chiusi di aspirazione delle secrezioni endotracheali da cambiare ad ogni nuovo paziente o quando visibilmente sporchi<sup>30</sup>. Secondo

tutti gli infermieri della T.I. 2, nel caso di utilizzo di sistemi di aspirazione chiusi, il sistema deve essere sostituito ogni 24 ore; solo 17,6 % sostituisce il sistema secondo l'indicazione della letteratura, non di routine, ma quando visibilmente sporco. Sono presenti comportamenti difformi (figura 4) fra le due U.O., con una differenza statisticamente significativa fra i due gruppi, (p= 0,0020).

Il 100% degli infermieri della T.I. 2 e l'88,2 % della T.I. 1 dichiara che viene utilizzata l'intubazione per via orotracheale per un totale del 92,6. Sono presenti comportamenti difformi nelle due T.I. (Figura 5) rispetto all'utilizzo preferenziale di tubi di piccolo calibro vs quelli di calibro maggiore per l'alimentazione entrale con una differenza statisticamente significativa fra i due gruppi, (p= 0,0012); nella T.I. 2 il 70% degli infermieri ritengono sia appropriato utilizzare sondini di calibro maggiore, mentre nella T.I. 1 il 71% sono a favore dell'utilizzo di sondini di calibro minore e il 19% non risponde.

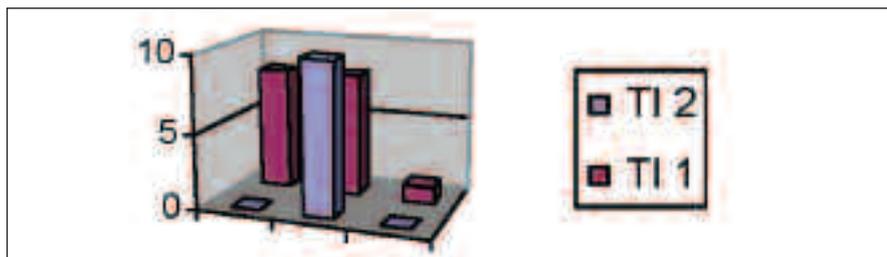
Sulla base delle evidenze ricavate da dieci meta-analisi<sup>31, 32</sup> si è giunti alla conclusione che la decontaminazione selettiva del tratto gastrointestinale mediante antibiotici topici (intratracheali o orotracheali) o mediante associazione di antibiotici endovena e topici è associata a una minore incidenza di VAP. Il 100% degli infermieri nella T.I. 2 e il 47% di quelli della T.I. 1 dichiarano che non c'è prescrizione di antimicrobici orali per prevenire la polmonite associata alla ventilazione meccanica (Figura 6) con una differenza statisticamente significativa fra i due gruppi (p= 0,0189).

Dall'analisi dei dati emergono differenze statisticamente significative per i due gruppi:

- nella sostituzione del catetere di aspirazione quando utilizzato il sistema di aspirazione chiuso (p = 0,0020),
- nell'utilizzo di tubi per l'alimentazione di diverso calibro (p = 0,0012 ),
- nell'uso routinario di clorexidina allo 0,12 % ((p= 0,0189).

Inoltre i comportamenti adottati non sono uniformi, non sempre si applicano interventi di provata efficacia e non sempre è ben conosciuto il rationale sotteso ai comportamenti. L'analisi del contesto porta a dire che ci sono indicazioni per l'implementa-

Figura 6 utilizzo topico vs non utilizzo



zione delle linee guida ed è necessario individuare, in base ai dati evidenziati, efficaci strategie di implementazione.

**Definizione del gruppo di lavoro multidisciplinare: costituzione Glam**

Il gruppo lavoro multidisciplinare deve comprendere rappresentanti di tutti coloro sui quali la linea guida ha qualche influenza, per cui risulta costituito, per un totale di quindici persone, da: un medico infettivologo, un microbiologo, due medici anestesisti rianimatori (uno per ogni T.I.), un medico pneumologo, un infermiere epidemiologo (o un rappresentante CIO) due infermieri di area critica (uno per ogni T.I.), un componente della direzione assistenziale e uno della direzione sanitaria, un terapeuta della riabilitazione, un

esperto EBN/EBM, un rappresentante delle associazioni degli utenti, un rappresentante della commissione aziendale “dispositivi medico-chirurgici”, un farmacista.

**Ricerca delle linee Guida (Finding)**

È stata svolta poi una ricerca bibliografica per individuare linee guida (LG) con oggetto la “prevenzione della polmonite associata a ventilatore”. A tale scopo, sono state consultate banche dati (BD), elencate alla fine della bibliografia.

Le parole chiave sono state: “Pneumonia”[MeSH] AND “Respiration, Artificial” [MeSH] AND “prevention and control” [Subheading]”.

Sono state reperite tre Linee Guida pertinenti.

I risultati della ricerca sono riassunti nella **Tabella 4**.

**Valutazione delle linee guida e scelta (Appraising)**

Le linee guida individuate sono state le seguenti:

AARC. *Care of the ventilator circuit and its relation to ventilator-associated pneumonia*. (2003)<sup>33</sup>;

Canadian Critical Care Trials Group and Canadian Critical Care Society.

*Evidence-based clinical practice guideline for the prevention of ventilator-associated pneumonia*. 2004;<sup>34</sup>.

La linea guida prodotta dalla CDC *Guidelines for preventing health-care-associated pneumonia*, 2003<sup>35</sup> non è stata presa in considerazione dal GLAM perché non rivolta specificatamente alla prevenzione ma prende in considerazione anche i criteri per la diagnosi e la terapia della VAP. Le linee guida selezionate sono state sottoposte ad una prima valutazione<sup>36,37</sup>, applicando i criteri di qualità proposti da Grilli<sup>38</sup> (**Tabella 5**).

Sono stati recuperati i testi integrali delle LG in lingua inglese. Tra le due LG, la sola che risponde pienamente ai criteri di qualità di GRILLI è quella prodotta dal Canadian Critical Care Trials Group and Canadian Critical Care Society. Si sceglie questa LG come linea guida di riferimento e la si sottopone alla valutazione tramite AGREE<sup>39, 40, 41</sup> (**Tabella 6**).

**Integrazione delle linee guida (Integrating)**

Per valutare l’attualità e la completezza della linea guida selezionata, si è svolta una ricerca bibliografica per coprire eventuali gap temporali e di contenuto. La ricerca è stata limitata al periodo di tempo che va dal 2 marzo 2003 al 16 marzo 2006; è stata consultata, come BD, PubMed (Medline) per la ricerca di RCT e SR; i risultati della ricerca (tabella 7) non hanno portato integrazioni al testo originale della LG .

**Adattamento della linea guida (Adapting)**

La linea guida, come descritto nelle strategie di adattamento viene adattata in base all’analisi del contesto derivante dall’indagine conoscitiva svolta (**Tabella 8**).

Tabella 4. I risultati della ricerca bibliografica per Lg “prevenzione delle VAP”

BANCA DATI	STRINGA DI RICERCA O KEY WORD	DOCUMENTI RILEVATI	COMMENTI
National Guideline Clearinghouse	Pneumonia AND ventilation AND prevention	Care of the ventilator circuit and its relation to ventilator-associated pneumonia.	Guida linea sviluppata dalla American Association for Respiratory Care - Professional Association. Queste indicazioni hanno l’obiettivo di indirizzare la pratica clinica alla prevenzione della VAP
		Guidelines for preventing health-care--associated pneumonia, 2003: recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee.	Queste linee guida sono un aggiornamento delle precedenti linee guida: CDC and Pre-vention. Guidelines for prevention of nosocomial pneumonia. MMWR Recomm Rep 1997,Jan 3;46(RR-1):1-79.
	VAP	American Thoracic Society. Guidelines for the management of adults with Hospital-acquired, ventilator associated, and Healthcare-associated.	
CMA	pneumonia	Evidence-based clinical practice guideline for the prevention of ventilator-associated pneumonia, 17 Aug 2004, Canadian Critical Care Society	Linea guida sviluppata dalla Canadian Critical Care Society. Guida pertinente rispetto alla VAP

Tabella 5. Valutazione delle Lg secondo i criteri di qualità proposti da Grilli

titolo	società scientifica	estremi	gruppo multi disciplinare	descrizione del metodo	grading
Care of the ventilator circuit and its relation to ventilator-associated pneumonia.	AARC American Association for Respiratory Care	Respir Care 2003; 48(9):869-879.	NO	SI	SI
Evidence-based clinical practice guideline for the prevention of ventilator-associated pneumonia	Canadian Critical Care Trials Group and Canadian Critical Care Society	Ann Intern Med 2004; 141:305-313.	SI	SI	SI

**Aggiornamento delle linee guida (Updating)**

Il termine di aggiornamento della linea guida prodotta dalla *Canadian Critical*

*Care Society* viene fissato a due anni dalla data di pubblicazione. L'aggiornamento si prevede sarà condotto dall'esperto EBN/EBM entro due anni.

Tabella 6. La valutazione della Linea Guida tramite Agree

AGREE Area	N. valutatori	6						RISULTATO AGREE STANDARDIZZATO
		item	val.1	val.2	val.3	val.4	val.5	
Obiettivo e motivazione:	1	4	4	4	4	4	3	Linea guida
	2	3	4	4	4	3	3	
	3	3	4	4	3	3	3	
Coinvolgimento delle parti in causa:	4	4	4	4	4	4	4	Obiettivo e motivazione: Valore: 0,85 % 85,2
	5	2	1	1	1	1	1	
	6	1	1	1	1	1	1	
	7	3	4	4	4	3	4	Coinvolgimento delle parti in causa: Valore: 0,49 % 48,6
Rigore della elaborazione:	8	4	4	4	3	4	4	Rigore della elaborazione: Valore: 0,89 % 88,9
	9	4	3	3	4	4	4	
	10	4	4	4	3	3	4	
	11	4	4	4	4	4	4	
	12	4	4	4	4	4	4	
	13	4	4	4	4	4	4	
	14	3	3	2	2	2	3	
Chiarezza e presentazione:	15	4	4	4	4	4	4	Applicabilità: Valore: 0,57 % 57,4
	16	1	1	1	1	1	1	
	17	4	4	4	4	4	4	
	18	2	2	2	2	2	2	
Applicabilità:	19	3	4	4	3	4	4	Indipendenza editoriale: Valore: 0,61 % 61,1
	20	1	1	1	1	1	1	
	21	3	4	4	4	4	2	
Indipendenza editoriale:	22	2	2	2	1	2	2	
	23	3	4	4	4	4	4	

70 74 73 69 70 73

**Dissemination (Dissemination)**

Questa fase del processo verrà realizzata attraverso:

1. invio di una copia della LG tramite e-mail a tutto il personale coinvolto.
2. Presentazione della LG in plenaria,
3. Distribuzione ai partecipanti una copia cartacea della Linea Guida ed 1 CD.
4. Pubblicazione nella rete Intranet Aziendale della LG.

**Implementazione (Implementation)**

Parlando di implementazione<sup>42</sup> ci si riferisce ai cambiamenti del contesto organizzativo, amministrativo e culturale finalizzati a permettere l'applicazione delle linee guida e a rimuovere i fattori di ostacolo alla promozione di una assistenza efficace, appropriata ed efficiente<sup>43</sup>. L'implementazione cosiddetta "multifaceted interventions"<sup>44</sup>, con la quale si intendono una combinazione di interventi (due o più fra: audit, feedback, promemoria su supporto cartaceo o informatico, processi locali di consenso, marketing) sembra essere più efficace che il singolo intervento, così come utile è la realizzazione di un modello di implementazione coordinata che coniughi gli sforzi dell'ambiente professionale a quelli organizzativi, economici, comunitari e educativi<sup>45</sup>.

Questa fase verrà realizzata attraverso:

- Implementazione sperimentale in una Terapia Intensiva con l'obiettivo di individuare eventuali ostacoli all'adozione delle raccomandazioni.
- Workshop su casi clinici da effettuare dopo 2 mesi di sperimentazione, condotto da componenti del GLAM a piccoli gruppi nell'U.O. coinvolta per valutare ostacoli/problematiche.
- Applicazione dei correttivi, e ulteriore verifica a 2 mesi.
- Implementazione delle raccomandazioni in tutte le U.O. di terapia intensiva per adulti
- Realizzazione e distribuzione di Reminder in A4 da mettere vicino al respiratore e di Quick Reference tascabili<sup>46</sup>.

**Valutazione (Evaluation)**

Per valutare l'applicazione delle raccomandazioni contenute nella LG, il GLAM decide di pianificare:

1. indagine conoscitiva in tutte le T.I.

Tabella 7. Integrazione delle linee guida : Griglia di ricerca per VAP.

DATA BASE	STRINGA DI RICERCA	N° DOC	DOCUMENTI RILEVATI	COMMENTI	
Med line	Pneumonia"[MeSH] AND "Respiration, Artificial" [MeSH] AND "prevention and control" Limits: published in the last 2 years, Practice Guideline, "Pneumonia"[MeSH] AND "Respiration, Artificial"[MeSH] AND "prevention and control" [Subheading] AND Randomized Controlled Trial[ptyp] AND "humans" [MeSH Terms] AND "2004/10/17 [PDAT] : "2006/10/17 [PDAT]	Nessuno	Seguin P, Tanguy M, Laviolle B, Tirel O, Malledant Y. Effect of oropharyngeal decontamination by povidone-iodine on ventilator - associated pneumonia in patients with head trauma. Crit Care Med. 2006 May; 34(5): 1514-9. <b>Boots RJ, George N, Faoagali JL, Druery J, Dean K, Heller RF</b> Double-heater-wire circuits and heat-and-moisture exchangers and the risk of ventilator-associated pneumonia.Crit Care Med. 2006 Mar;34(3):687-93. <u>Young PJ, Pakeerathan S, Blunt MC, Subramanya S.</u> A low-volume, low-pressure tracheal tube cuff reduces pulmonary aspiration.Crit Care Med. 2006 Mar;34(3):632-9. <u>van Nieuwenhoven CA, Vandenbroucke-Grauls C, van Tiel FH, Joore HC, van Schijndel RJ, van der Tweel I, Ramsay G, Bonten MJ.</u> Feasibility and effects of the semirecumbent position to prevent ventilator-associated pneumonia: a randomized study.Crit Care Med. 2006 Feb;34(2):396-402. <u>Fourrier F, Dubois D, Pronnier P, Herbecq P, Leroy O, e al .;</u> PIRAD Study Group. Effect of gingival and dental plaque antiseptic decontamination on nosocomial infections acquired in the intensive care unit: a double-blind placebo-controlled multicenter study.Crit Care Med. 2005 Aug;33(8): 1728-35. <u>Lorente L, Lecuona M, Galvan R, Ramos MJ, Mora ML, Sierra A.</u> Periodically changing ventilator circuits is not necessary to prevent ventilator-associated pneumonia when a heat and moisture exchanger is used.Infect Control Hosp Epidemiol. 2004 ec;25 (12): 1077-82. <u>Dezfulian C, Shojania K, Collard HR, Kim HM, Matthay MA, Saint S.</u> Subglottic secretion drainage for preventing ventilator-associated pneumonia: a meta-analysis.Am J Med. 2005 Jan;118(1):11-8. Review. <u>Kola A, Eckmanns T, Gastmeier P.</u> Efficacy of heat and moisture exchangers in preventing ventilator-associated pneumonia: meta-analysis of randomized controlled trials.Intensive Care Med. 2005 Jan;31(1):5-11. Epub 2004 Sep 11. Review.	15 di cui 6 attinenti	La regolare somministrazione di povidone-iodio può essere una strategia efficace per fare diminuire la prevalenza di polmonite associata al ventilatore in pazienti con il trauma capo severo  La tecnica di umidificazione non influenza le caratteristiche di incidenza o di secrezione di VAP, ma HMEs può avere resistenza del flusso d'aria più superiore alle specifiche del fornitore dopo 24 ore di uso.  The LVLP cuffed tracheal and tracheostomy tubes reduced pulmonary aspiration in the benchtop models and in anesthetized and critically ill patients.  The targeted backrest elevation of 45 degrees for semi-recumbent positioning was not reached in the conditions of the present randomized study. The achieved difference in treatment position (28 degrees vs. 10 degrees ) did not prevent the development of VAP.  La decontaminazione antisettica della piastra gingivale e dentale ha fatto diminuire significativamente la colonizzazione orofaringea da agenti patogeni aerobici in pazienti ventilati i. Tuttavia, la sua efficacia era insufficiente per ridurre l'incidenza delle infezioni respiratorie dovuta a batteri multiresistenti.  Circuit change using an HME for humidification does not decrease pneumonia and represents an unnecessary cost.
Med line	Pneumonia"[MeSH] AND "Respiration, Artificial" [MeSH] AND "prevention and control"[Subheading] AND <b>Meta-Analysis</b> AND "humans" [MeSH Terms] AND "2004/10/17 [PDAT] "2006/10/17 [PDAT]	2 attinenti 2		L'aspirazione delle secrezioni della glottide sembra efficace nell'impedire la polmonite ventilatore-associata precoce fra i pazienti in cui è prevista una ventilazione meccanica > alle 72 ore  Questa meta-analisi ha trovato una riduzione significativa dell'incidenza di VAP in pazienti umidificata con HMEs durante la MV, specialmente in pazienti ventilati per 7 giorni o più risultati sono limitati dall'esclusione dei pazienti ad elevato rischio. Ulteriori RCTs sono necessari da esaminare l'applicabilità più larga di HMEs e del loro uso esteso.	

per adulti (Rianimazione, UTIC), prima dell'implementazione delle raccomandazioni della LG, utilizzando la documentazione clinica, con l'obiettivo di descrivere la situazione attuale di tutte le unità operative coinvolte e di valutare quanto la pratica clinica attuale si discosta dalle raccomandazioni contenute nella LG,

2. valutazione della fase sperimentale,
3. valutazione a 6 mesi e a 1 anno dall'implementazione della LG, da iniziare subito attraverso l'analisi della documentazione clinica e di apposite schede di monitoraggio.

Tutte le fasi della valutazione saranno realizzate attraverso audit clinico<sup>47,48</sup>.

### L'Audit Clinico

Per misurare e valutare l'efficacia della disseminazione e dell'implementazione delle raccomandazioni contenute nella LG di riferimento, il gruppo ha definito indicatori e target sui quali impostare l'audit clinico<sup>49</sup>. Per alcuni di questi indicatori è stato necessario creare una scheda di monitoraggio comune a tutte le unità operative coinvolte.

Il Gruppo di Audit è costituito da infermiere epidemiologo, statistico, infermieri di area critica, rianimatori.

L'Audit ha come tema le misure di prevenzione della polmonite associata a ventilazione, con l'Obiettivo di migliorare e uniformare le misure di prevenzione atte a ridurre l'incidenza di polmonite associata a ventilatore, in base al razionale che l'adozione di misure di prevenzione basate su prove di efficacia può ridurre la comparsa di polmonite associata a ventilatore e contribuire al contenimento dei costi legati all'assistenza dei pazienti ventilati artificialmente.

È previsto inoltre l'audit per la valutazione dell'adesione degli operatori, mediante strutturazione di giornate di osservazione del comportamento relativo alla reale attuazione delle pratiche assistenziali oggetto delle raccomandazioni, così come dichiarato nella documentazione: l'osservazione nelle U.O. coinvolte è realizzata dall'infermiere epidemiologo, che può essere supportato da rilevatori opportunamente addestrati.

Rispetto all'applicazione complessiva delle Lg è necessario anche monitorare gli indicatori di esito clinico (tasso standardizzato di VAP in pazienti ventilati

oltre 72 ore/tutti i pazienti ventilati oltre 72 ore); questo dato non è facilmente evidenziabile per tutte le variabili coinvolte nella sua determinazione, per cui ne va valutato l'andamento nel lungo periodo.

In base ai risultati del monitoraggio se necessario, saranno messe in essere azioni correttive..

Nella **tabella 9** sono riportati gli standard, assistenziali, gli indicatori, il target e la modalità di raccolta dei dati che il GLAM individua per ogni singola raccomandazione e nella tabella 10 la scheda per il monitoraggio di alcuni indicatori.

*...per quanto possiate essere felici di una soluzione, non pensate mai che sia quella definitiva.*

*Ci sono soluzioni grandi, ma non esiste una soluzione definitiva.*

*Tutte le nostre soluzioni sono fallibili. Questo principio è stato spesso frainteso...*

*Ricerchiamo la verità, e la verità è assoluta e oggettiva, come la falsità.*

*Ma ogni soluzione di un problema apre la via a un problema ancora più profondo.*

(Karl R. Popper 1992)

### Conclusioni

La disciplina infermieristica ha come oggetto di studio i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della sua famiglia, nelle loro dimensioni bio-fisiologiche, psicologiche e socio-culturali; la ricerca infermieristica ha come scopo la comprensione di quei meccanismi fondamentali che ledono la capacità degli individui e delle famiglie di mantenere ed accrescere una funzionalità a livello ottimale (nel soddisfacimento dei propri bisogni) e di minimizzare gli effetti negativi della malattia<sup>50, 51, 52</sup>. La ricerca si concentra sullo sviluppo delle conoscenze dell'assistenza infermieristica e della sua pratica per rafforzare ed allargare le conoscenze attuali riguardanti l'assistenza infermieristica, al fine di contribuire al miglioramento delle prestazioni. Per il professionista significa basare il proprio agire professionale su competenze che coniugano nella pratica quotidiana l'uso abituale e ragionevole di conoscenze teoriche, abilità comunicative, tecniche, ragionamento diagnostico, emozioni, valori e riflessione alle conoscenze tratte dai risultati della ricerca<sup>53</sup>.

Il bisogno di assistenza infermieristica di respirare del malato critico condiziona, se non soddisfatto o soddisfatto parzialmente, la manifestazione di tutti gli altri bisogni<sup>54</sup>. I malati critici sono generalmente intubati e posti in ventilazione meccanica quando le loro capacità ventilatorie e/o di ossigenazione non sono più adeguate alle esigenze dell'organismo al variare delle condizioni fisiologiche e patologiche ed in grado, quindi, di mantenere nella norma i valori emogasanalitici. Anche l'utilizzo di farmaci curarizzanti ed oppioidi frequentemente impiegati in ambito critico, rendono indicate l'intubazione endotracheale e la ventilazione meccanica<sup>55</sup>.

Nell'assistenza clinica l'uso di modelli teorici che si trasformano in modelli clinici guida il ragionamento logico, permette di fare concatenazioni logiche in base ai fatti osservati e alle conoscenze possedute che, in quanto categorizzate, vengono richiamate in modo più preciso e più focalizzato, di fare previsioni e di prendere decisioni, in rapporto all'ampiezza delle conoscenze possedute, e quindi di erogare assistenza infermieristica dandone ragione.

L'ampiezza delle conoscenze possedute e la loro sistematizzazione, determina una maggiore verificabilità delle ipotesi e una maggiore disponibilità di scelte assistenziali possibili fra cui individuare la più corretta e la più appropriata per la specifica situazione

Il processo di assistenza è il metodo clinico dell'assistenza infermieristica<sup>56, 57</sup>: è un metodo di identificazione e di soluzione dei problemi che applica il metodo scientifico, ma in cui valori umani influenzano sia l'identificazione che la risoluzione dei problemi<sup>58</sup>.

In ogni fase del processo di assistenza si prendono decisioni assunte in base alle circostanze, alle situazioni e all'esperienza e può essere necessario modificare le decisioni assunte, in base alle circostanze immediate e a un ordine di priorità, che può ripetutamente modificarsi. attraverso un processo di analisi e valutazione delle informazioni possedute in base all'osservazione all'esperienza e al ragionamento, che guida l'azione e che permette di scegliere come risolvere i problemi, a cui segue un giudizio basato sull'interpretazione, l'analisi e la valutazione dei dati e che

Tabella 8. Strategie di adattamento (Legenda codici allegato 5)

RACCOMANDAZIONI ORIGINALI	commenti	TESTO PROPOSTO
<b>Intubazione endotracheale.</b> Si raccomanda l'utilizzo della via orotracheale quando vi è necessità di intubazione	Generalmente la via orotracheale in caso di necessità d'intubazione endotracheale (92,6%) è quella maggiormente adottata	Si raccomanda l'utilizzo della via orotracheale quando vi è necessità di intubazione
<b>Ricerca sistematica di sinusiti mascellari</b> Non raccomandata poiché non esistono evidenze sufficienti.	Non presente	La ricerca sistematica di sinusiti nei pazienti intubati attraverso la bocca non è raccomandata poiché non esistono evidenze sufficienti.
<b>Frequenza del cambio del circuito di ventilazione</b> Si raccomanda l'applicazione di un nuovo circuito per ogni paziente e di cambiare il circuito quando è sporco ma senza programmarne la sostituzione	Viene applicato un circuito nuovo per ogni paziente, ma da quasi il 19% degli infermieri viene cambiato a scadenza regolare, non solo quando visibilmente sporco. Si suggeriscono interventi formativi	Si raccomanda l'applicazione di un nuovo circuito per ogni paziente e di cambiare il circuito quando è sporco ma senza programmarne la sostituzione
<b>Umidificazione delle vie aeree</b> Si raccomanda l'uso di umidificatori HME quando non controindicato (in caso di emottisi o quando sono necessari alti volume/minuto) Si raccomanda il cambio degli umidificatori 1 volta alla settimana.	La raccomandazione è applicata dall' 85,2 % degli infermieri e i filtri HME vengono mantenuti per un periodo di tempo superiore alle 24 ore; la non applicabilità della raccomandazione nei casi controindicati deve basarsi sulla valutazione dell'operatore. Sono consigliabili interventi mirati	Si raccomanda l'uso di umidificatori HME quando non controindicato; la decisione di utilizzare sistemi di umidificazione delle vie aeree diversi da quello raccomandato, è affidata al professionista sanitario che dovrà valutare ogni singolo caso. Si raccomanda il cambio degli umidificatori 1 volta alla settimana e quando visibilmente sporchi.
<b>Sistema di aspirazione endotracheale</b> si raccomanda l'uso di sistemi a circuito chiuso, che deve essere cambiato per ogni nuovo paziente e quando clinicamente indicato.	Attualmente nelle T.I. dell'AUSL di Rimini sono impiegati sistemi d'aspirazione endotracheale prevalentemente a circuito aperto. Se utilizzati quelli chiusi, sono sostituiti dopo 24/48 ore(77%) e comunque se visibilmente sporchi. Si rendono necessari interventi formativi.	Si raccomanda l'uso di sistemi a circuito chiuso, che devono essere cambiati per ogni nuovo paziente e quando clinicamente indicato.
<b>Aspirazione delle secrezioni della glottide</b> Si raccomanda di considerare l'effettuazione dell'aspirazione delle secrezioni della glottide	Attualmente la tecnologia necessaria per poter applicare questa raccomandazione non è disponibile in tutte le U.O di T.I.. È necessario provvedere all'acquisto di tubi endotracheale forniti di lume dorsale necessario per l'aspirazione sovracuffia e pianificare adeguati interventi educativi per fornire ai professionisti sanitari interessati le conoscenze necessarie. Acquisto del materiale mancante	Si raccomanda l'aspirazione periodica delle secrezioni che si accumulano sopra la cuffia del tubo endotracheale.
<b>Fisioterapia toracica</b> Non raccomandata poiché non esistono evidenze sufficienti	Non applicata	La fisioterapia toracica nella prevenzione della VAP non è raccomandata poiché non esistono evidenze sufficienti.
<b>Tracheotomia precoce</b> Non raccomandata poiché non esistono evidenze sufficienti	Non è indagata	Non è possibile raccomandare la tracheotomia precoce come strategia preventiva poiché non esistono evidenze sufficienti
<b>Strategie di posizionamento</b>		
<b>Letti dinamici.</b> Si raccomanda di considerare l'utilizzo di letti dinamici	La tecnologia necessaria per poter applicare questa raccomandazione non è presente in nessuna delle U.O. interessate. Si ipotizza il noleggio di letti dinamici da allocati nelle diverse T.I. in base indicazioni clinica (durata media dei giorni di ventilazione meccanica.) per avviare sperimentazione È, inoltre, necessario pianificare adeguati interventi educativi per fornire le conoscenze necessarie all'utilizzo di tali dispositivi.	Si raccomanda l'impiego di letti dinamici nei pazienti ad alto rischio di sviluppare VAP.
<b>Posizionamento semirialzato.</b> Si raccomanda la posizione semirialzata a 45° nei pazienti in cui non esistono controindicazioni.	L'accertamento delle controindicazioni alla posizione semirialzata è demandata al giudizio del professionista.	Si raccomanda la posizione semirialzata a 45° nei pazienti in cui non esistono controindicazioni.
<b>Posizione prona.</b> Non raccomandata	Non indagata	L'impiego della posizione prona non è raccomandata
<b>Profilassi dell'ulcera da stress</b> Si raccomanda di non utilizzare il sucralfato per ridurre il rischio di VAP nei pazienti ad alto rischio di sanguinamento per ulcera da stress	Non indagata	Si raccomanda di non utilizzare il sucralfato per ridurre il rischio di VAP nei pazienti ad alto rischio di sanguinamento per ulcera da stress
<b>Profilassi antibiotica inclusa la decontaminazione selettiva del tratto digerente</b> Si raccomanda di non utilizzare solamente antibiotici per via topica. Non è raccomandata la decontaminazione selettiva del tratto digerente per via endovenosa o topica per carenza di dati sulla resistenza antibiotica e sul rapporto costo/ beneficio. Si raccomanda di non utilizzare antibiotici per via venosa poiché non esistono evidenze sufficienti	Sono presenti comportamenti difforni, si suggeriscono interventi formativi	Si raccomanda di non utilizzare a scopo profilattico, solamente antibiotici per via topica. Non è raccomandata la decontaminazione selettiva del tratto digerente per via endovenosa o topica per carenza di dati sulla resistenza antibiotica e sul rapporto costo/beneficio. Si raccomanda di non utilizzare, a scopo profilattico, antibiotici per via venosa poiché non esistono evidenze sufficienti

Tabella.9. Audit :standard, assistenziali, gli indicatori, il target

Standard assistenziale	Indicatore	Categ	Target	numeratore	Fonte dati	Denominatore	Fonte dati
Utilizzare la via orotracheale quando vi è necessità di intubazione.	Intubazione Orotacheale	2.1	90% delle intubazioni avviene attraverso la bocca	N° pazienti con tubo orotracheale	Cartella clinica	Numero totale di pazienti con tubo endotracheale	Cartella clinica
Nei pazienti ventilati attraverso tubo orotracheale non svolgere sistematicamente indagini per la ricerca di sinusite mascellare	Ricerca di sinusite	3.2.1	Nel 100% dei pazienti con tubo orotracheale non vengono eseguite indagini atte ad identificare la presenza di sinusite	N° pazienti con tubo orotracheale a cui sono prescritte indagini per la ricerca di sinusite	Cartella clinica	Numero totale di pazienti con tubo orotracheale	Cartella clinica
Applicare un circuito respiratorio nuovo per ogni nuovo paziente	Sostituzione del circuito respiratorio	2.1	Nel 80% dei nuovi pazienti viene applicato un circuito respiratorio nuovo	N° nuovi pazienti a cui viene applicato un circuito respiratorio nuovo	Scheda di monitoraggio (vedi allegato D)	Numero totale dei nuovi pazienti che necessitano di ventilazione	Sistema informativo aziendale / c.c
Cambiare il circuito respiratorio solo quando visibilmente sporco	Sostituzione del circuito respiratorio	2.1	Nel 80% dei pazienti il circuito viene sostituito solo quando sporco	N° pazienti nei quali il cambio del circuito avviene perché sporco	Scheda di monitoraggio /cartella Infermieristica	Numero totale dei pazienti nei quali il circuito viene cambiato	Scheda di monitoraggio / cartella infermieristica
Utilizzare per l'umidificazione delle vie aeree umidificatori HME	Tipo di umidificatore impiegato	2.1	Nel 75% dei pazienti viene impiegato un umidificatore HME	N° pazienti ai quali è applicato un umidificatore HME N° umidificatori	Scheda di monitoraggio/cartella infermieristica Scheda di monitoraggio/cartella infermieristica	Numero totale dei pazienti che necessitano di umidificazione delle vie aeree	Cartella clinica
Il cambio degli umidificatori HME deve avvenire una volta alla settimana	Frequenza di sostituzione dell'umidificatore	2.1	Nel 80% dei casi gli umidificatori HME vengono sostituiti una volta alla settimana	HME che vengono sostituiti una volta alla settimana		Numero totale degli umidificatori HME impiegati in una settimana	Scheda di monitoraggio/cartella infermieristica
Impiegare per l'aspirazione endotracheale sistemi a circuito chiuso	Sistema per l'aspirazione endotracheale	2.1	Nel 75% dei pazienti che necessitano di aspirazione endotracheale viene impiegato un sistema d'aspirazione a circuito chiuso	N° pazienti nei quali viene impiegato un sistema d'aspirazione a circuito chiuso	Scheda di monitoraggio/cartella infermieristica	Numero totale dei pazienti che necessitano di aspirazione endotracheale	Scheda di monitoraggio/cartella infermieristica
Il circuito per l'aspirazione endotracheale deve essere sostituito per ogni nuovo paziente e quando clinicamente indicato	Frequenza di sostituzione del circuito per aspirazione endotracheale	2.1	Nel 80% dei casi il circuito viene sostituito per ogni nuovo paziente, quando sporco o presenta una riduzione della funzione.	N° dei circuiti che vengono sostituiti per i quali viene specificato il motivo nella scheda di monitoraggio o nella cartella infermieristica	Scheda di monitoraggio/ cartella infermieristica	Numero totale dei circuiti che vengono sostituiti	Scheda di monitoraggio/cartella infermieristica
Aspirare le secrezioni che si accumulano sopra la cuffia del tubo endotracheale	Numero delle manovre di aspirazione delle secrezioni che si accumulano sopra la cuffia	2.1	Nel 75% dei pazienti ventilati artificialmente le secrezioni che si accumulano sopra la cuffia sono periodicamente rimosse attraverso l'aspirazione	N° Numero dei pazienti nei quali vengono rimosse le secrezioni che si accumulano sopra la cuffia del tubo endotracheale	Scheda di monitoraggio/ cartella infermieristica	Numero totale dei pazienti ventilati artificialmente	Cartella clinica

Standard assistenziale	Indicatore	Categ	Target	numeratore	Fonte dati	Denominatore	Fonte dati
Non effettuare fisioterapia toracica a scopo profilattico nei pazienti ventilati artificialmente	Fisioterapia toracica	3.2.1	100% pazienti che necessitano di ventilazione meccanica non è prescritta fisioterapia toracica a scopo profilattico	N° pazienti ventilati artificialmente che ricevono fisioterapia toracica	Richieste di fisioterapia toracica	Numero totale dei pazienti ventilati artificialmente	Cartella clinica
Impiegare Letti dinamici	Presenza di letti dinamici	2.1	Nel 75% dei pazienti ventilati artificialmente è impiegato un letto dinamico	N° pazienti ventilati artificialmente con letto dinamico	Procedura di noleggio letto dinamico	Numero totale dei pazienti ventilati artificialmente	Cartella clinica
Non utilizzare il sucralfato nei pazienti ventilati meccanicamente	Prescrizione di sucralfato nei pazienti ventilati meccanicamente	3.2.1	Nel 75% dei pazienti ventilati meccanicamente non viene prescritto sucralfato	N° pazienti ventilati artificialmente a cui è stato prescritto sucralfato	Termografica	Numero totale dei pazienti ventilati artificialmente	Cartella clinica
Non utilizzare antibiotici topici a scopo profilattico	Prescrizione di antibiotici topici a scopo profilattico	3.2.1	Nel 75% dei pazienti non sono prescritti antibiotici topici a scopo profilattico	N° pz ventilati artificialmente a cui sono stati prescritti antibiotici topici come misura profilattica	Termografica	Numero totale dei pazienti ventilati artificialmente	Cartella clinica
Non praticare la decontaminazione selettiva del tratto digerente sia per via endovenosa sia per via topica	Prescrizione della decontaminazione selettiva del tratto digerente Prescrizione di antibiotici endovenosi a scopo	3.2.1		N° pazienti ventilati artificialmente a cui prescritta la decontaminazione selettiva del tratto digerente	Cartella clinica/ termografica	Numero totale dei pazienti ventilati artificialmente	Cartella clinica
Non utilizzare a scopo profilattico antibiotici per via endovenosa	profilattico	3.2.1		N° pazienti ventilati artificialmente a cui sono stati prescritti antibiotici endovenosi come misura profilattica	Termografica	Numero totale dei pazienti ventilati artificialmente	Cartella clinica
<b>Legenda codici:</b> 1. Indicatori di struttura; 2. Indicatori di processo: 2.1 Conformità della procedura (solo in difetto) 2.2 Appropriatezza delle prestazioni 2.2.1. in eccesso 2.2.2 in difetto .3. Indicatori di esito: 3.1. clinici, 3.2. economici , 3.2.1. diretti; 3.2.2 indiretti, 3.2.3 intangibili, 3.3 umanistici							

deve sottostare ad ogni giudizio infermieristico clinico.

L'infermiere con la sua prestazione risponde alla domanda esplicita o non espressa della persona che presenta bisogni/problemi individuando risposta e modalità di soddisfazione del bisogno/risoluzione del problema, attraverso lo sviluppo del processo di assistenza. È proprio nella pianificazione assistenziale, che vengono messi in atto processi decisionali complessi che richiedono implicitamente la conoscenza dei più appropriati interventi assistenziali erogabili «allo stato dell'arte»<sup>59</sup>.

I risultati della ricerca si articolano in diverso modo con il processo di assistenza infermieristica, nelle sue diverse fasi; è possibile una relazione a livello di raccolta dati (individuazione di speci-

fiche situazioni reali o potenziali), a livello di obiettivi (quali sono gli possibili benefici ipotizzabili), nella definizione degli interventi e nella loro attuazione (applicazione di interventi di provata efficacia)<sup>60, 61</sup>.

L'elaborazione e l'implementazione di linee guida, protocolli e procedure permette di standardizzare il quadro di riferimento entro cui il professionista eroga assistenza, pur mantenendo un elevato livello di discrezionalità decisoria, che si esplicita nell'analisi della situazione, scelta delle modalità più congrue in relazione alla persona e alle variabili presenti; permette di condividere e integrare le conoscenze con gli altri professionisti e di sviluppare processi condivisi di prese di decisioni per rispondere alla complessità della persona assistita.

## Bibliografia

1. [www.regione.emilia-romagna.it/agenzia-san/aree/accred/gest\\_rischio/index.htm](http://www.regione.emilia-romagna.it/agenzia-san/aree/accred/gest_rischio/index.htm).
2. Agenzia Sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, *Rischio e Sicurezza in Sanità*. Atti del Convegno Bologna, 29 Novembre 2004. Sussidi per la gestione del rischio 3. Collana Dossier 109, 2005 data accesso 21 febbraio 2006 [asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr](http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr).
3. CINOTTI R., *La Gestione del Rischio nelle Organizzazioni Sanitarie*. Roma Il Pensiero Scientifico Editore, 2004.
4. SHOJANIA KG, ED, DUNCAN BW, ED, McDONALD KM, ED, WACHTER RM, ed. *Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices*. Rockville, Md: Agency for Healthcare Research and Quality; 2001. Evidence Report/Technology Assessment No. 43; AHRQ publication 01-E058.
5. CESA S. *Il bisogno di assistenza infermieri-*



25. DEPPE SA, KELLY JW, THOI LL, CHUDY JH, LONGFIELD RN, DUCEY JP, ET AL. *Incidence of colonization, nosocomial pneumonia, and mortality in critically ill patients using a Trach Care closed-suction system versus an open-suction system: prospective, randomized study.* Crit Care Med. 1990;18:1389-93.
26. COMBES P, FAUVAGE B, OLEYER C. *Nosocomial pneumonia in mechanically ventilated patients, a prospective randomized evaluation of the Stericath closed suctioning system.* Intensive Care Med. 2000;26:878-82.
27. JOHNSON KL, KEARNEY PA, JOHNSON SB, NIBLETT JB, MACMILLAN NL, MCLAIN RE. *Closed versus open endotracheal suctioning: costs and physiologic consequences.* Crit Care Med. 1994;22:658-66.
28. ZEITOUN SS, DE BARROS AL, DICCINI S, JULIANO Y. *Incidence of ventilator-associated pneumonia in patients using open-suction systems and closed-suction systems: a prospective study—preliminary data.* Rev Lat Am Enfermagem. 2001;9:46-52.
29. KOLLEF MH, PRENTICE D, SHAPIRO SD, FRASER VJ, SILVER P, TROVILLION E, ET AL. *Mechanical ventilation with or without daily changes of in-line suction catheters.* Am J Respir Crit Care Med. 1997;156:466-72.
30. CMA *Evidence-Based Clinical Practice Guideline for the Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia.* Annals of Internal Medicine, August 2004; Vol 141:305-313 Number 4, 17.
31. VANDENBROUCKE-GRAULS CM, VANDENBROUCKE JP. *Effect of selective decontamination of the digestive tract on respiratory tract infections and mortality in the intensive care unit.* Lancet. 1991;338:859-62.
32. LIBERATI A, D'AMICO R, PIFFERI, TORRI V, BRAZZI L. *Antibiotic prophylaxis to reduce respiratory tract infections and mortality in adults receiving intensive care.* Cochrane Database Syst Rev. 2004; 000022.
33. HESS DR, KALLSTROM TJ, MOTTRAM CD, MYERS TR, SORENSON HM, VINES DL for AARC. *Care of the ventilator circuit and its relation to ventilator-associated pneumonia.* Respir Care 2003;48(9):869-879.
34. DODEK P, KEENAN S, COOK D, HEYLAND D, JACKA M, ET AL. for the Canadian Critical Care Trials Group and Canadian Critical Care Society. *Evidence-based clinical practice guideline for the prevention of ventilator-associated pneumonia.* Ann Intern Med 2004;141:305-313.
35. CDC: *Guidelines for preventing health-care—associated pneumonia*, 2003: op.cit.
36. CARTABELLOTTA A. *Dalla ricerca alla pratica clinica Il ruolo dei modelli multidimensionali* Il Sole 24 Ore Sanità Management 5/2000, pago 31-32.
37. CARTABELLOTTA A. *Evidenze mediche .I metodi per creare dialogo fra ricerca e pratica clinica La bilancia servizi-risorse* Il Sole 24 Ore Sanità Management 1/2000, pago 26.
38. GRILLI R, MAGRINI N, PENNA A, MURA G, LIBERATI A. *Practice guidelines developed by specialty societies: the need for a critical appraisal.* The Lancet, 2000;355, 103-106.
39. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, *Grading System for Recommendations in Evidence-Based Clinical Guidelines – Report of a review of the system for grading recommendations in SIGN guidelines*, SIGN pubblicazione, March 2000 (<http://www.sign.ac.uk/>);
40. reperibile sul sito <http://www.agreecollaboration.org>, (vedasi anche le applicazioni della matrice nel sito italiano [www.gqpn.it](http://www.gqpn.it)).
41. Scottish Intercollegiate Guideline Network, SIGN 50: *A guideline developers' handbook.* Da <http://www.sign.ac.uk>.
42. BALLINI L, LIBERATI A., *Linee-guida per la pratica clinica. Metodologia per l'implementazione*, Roma Il Pensiero Scientifico Editore, 2004.
43. OMAX AD., THOMAS MA, DAVIS DA, ET AL. *No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice.* CMAJ 1995; 153: 1423-1431.
44. BERO LA, GRILLI R, GRINSHAW JM, ET AL. *Closing the gap between research and practice: an overview of sistemativ review of interventions to promote the implementation of research findings*°. BMJ 1998; 317: 465-468.
45. CASATI M. *Implementazione delle Linee Guida: generalità, strumenti e metodi. In: Contributo infermieristico all'elaborazione ed implementazione di linee guida in neonatologia: percorso metodologico e revisione della letteratura.* 2002, Editeam s.a.s Gruppo Editoriale.
46. CARTABELLOTTA A. POTENA A.. op.cit.
47. Clinical Guidelines Education Team a cura del, *Linee guida cliniche, strategie di implementazione.*, edizione italiana a cura di Cristiana Forni. Mc Graw-Hill, 2002.
48. KAEGL L. 1999 *AMA clinical qualità improvement forum ties it all together: from guidelines to measurement to analysis and back to guidelines.* Jont Commission Journal on Quality Improvement 25(2): 95-106.
49. CARTABELLOTTA A. *Dalla ricerca alla pratica clinica Il ruolo dei modelli multidimensionali* Il Sole 24 Ore Sanità Management 5/2000, pag 31-32.
50. CASATI M., *Ricerca infermieristica e linee guida*, Atti convegno CNAI: Linee guida per l'assistenza infermieristica. Strumenti per l'autonomia professionale, garanzia per la qualità dei risultati, Marina di Massa, 2000.
51. International Council of Nurses. (1996). 1996, *Migliorare la salute delle persone attraverso la ricerca infermieristica*, Dossier ICN. *Professioni Infermieristiche*, (2).
52. Consiglio d' Europa *Ricerca infermieristica: rapporto e raccomandazioni*, Professioni infermieristiche, 1998;51(1),25-40.
53. DI CENSO A., CULLUM N., CILISKA D., *Implementing evidence-based nursing: some misconceptions.* Evidence-based nursing 1998; 1(2):38-40.
54. CASATI M. in: LUSIGNANI M. MANGIACAVALLI B., CASATI M., *Infermieristica generale e organizzazione della professione*, Masson, Milano, 2000.
55. American College of Chest Physicians, American Association for Respiratory Care, American College of Critical Care Medicine, *Evidence-Based Guidelines for Weaning and Discontinuing ventilatory support*, Respiratory Care, 2002; 47(1):69-90.
56. DI MONTE V. *Da servente a infermiere Una storia dell' assistenza infermieristica in Italia* Cespi, 1993 Torino.
57. Motta P. *Il processo di assistenza infermieristica* in Motta P. *Introduzione alle scienze infermieristiche*, Milano Carrocci editore 2004.
58. GORDON M. *Manuale delle diagnosi infermieristiche* Edises 1994, Napoli.
59. CASATI M., *La documentazione infermieristica*, 2°ed. McGraw Hill, Milano, 2005.
60. CASATI M., LAZZARI G., *Evoluzione e rilevanza dell'evidence-based nursing: aspetti concettuali e metodologici*, Scenario; 2000; 17(3): 4-13.
61. CASATI M., *La documentazione infermieristica*, op.cit.

#### Nota

Il percorso di implementazione è stato sviluppato, modificandolo, a partire dal prodotto finale dell'attività didattica al corso di formazione EBN di secondo livello GIMBE Bologna 2005-06 (gruppo di lavoro Angeloni).

#### Abstract

*The sharing and integration of the educational process, of the basic and continuous education, the acquirement and development of the knowledge gained with the clinical practice, the continuous verifying of the knowledge and the clinical results, also using educational pathways, is a basic step of the evolution and development of nursing science and care. In this vision the article describes a project for the implementation of the guidelines in preventing an important fact as Mechanical Ventilation Pneumonia of the ICUs, and consequently, for the adoption of effective actions for the safety of the people cared for. The project is developed in different phases and educational steps also in different settings. Concerning the basic education, the shown data were collected in a survey for the final exam in nursing. The project uses the Gimbe method such as acquired in a continuous education course and further developed. The article presents the working method, the process for implementation and it's implication for the practice of nursing care.*

**Key words:** Guidelines, Implementation, Nursing care, Mechanical Ventilation with associated Pneumonia, Effective-ness, Audit, Working group.

**Marilena De Angelis**, Infermiera Unità Operativa Anestesia e Rianimazione  
Cardiochirurgica Dott. Grillone.

**Elvio Di Rado**, Infermiere Unità Operativa Sala Operatoria Blocco II.

**Luana Gattafoni**, Infermiera Unità Operativa di Emodinamica - Cardiologia Prof. Branzi,  
Policlinico Universitario S.Orsola-Malpighi, Bologna

## Trattamento emostatico dopo la rimozione di un catetere in arteria femorale in paziente sottoposto a coronarografia



### Riassunto

*Haematoma after coronary angiography and percutaneous coronary intervention via the femoral artery frequency and risk factors*

L'argomento da noi trattato è scaturito dalla quotidiana esigenza di sapere quale tipo di medicazione tra la compressione manuale e l'uso di dispositivi di compressione meccanica di ultima generazione, a base di collagene sia migliore affinché sia ridotto al minimo il rischio di sanguinamento e/o formazione di ematoma in pazienti sottoposti a coronarografia dopo la rimozione del catetere in arteria femorale.

La prevenzione deve essere effettuata attraverso la valutazione della tecnica migliore, affinché si abbia un trattamento emostatico efficace.

### Obiettivo

Ricerca in letteratura le migliori evidenze in merito alla gestione della medicazione compressiva post-rimozione di un catetere in arteria femorale.

### Materiali e metodi

Le parole chiave utilizzate per la ricerca sono: Compression dressing; Femoral artery; Haemostasis; Dressing; Coronary; Arteriography;

Abbiamo utilizzato le seguenti Keywords combinate: -"compression dressing in the femoral artery" -"dressing and hemostasis and coronary and arteriography"

### Risultati

La selezione degli articoli nelle varie banche dati, (Cochrane Library DARE, Medline) ossia la differenza tra il documento selezionato ed individuato, è stata effettuata in base alla pertinenza del quesito posto

### Conclusioni

Abbiamo trovato diversi studi che ci permettono di stabilire il trattamento emostatico più efficace dopo la rimozione di un catetere in arteria femorale in pazienti sottoposti a coronarografia.

## Background

La formazione di ematoma e/o la comparsa di sanguinamento dopo la rimozione del catetere in arteria femorale, nei pazienti sottoposti a coronarografia, sono considerate complicanze maggiori.

La prevenzione primaria di queste deve essere effettuata attraverso la valutazione della tecnica migliore tra la compressione manuale tradizionale e l'uso dei dispositivi di compressione meccanica di ultima generazione, a base di collagene, affinché si abbia un trattamento emostatico efficace.

Nella nostra realtà quotidiana di assi-

stenza infermieristica si evidenzia questa problematica dovuta alla mancanza di un protocollo di gestione delle tecniche di compressione e dei pazienti su cui vengono applicate, basato su evidenze, tale da rendere le procedure assistenziali uniformi e sicure.

In uno studio prognostico "Haematoma after coronary angiography and percutaneous coronary intervention via the femoral artery frequency and risk factors" (KIRSTEN ANDERSEN\*, MARIANNE BREGENDAHL, HELEN KAESTEL, METTE SKRIVER, JAN RAVKILDE, 2005) si evidenziava lo scopo di stabilire quanti pazienti sottoposti a coronarografia (CA) e angioplastica (PTCA) sviluppassero ematoma e quali fossero i fattori d'incre-

### REVISIONE BIBLIOGRAFICA



Ringraziamo il responsabile del Centro Studi EBN Dott. Paolo Chiari per l'autorizzazione alla pubblicazione

Tabella 1. "Location and time of haematoma development"

Catheterization laboratory	21 ptt (51%)
before removal of the sheath	6 ptt.
during compression	9 ptt
after compression, but before leaving Catherization Lab During transportation from	6 ptt.
Catheterization Lab til bed unit	2 ptt (5%)
In bed unit	18 ptt (44%)
in bed	9 ptt
after mobilisation	9 ptt
Total	41 ptt (100%)
Ptt = pazienti	

mento del rischio nella formazione dell'ematoma.

L'ematoma era definito come un accumulo di sangue superficiale con un diametro superiore >5 cm nella zona della puntura arteriosa.

Tutti i dati sono stati rilevati da studi statistici e solo alcuni di questi hanno subito un'analisi statistica.

I pazienti inclusi nello studio erano sottoposti a CA e PTCA in elezione o in condizione di sub-acuzia.

Le variabili considerate nello studio erano 33; tra queste erano presenti le caratteristiche della genesi dell'ematoma: sesso, pressione sistolica >160 mmHg, numero di puntura arteriosa >1, tempo di permanenza della guaina superiore 16 minuti, tempo di attivazione della coagulazione (TAC) >175 sec, somministrazione di inibitori della glicoproteine IIB/IIIA, di eparina a basso peso molecolare prima della procedura, trattamenti anticoagulanti prima della procedura e sostituzione del personale durante la compressione.

Nei pazienti con ematoma si era evidenziato una diminuzione della qualità di vita per un periodo di 1-2 mesi a causa dell'incapacità di camminare normalmente e della sensazione di formicolio nella gamba.

Durante le procedure invasive di CA e PTCA si è avuto l'incremento di formazione di ematomi a causa dell'utilizzo di glicoproteine II b/ III a, eparina a basso peso molecolare e la terapia antiaggregante.

Dalla raccolta dati si evidenziava che la metà degli ematomi riscontrati si verificava in emodinamica mentre il resto si sviluppava in reparto.

La tabella 1 riporta i diversi momenti e il tempo di formazione di ematoma.

Nello studio si evince che la formazione di ematoma è strettamente correlata a

fattori di rischio rilevanti come: pressione sistolica > a 160 mmHg, TAC >80 <200 sec e il numero di punture arteriose. In quest'ultimo gioca un ruolo fondamentale l'importanza dell'esperienza dell'operatore in relazione all'abilità e alla potenziale riduzione del tempo di permanenza della guaina nel sito di inserzione del catetere femorale.

La conoscenza dei fattori di rischio evidenzia l'importanza dell'osservazione di segni e sintomi e dell'assistenza del paziente nell'unità di terapia intensiva.

I fattori di rischio identificati per lo sviluppo dell'ematoma forniscono motivo:

- per cambiare procedure;
- osservare meglio i pazienti in emodinamica e nelle unità di cardiologia;
- minimizzare lo sviluppo dell'ematoma.

### Obiettivi

Ricercare nella letteratura scientifica le migliori evidenze in merito alla gestione della medicazione compressiva post-rimozione di un catetere in arteria femorale.

P patient	Pazienti sottoposti a coronarografia
I intervention	Dispositivo medicamentoso a base di collagene
C comparison	Medicazione compressiva di tipo manuale
O outcome	Emostasi efficace e assenza di ematoma

### Materiali e metodi

Strategia della ricerca.

La ricerca è stata effettuata attraverso internet, precisamente tramite il collegamento al sito del centro studi EBN del

policlinico S.Orsola Malpighi Bologna, [www.evidencebasednursing.it](http://www.evidencebasednursing.it), con accesso diretto alle seguenti banche dati:

- Medline per R.C.T.;
- Cochrane per le revisioni sistematiche e revisioni di R.C.T.

I limiti utilizzati nella ricerca sono pazienti adulti ( All Adults 19+ years ) e ( Humans ), documenti di lingua inglese ( English ) pubblicati tra il 2002 e 2005. È stata eseguita una iniziale ricerca utilizzando i seguenti termini Mesh:

- compression dressing;
- femoral artery;
- haemostasis;
- dressing;
- coronary;
- arteriography.

Abbiamo reperito molti articoli ma non pertinenti al nostro quesito. Per questo motivo sono state utilizzate le seguenti Keywords combinate:

- "compression dressing in the femoral artery";
- "dressing and hemostasis and coronary and arteriography".

I documenti non disponibili in formato full-text sono stati reperiti presso la Biblioteca centralizzata.

### Criteri di selezione

Sono stati presi in considerazione gli articoli che riguardavano principalmente il tipo di medicazione trattata.

### Risultati

Ribadiamo che la selezione degli articoli nelle varie banche dati, ossia la differenza tra il documento selezionato ed individuato, è stata effettuata in base alla pertinenza del quesito posto.

### Discussione

Valutazione critica degli RCT

**1- A randomised controlled trial comparing the use of manual versus mechanical compression to obtain haemostasis following coronary angiography** (un RCT confrontante l'uso della compressione manuale verso la meccanica per ottenere emostasi in seguito l'angiografia delle coronarie).

### Background

L'incanalamento arterioso femorale di tipo percutaneo con Seldinger era prefe-

Database	Parole chiave	Documenti Selezionati su individuati	Titolo
Cochrane Library DARE	Compression dressing in the femoral artery	1 su 1	Jones T. <b>The effectiveness of mechanical compression devices in attaining hemostasis after removal of a femoral sheath following femoral artery cannulation for cardiac interventional procedures (Structured abstract)</b> Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery 2000:1-71.
medline	dressing and hemostasis and coronary and arteriography	1 su 2	T. Jones and H. McCutcheon <b>A randomised controlled trial comparing the use of manual versus mechanical compression to obtain haemostasis following coronary angiography</b> Intensive Crit Care Nurs. 2003 Feb;19(1):11-20.
medline	Compression dressing in the femoral artery	3 su 10	Wilson JS, Johnson BL, Parker JL, Back MR, Bandyk DF. <b>Management of vascular complications following femoral artery catheterization with and without percutaneous arterial closure devices.</b> Ann Vasc Surg. 2002 Sep;16(5):597-600.
medline	Compression dressing in the femoral artery	3 su 10	Andersen K, Bregendahl M, Kaestel H, Skriver M, Ravkilde J. <b>Haematoma after coronary angiography and percutaneous coronary intervention via the femoral artery frequency and risk factors.</b> Eur J Cardiovasc Nurs. 2005 Jun;4(2):123-7.
medline	Compression dressing in the femoral artery	3 su 10	Yadav JS, Ziada KM, Almany S, Davis TP, Castaneda F. <b>Comparison of the QuickSeal Femoral Arterial Closure System with manual compression following diagnostic and interventional catheterization procedures.</b> Am J Cardiol. 2003 Jun 15;91(12):1463-6, A6.

rito per la facilità, semplicità e la non sutura dell'arteria.

Alla rimozione della guaina dall'arteria femorale si applicava una medicazione compressiva.

Lo scopo di questo studio era di confrontare l'uso di compressione manuale con un dispositivo di compressione meccanica, il *QuickKlamp*, per ottenere emostasi e per ridurre complicazioni all'inguine, come lividi, formazione di ematoma e sanguinamento del sito di puntura.

#### Metodo

Veniva randomizzato un campione di 100 pazienti, i cui criteri d'inclusione erano la programmazione della coronarografia in elezione, indice di massa corporea (BMI) < di 30 kg/m<sup>2</sup> ed procedura percutanea per via femorale. I ricercatori, dopo aver ricevuto il consenso scritto, selezionavano a caso una busta dalla scatola per assegnare il paziente ad uno o all'altro gruppo di studio.

Due protocolli di intervento standardizzati separati erano stati progettati per entrambe le tecniche di compressione.

#### Risultati

Non c'era prova di sanguinamento nell'uno o nell'altro gruppo di intervento dopo la procedura e prima della rimozione della guaina femorale e dopo la rimozione della guaina femorale.

Il tempo medio utilizzato per raggiungere l'emostasi dopo la compressione manuale era 15 minuti rispetto a 29 minuti nel gruppo di compressione di *QuickKlamp*TM.

Non c'era differenza statisticamente significativa nel punteggio soggettivo del dolore durante l'applicazione della compressione manuale o compressione di *QuickKlamp*TM.

C'era una differenza statisticamente significativa nella formazione di ematoma fra i due gruppi di intervento dopo rimozione della fasciatura compressiva, con molti ematomi rilevati dopo compressione manuale, e nel tempo di mobilizzazione, essendo questo più lungo dopo compressione meccanica con *QuickKlamp*TM.

A 5 giorni di distanza dalla procedura invasiva non si erano verificati eventi avversi nel sito di puntura nei due gruppi di intervento.

#### Conclusioni

Questo studio aveva fornito la prova che il dispositivo di compressione di *QuickKlamp*TM è un'alternativa sicura alla compressione manuale.

**2- Comparison of the QuickSeal Femoral Arterial Closure System With Manual Compression Following Diagnostic and Interventional Catheterization Procedures\*** (confronto del *Quickseal* sistema di chiusura in arteria

femorale con la compressione manuale successiva a procedure diagnostica e di intervento).

#### Background

La compressione manuale provoca disagio al paziente a causa della scomodità della medicazione e della prolungata immobilizzazione, e necessita di personale e attrezzature qualificate per supportare un risultato valido.

Il *Quickseal* è un dispositivo ideale di compressione meccanica perché efficace, sicuro, facile all'uso ed extravascolare. Lo scopo di questa indagine era valutare la sicurezza e l'efficacia del *Quickseal*, e confrontare il tempo di emostasi, il tempo di deambulazione e la percentuale delle maggiori complicazioni con la compressione manuale standard.

#### Metodo

I pazienti erano stati randomizzati gli uni con il *Quickseal* gli altri con la compressione manuale standard alla fine della procedura e prima della rimozione della guaina.

La randomizzazione era stata stratificata secondo il tipo di procedura di diagnosi o di intervento. I criteri di inclusione erano: i pazienti di età tra 18 e 80 anni che avevano dato il consenso scritto, la procedura percutanea diagnostica o di intervento per via femorale usando le guaine ≥ fr 8.

**Risultati**

Gli effetti del dispositivo *Quickseal* erano stati dimostrati da una significativa diminuzione nel tempo medio di emostasi, tempo di deambulazione e nel tempo di dimissione ospedaliera. Le maggiori complicazioni non erano frequenti e non significativamente differenti tra il dispositivo *Quickseal* e la compressione manuale. Il fallimento del dispositivo *Quickseal* accadeva in 8 pazienti (3,3%). In 5 pazienti la medicazione con *Quickseal* era stata sostituita con la compressione manuale senza nessuna ulteriore complicazione.

In 2 pazienti del gruppo dispositivo *Quickseal* si era verificato uno pseudoaneurisma.

Le complicazioni minori erano simili nel gruppo del *Quickseal* e nel gruppo della compressione manuale. Un paziente del gruppo *Quickseal* è morto

sei giorni dopo la procedura le cui cause di morte erano riconducibili a malattia coronarica. Dopo trenta giorni dalla procedura i pazienti eseguivano un controllo clinico per l'evidenza delle maggiori complicazioni connesse ai dispositivi o ad alcune complicanze vascolari.

**Conclusioni**

In conclusione il *Quickseal* è sicuro ed efficace nella riduzione del tempo di emostasi e deambulazione nelle procedure di diagnosi e di intervento.

*Valutazione critica della revisione sistematica*

**The effectiveness of mechanical compression devices in attaining hemostasis after removal of a femoral sheath following femoral artery cannulation for cardiac interventional procedures** (gli

effetti dei dispositivi di compressione meccanica per ottenere l'emostasi dopo la rimozione di un catetere femorale durante l'incanalamento dell'arteria femorale per procedure di intervento cardiaco).

Dei 53 articoli revisionati soltanto 12 studi erano stati considerati di qualità metodologica accettabile per l'inclusione nella revisione sistematica, essendo RCT o studi descrittivi di coorte. Un sommario dettagliato degli studi inclusi nella revisione sistematica comprendeva: il disegno di studio, il campione, lo studio degli interventi, lo studio dei risultati e la forza delle evidenze riportate usando una scala pubblicata su *Quality of Care e Health Outcomes Committee*.

Negli RCTs identificati erano stati usati diversi risultati misurabili nel tempo includendo: tempo per raggiungere l'emostasi, formazione di ematoma, l'e-

<p>Compressione Manuale vs Compressione Meccanica ClampEase</p>	<p><b>Sanguinamento:</b> non ci sono differenze di incidenza sul sanguinamento dopo la rimozione della guaina dall'arteria femorale usando la compressione manuale o meccanica verso il dispositivo di compressione ClampEase.  <b>Ecchimosi:</b> l'incidenza non era statisticamente significativa, nonostante nel gruppo di compressione manuale si evidenziava la diminuzione di ecchimosi.  <b>Massa pulsatile :</b> l'incidenza non era statisticamente significativa, nonostante nel gruppo di compressione meccanica ClampEase si evidenziava la diminuzione di formazione di massa pulsatile.  <b>Ematoma:</b> non erano state trovate differenze significative sull'incidenza della formazione dell'ematoma avvenute dopo la la compressione sia manuale che meccanica usando ClampEase.  <b>Pseudoaneurisma:</b> l'incidenza di formazione di pseudoaneurisma dopo la rimozione della guaina dall'arteria femorale non era statisticamente significativa tra l'uno e l'altro gruppo di studio.  <b>Fistola arterovenosa:</b> l'incidenza della formazione della fistola arterovenosa non era statisticamente significativa nell'uno e nell'altro gruppo di intervento.</p>
<p>Compressione Manuale vs Compressione Meccanica FemoStop</p>	<p><b>Sanguinamento:</b> non ci sono differenze statisticamente significative nell'incidenza del sanguinamento in entrambi i gruppi.  <b>Ematoma:</b> non c'era differenza statisticamente significativa nell'incidenza della formazione dell'ematoma tra i due gruppi.  <b>Pseudoaneurisma:</b> una differenza statisticamente significativa nell'incidenza della formazione di pseudoaneurisma era evidente tra i due gruppi (19% nella compressione manuale vs il 2% della compressione Femostop), ma bisogna tener conto che i dati erano stati raccolti retrospettivamente in periodo di tempo ignoto.  <b>Fistola arterovenosa:</b> non c'erano significative differenze sull'incidenza della formazione della fistola artero-venosa.</p>
<p>Compressione Manuale vs Compressione Meccanica Compressar</p>	<p><b>Sanguinamento:</b> non si verificava l'incidenza del sanguinamento in entrambi i gruppi.  <b>Ematoma:</b> non erano state dimostrate differenze statisticamente significative nell'incidenza della formazione dell'ematoma, ma tendenzialmente era favorito il dispositivo Compressar.  <b>Livello di comfort:</b> non vi erano significative differenze ad un intervallo di 15 minuti, mentre a 30 minuti era dimostrata la differenza statisticamente significativa, poiché nel gruppo Compressar il livello di comfort era maggiore.  <b>Tempo di effetto dell'emostasi:</b> i due gruppi di studio sono differenti significativamente per il tempo di compressione che risultava essere nella compressione manuale in media 14.93 minuti vs i 17.13 minuti del gruppo della compressione meccanica.</p>
<p>Compressione Manuale/meccanica vs compressione meccanica (ClampEase o Compressar)</p>	<p><b>Sanguinamento:</b> non c'era differenza nell'incidenza di sanguinamento nell'uno e nell'altro gruppo di studio ma la misura del campione era di dimensioni piccole (sedici pazienti in ogni gruppo di studio).  <b>Formazione di ematoma:</b> non vi erano significative differenze trovate tra i due gruppi di intervento in questo studio. Non è chiaro se la formazione di ematoma o i sanguinamenti riportati nel gruppo di intervento manuale/meccanica succedevano nei pazienti sottoposti a PTCA che ricevevano solamente la compressione manuale o pazienti sottoposti ad angioplastica con rotablator che ricevevano in combinazione con la compressione manuale e la compressione meccanica.</p>

morragia, la formazione della fistola arterovenosa, lo pseudoaneurisma, l'ecchimosi e la comodità e/o disagio del paziente in questi studi di intervento.

### I. Compressione manuale VS compressione meccanica

#### Sanguinamento:

non c'era differenza significativa nell'incidenza di emorragia dal sito di puntura dopo la rimozione della guaina femorale usando altri dispositivi di compressione meccanica o la compressione manuale per raggiungere l'emostasi.

#### Formazione di ematoma:

vi era significatività statistica verso la compressione meccanica, poiché nel gruppo della compressione manuale non erano stati registrati i dati relativi alla formazione di ematoma.

### II. La compressione meccanica verso altre tecniche di compressione meccanica (FemoStop and ClampEase)

#### Sanguinamento:

sebbene non c'erano significative differenze statistiche nell'incidenza dei

sanguinamenti nei due gruppi, si evidenziavano tendenzialmente più sanguinamenti nel gruppo del *FemoStop*. Una analisi ulteriore rivelava che le caratteristiche di quei pazienti che risanguinavano dopo una iniziale emostasi differivano soltanto nella pressione sistolica prima della rimozione della guaina.

#### Formazione di ematoma:

questo studio non dimostrava differenze statisticamente significative nell'incidenza della formazione dell'ematoma nell'uno o nell'altro gruppo.

#### Livello di comfort:

non c'erano significative differenze statistiche nel grado di comfort provato dai pazienti nel gruppo di compressione meccanica. Sebbene lo studio non valutava il comfort specificatamente espresso del paziente, entrambi i dispositivi erano "ben tollerati".

#### Aneurisma:

due episodi di falso aneurisma si registrarono nel gruppo della compressione meccanica con *ClampEase* (0.5%) confrontata con i nove del gruppo di compressione *FemoStop*. Questo risultato non è statisticamente significativo.

#### Il tempo efficace per l'emostasi:

vi è una significativa differenza statistica nel tempo impiegato per l'emostasi

(misurata in minuti) tra i due gruppi di trattamento. Si è visto che il dispositivo di compressione meccanica *FemoStop* impiegava un tempo significativamente più lungo per ottenere l'emostasi nei confronti del dispositivo di compressione meccanica *Compressar*.

### III. La compressione meccanica contro altre tecniche di compressione meccanica

Questo studio era stato diviso in 2 fasi. Durante la prima fase i pazienti erano randomizzati per tre tecniche di compressione utilizzate per ottenere una iniziale emostasi (compressione manuale, dispositivo di compressione *ClampEase* o dispositivo *FemoStop*).

Nella seconda fase erano stati comparati quattro differenti metodi per mantenere l'emostasi dopo aver ottenuto l'iniziale emostasi.

**N.B.** Sebbene il dispositivo *Sandbag* fosse facile da applicare, ostacolava con il suo volume la mobilità della gamba. Questa tecnica di compressione aveva solo bisogno di una pressione diffusa e minima direttamente sopra la sede della puntura femorale. La tecnica di *pressure dressing* era più efficace nell'esercitare la pressione diretta sopra la sede

Dispositivo di compressione HOLD vs Compressione con Sandbag

**Risanguinamento:** non c'erano significative differenze statistiche circa l'incidenza di risanguinamento che si verificava nella seconda fase dello studio comparando i dispositivi di compressione HOLD e Sandbag pressure per mantenere l'emostasi.

**Formazione di ematoma:** dopo ventiquattro ore non si evidenziavano differenze nell'incidenza nella formazione dell'ematoma tra dispositivo di compressione HOLD e Sandbag pressure nel mantenere l'emostasi.

**Ecchimosi :** era molto probabile che accadesse dopo l'utilizzo del dispositivo di compressione HOLD invece che con il Sandbag pressure .

**Pazienti con disagio:** il disagio del paziente era misurato utilizzando la scala di descrizione verbale (VDS) con punteggio da uno a dieci ,indicando al dieci il valore di "maggior disagio". Il disagio era misurato in 3 fasi: durante la compressione; dopo la compressione e prima di deambulare; e dopo la compressione e dopo la deambulazione. Non c'erano differenze nel grado di disagio nei pazienti durante la compressione per mantenere l'emostasi dopo la compressione e prima della deambulazione, dopo la compressione e dopo la deambulazione con il dispositivo di compressione HOLD o il Sandbag pressure. Tutti i pazienti erano stati incoraggiati a deambulare. Il numero totale dei pazienti in questi studi 80% (n=287) era abile a deambulare dopo la rimozione della guaina. Ai pazienti era chiesto di descrivere i loro livelli di attività nelle 24 ore dopo la procedura cardiaca.I pazienti descrivono il livello di attività di grado moderato nel 72%, medio (normale attività giornaliera)nel 25% e difficile nel 3% dei casi.

**Il tempo per l'effetto dell'emostasi:** non c'erano differenze nel tempo impiegato per raggiungere l'effetto dell'emostasi (misurata in minuti) in questi gruppi d'intervento.

Dispositivo di compressione HOLD vs Pressure Dressing

**Risanguinamento:** non c'erano differenze nell'incidenza del risanguinamento dopo l'iniziale emostasi utilizzando il dispositivo HOLD o Pressure Dressing.

**Formazione di ematoma:** l'esame obiettivo del sito di puntura femorale dopo ventiquattro ore dall' intervento cardiaco dimostrava che non c'erano differenze nell'incidenza della formazione dell'ematoma.

**Tempo efficace per l'emostasi:** è stata dimostrata la mancanza di differenze nella media del tempo dell'emostasi tra il dispositivo di compressione HOLD confrontato con la tecnica pressure dressing.

**Paziente con disagio:** il disagio del paziente, valutato utilizzando la scala descrittiva verbale ,non dimostrava differenze nei livelli medi di disagio tra i due gruppi di intervento durante la compressione, dopo la compressione e prima o durante la deambulazione. he ricevevano solamente la compressione manuale o pazienti sottoposti ad angioplastica con rotablotor che ricevevano in combinazione la compressione manuale e la compressione meccanica.

della puntura ed era più stabile nella posizione, ma agiva nel tempo, ostacolando la diretta ispezione della sede della puntura e causando irritazione della cute per il bendaggio adesivo elastico utilizzato come medicazione del sito. Il dispositivo di compressione HOLD era più costoso, e la cinta d'appoggio usata per tenere il dispositivo in posizione era facilmente esposta alle macchie.

#### IV. La compressione meccanica (Hold Compression Device, the Pressure Dressing Technique and Sandbag Pressure) VS la non compressione

Questi studi dimostravano che non c'era differenza d'incidenza di risanguinamento e di formazione d'ematoma (dopo iniziale emostasi) tra dispositivo di compressione HOLD comparato con la non compressione.

Non si sono dimostrate differenze di tempo intrapreso nell'ottenere l'emostasi o il livello di comfort durante la compressione, dopo la compressione e prima della deambulazione, e dopo la compressione e durante la deambulazione.

Quando questi risultati sono comparati con i risultati degli altri due gruppi di compressione (Sandbag pressure e la pressure dressing technique) i risultati dimostravano che nessuna tecnica di compressione poteva essere dichiarata statisticamente superiore in termini di risultati clinici o disagio del paziente quando comparata con la non compressione e altro.

L'obiettivo di questa revisione sistematica era identificare gli interventi efficaci usati per raggiungere l'emostasi dopo la rimozione della guaina dall'arteria femorale. Questa revisione sistematica ha evidenziato la mancanza di ricerca di qualità in questa area.

I ricercatori non sono riusciti spesso a fornire una descrizione ragionevole del disegno di ricerca, rendendo difficile la valutazione critica della qualità di ricerca. Alcuni studi non sono riusciti ad usare i metodi rigorosi di ricerca o a fornire una descrizione completa dello studio di intervento o del processo di studio usato per valutare i risultati clinici, rendendo la riproduzione della ricerca impossibile e l'applicazione dei risultati nella pratica clinica difficile.

Tenendo conto dei risultati della revisione sistematica è possibile asserire l'ipotesi nulla, ossia non ci sono differenze nell'efficacia dei dispositivi meccanici di com-

pressione atti a raggiungere l'emostasi dopo la rimozione della guaina dall'arteria femorale rispetto alla compressione manuale, o tutte le altre tecniche di compressione.

Non è tuttavia possibile stabilire delle raccomandazioni su quale particolare dispositivo di compressione meccanica sia più efficace di un altro dispositivo meccanico, o addirittura un'altra tecnica di compressione.

Questa revisione sistematica può tuttavia evidenziare le tecniche particolari di compressione che possono aiutare la pratica di intervento nella cardiologia per prendere informandosi le decisioni circa le tecniche particolari usate per raggiungere l'emostasi dopo la rimozione della guaina dall'arteria femorale.

#### Citazione caso controllo

Dallo studio caso-controllo "Management of vascular complications following emoral artery catheterization with and without percutaneous arterial closure devices" (WILSON JS, JOHNSON BL, PARKER JL, BACK MR, BANDYK DF, 2002) si scopre che il sistema di chiusura percutaneo permette l'anticipata mobilizzazione e dimissione dei pazienti dopo l'esame angiografico, rispetto alla compressione manuale nella sede della puntura. I pazienti, trascorso un periodo di diciotto mesi, presentavano dopo la puntura dell'arteria femorale complicazioni dopo l'uso della compressione manuale (n 21) e del dispositivo di chiusura percutaneo (n 10). Le complicazioni dei dispositivi arteriosi percutanei sono rare, ma le conseguenze di queste possono essere devastanti e pericolose per la vita stessa del paziente. Le complicazioni infettive in particolare sembrano essere più severe e sono associate con una degenza in ospedale più lunga.

#### Conclusioni

Possiamo affermare che le compressioni di tipo meccaniche di ultima generazione, come il Quickseal e il QuickKlamp TM, sono un'alternativa sicura ed efficace alla compressione manuale, alla riduzione del tempo di emostasi e deambulazione, nelle procedure di diagnosi e d'intervento.

#### Bibliografia

1. ANDERSEN K, BREGENDAHL M, KAESTEL H, SKRIVER M, RAVKILDE J. *Haematoma after coronary angiography and percutaneous coronary intervention via the femoral artery frequency and risk factors*. Eur J Cardiovasc Nurs. 2005 Jun;4(2):123-7.
2. JONES T. *The effectiveness of mechanical compression devices in attaining hemostasis after removal of a femoral sheath following femoral artery cannulation for cardiac interventional procedures* (Structured abstract) Database of Abstracts of Reviews of Effects 2005 Issue 4 Copyright © 2005 University of York. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
3. JONES T. AND MCCUTCHEON H. *A randomised controlled trial comparing the use of manual versus mechanical compression to obtain haemostasis following coronary angiography*. Intensive Crit Care Nurs. 2003 Feb;19(1):11-20.
4. KORENY M, RIEDMULLER E, NIKFARDJAM M, SIOSTRZONEK P, MULLNER M *Arterial puncture closing devices compared with standard manual compression after cardiac catheterization: systematic review and meta-analysis*. JAMA. 2004 Jan 21;291(3):350-7.
5. WILSON JS, JOHNSON BL, PARKER JL, BACK MR, BANDYK DF. *Management of vascular complications following femoral artery catheterization with and without percutaneous arterial closure devices*. Ann Vasc Surg. 2002 Sep;16(5):597-600.
6. YADAV JS, ZIADA KM, ALMANY S, DAVIS TP, CASTANEDA F. *Comparison of the QuickSeal Femoral Arterial Closure System with manual compression following diagnostic and interventional catheterization procedures*. Am J Cardiol. 2003 Jun 15;91(12):1463-6, A6.



## 16 novembre 2006 25 Anni Aniarti - CELEBRAZIONE



**S**olo poche riflessioni che ci consentano di fare festa con una migliore consapevolezza e perciò forse, essere ancora più contenti.

L'esigenza che ha fatto nascere l'Aniarti 25 anni fa, è stata la necessità di una crescita professionale e culturale degli infermieri, quando i mezzi a nostra disposizione e l'esperienza organizzativa erano quasi inesistenti.

L'associazione è rapidamente cresciuta ed il consenso incontrato e condiviso sulle cose da fare è stato importante.

Oggi ci troviamo a rivedere le idee nuove che abbiamo elaborato, le iniziative realizzate, i cambiamenti favoriti nel modo di pensare e lavorare degli infermieri e nel modo di attuare il servizio per la salute nel nostro paese.

Fin dall'inizio abbiamo voluto inserire gli elementi del paradigma infermieristico nel contesto generale del sistema per la salute, ed abbiamo così inventato il concetto di *area critica*, con uno studio approfondito e condiviso tra molti colleghi di tutto il paese. Questo ha indotto l'esigenza improrogabile di una forte integrazione tra professionisti e fra strutture per una efficace assistenza al malato in situazione critica.

Oggi grazie all'Aniarti, di *area critica* si parla anche in Europa.

Abbiamo studiato e diffuso il *primo programma formativo per infermieri specializzati*

fondato sul concetto di assistenza in area critica e non sulla falsariga delle specializzazioni mediche o delle suddivisioni organizzative delle strutture. Questo ha dato agli infermieri identità specifica e garantito ai malati un'assistenza più attenta a tutti i loro bisogni. Per sottolineare la necessità della formazione specialistica per gli infermieri di area critica e non solo, abbiamo organizzato a Roma nel 1992, *la prima manifestazione pubblica nazionale in assoluto degli infermieri italiani*. Oggi abbiamo i master universitari in area critica, che dobbiamo certo impegnarci a riorientare in un'ottica maggiormente infermieristica.

Abbiamo organizzato centinaia di incontri ed eventi formativi a diversi livelli di approfondimento e sui problemi più svariati in tutte le regioni italiane. Abbiamo fondato una rivista dedicata, *Scenario*, per diffondere conoscenza ed esperienze.

Abbiamo un sito [www.aniarti.it](http://www.aniarti.it), che diventa sempre più uno strumento di contatto bidirezionale con il mondo. Abbiamo partecipato a fondare l'EFCCNa, la federazione europea fra le associazioni di infermieri di area critica, che rappresenta un aggancio diretto con

i nostri colleghi d'Europa. Nel 2008 organizzeremo in Italia il 3° congresso europeo e faremo in modo che possa essere per tutti noi un'opportunità decisamente unica di incontro, confronto, arricchimento.

Abbiamo soprattutto, *costruito una rete di collegamento tra professionisti attenti ed un punto di riferimento per una genuina interpretazione dell'assistenza infermieristica alle persone del nostro paese, al di sopra degli interessi spiccioli di categoria.*

Vogliamo celebrare quindi:

1. *l'evidenza dei risultati di una fiducia che si è materializzata in novità ed identità degli infermieri italiani di area critica;*
2. *la speranza che questa convinzione continui ad aggregare infermieri per costruire una cultura che accolga le esigenze delle persone;*
3. *la consapevolezza del ruolo speciale di responsabilità civile giocato da un'associazione come l'Aniarti nel costruire una comunità, che anche grazie alle competenze che sviluppa è matura, giusta, solidale e, per questo, può considerarsi avanzata.*



- *Vogliamo celebrare e riconoscere la forza che ci ha sorretto in questi 25 anni.*
- *Vogliamo celebrare, riconoscere e ricordare l'impegno e la passione delle centinaia di infermieri che hanno dedicato il loro tempo e le loro intelligenze a vario titolo nell'Aniarti, come delegati regionali o rappresentanti nazionali, i relatori ed i docenti e collaboratori nelle centinaia di eventi formativi che abbiamo tenuto in Italia, i nostri colleghi che hanno lavorato per consentire a noi di continuare questa attività.*
- *Vogliamo ringraziare tutti coloro che dall'esterno ci hanno sostenuto: i collaboratori tecnici, le aziende che hanno consentito a molti di incontrarci.*
- *Vogliamo riconoscere, infine, ma solo per continuare a ricordarcelo meglio, i malati che abbiamo assistito, quelli che ce l'hanno fatta e quelli che non siamo riusciti ad aiutare, e le loro famiglie. Dal rapporto con loro, dalla condivisione delle loro esperienze abbiamo tratto ed imparato una parte peculiare della nostra professionalità ed a volte della nostra ricchezza personale.*



E vogliamo concludere sottolineando l'urgenza di ridare vigore al nostro modo di essere infermieri, superando quella sorta di generalizzata scontentezza, rassegnazione e disinteresse, che sembra pervadere tutta la società italiana in modo trasversale.

Dobbiamo tirare fuori la forza di saper apprezzare tutto quello che abbiamo a disposizione, conoscenza, cultura, benessere, risorse, opportunità, a differenza di molte altre persone e di molti altri infermieri nel mondo. Non possiamo, non dobbiamo, dimenticare la responsabilità di questa dimensione del nostro vivere oggi di persone e di professionisti.

La vita dell'Aniarti di questi anni dimostra che la collaborazione, l'unione delle forze, molto più della competizione, consente di raggiungere risultati che altrimenti rimarrebbero sogni.

*Facciamo in modo di continuare a realizzare i nostri sogni insieme!*

Elio Drigo



**L**e finalità del Concorso Aniarti sono di valorizzare la produzione letteraria degli infermieri su tematiche inerenti l'Area Critica. L'Aniarti ritiene importante riuscire a documentare e comunicare l'esperienza di vita vissuta degli infermieri. In futuro ci proponiamo di fare una pubblicazione dei lavori; abbiamo preso contatti con un editore per la realizzazione di questo progetto.

L'obiettivo finale è quello di riuscire a comunicare all'esterno della professione la portata delle esperienze, le idee e le maturazioni che gli infermieri fanno rispetto alla situazione dei malati e dei loro familiari, alla situazione degli operatori e del sistema sanitario.

La convinzione di noi infermieri, confermata dall'evidenza quotidiana, è che ci sia a livello generale una grave lacuna di conoscenza di che cosa avvenga, di quali siano le reali dimensioni e quali siano le conseguenze delle malattie e dei processi realizzati per il recupero della salute.

Vediamo anche che le conseguenze di questa mancata informazione sono una mancata considerazione di quello che le persone vivono nelle strutture sanitarie, e questo conduce a scelte anche stravolte rispetto alle necessità reali delle persone, malati, loro familiari o operatori che siano, e scelte anche stravolte rispetto alle esigenze di razionalità ed organizzazione dei servizi.

La mancata conoscenza insomma, non consente a tutti di responsabilizzarsi, ciascuno per la propria parte, rispetto ad un problema importante qual'è quello della salute.

Si potrà pensare che miriamo troppo in alto con uno strumento troppo modesto.

Certo, non pretendiamo di cambiare il mondo con un concorso, ma anche questo concorso sarà il nostro contributo a quel disegno. Altri speriamo facciano la loro parte con altre idee ed altri strumenti.

## "L'INFERMIERE E L'AREA CRITICA"

L'importante è lavorare su obiettivi che riteniamo strategici anche per la professione infermieristica.

Questa prima esperienza è stata importante ed ha suscitato notevole interesse: 20 colleghi o gruppi hanno prodotto i loro elaborati.

Alcuni sono risultati di pregio, altri naturalmente, meno, ma il fatto che alla prima esperienza ci siano stati 20 partecipanti riteniamo sia un successo ragguardevole e ci porta a dire che certamente continueremo l'esperienza nei prossimi anni. Quindi siete tutti invitati fin da ora a pensarci e a partecipare.

Era ammessa la composizione di qualsiasi lavoro con caratteristiche letterarie in forma scritta, purché non superasse le 3000 parole.

Il premio è vincolato alla partecipazione ad iniziative formative (formazione complementare, stage, eventi formativi facoltativi) in Italia o all'estero nel campo dell'assistenza infermieristica.

### **I due vincitori sono stati:**

#### **1° classificato**

Matteo Cosci

**Tutto quello che avreste voluto sapere dell'infermieristica in area critica e non avete mai osato chiedere...**

#### *Le motivazioni:*

Come già il titolo lascia intendere, questo brano coniuga competenza, capacità critica delle situazioni, scene di vita familiare ed in strutture sanitarie.

Con una forma tipicamente toscana di ironia ed allegria, con una serie di flash, anche slegati fra loro, riesce a comunicare una visione a 360° dell'esperienza di un infermiere di area critica alle prese con le difficoltà del

lavoro quotidiano, le proprie aspirazioni ideali, i drammi delle persone, le lentezze delle istituzioni, e riesce a far intravedere le soluzioni che sarebbero evidenti ai problemi e che però per una serie di motivi non si riescono a prendere.

Una visione dulcamara dell'infermiere di area critica, che però contribuisce a leggere un mondo ancora troppo chiuso.

#### **2° classificato**

(verrà pubblicato sul n. 1/2007 di Scenario):

Mario De Vivo, Francesco Paolo Riti, Antonio Scelzo

### **Il mio magico natale...**

#### *Le motivazioni:*

Il lavoro presenta, con una forma corretta e piacevole, l'esperienza di un ragazzo malato con sindrome di Guillain Barré ricoverato in una terapia intensiva svizzera e trasferito poi in una struttura dell'Italia meridionale. Sfruttando anche la tipica caratterizzazione della diversità sociologica tra Italia meridionale e Svizzera, il brano riesce a trasmettere le peculiarità del lavoro infermieristico, alcuni aspetti dell'attività che evidenziano la professionalità e la qualità organizzativa e di vita che gli infermieri riescono a determinare anche in contesti ad elevata complessità assistenziale.

**Complimenti dall'Aniarti ai vincitori, ma anche a tutti coloro che hanno partecipato!**

# Tutto quello che avreste voluto sapere dell'infermieristica in area critica e non avete mai osato chiedere...

di Matteo Cosci



Foto: ritira il premio per conto di Matteo Cosci, Giovanni Becattini

**S**ono un infermiere giovane che lavora da pochi anni in un noto pronto soccorso di Firenze (ai congressi potrei definirmi un generalista). Come sono arrivato qui?

Se avete pazienza cercherò di darvi qualche motivo plausibile altrimenti contattate i miei coordinatori e speditemi altrove.

Perdonate l'italiano, gli ultimi terribili temi di letteratura risalgono a ca 10 aa fa, sotto l'egida di una professoressa a dir poco muscolare. Gli spunti che riporto non seguono una scansione temporale precisa ma sono frutto di ricordi che sono evocati da stati emotivi contingenti.

## Postmessa

Come gli anziani che stiamo o si stanno spogliando in stanza visita che alla fatale domanda: **come mai è venuto/a in pronto soccorso?**

Rispondono: – **Vede, giovanotto, nel 1915 ebbi lo scorbuto...** Era doveroso indicare le motivazioni intrinseche ed il background culturale-universitario dal quale provengo.

## Radici

Dichiariamolo subito: non ho mai pensato di fare il medico! Non rientrava neanche nell'elenco infantile dei mestieri, tra cui si annoveravano il benzinaio, l'astronauta, l'imbianchino ma soprattutto il pompiere. Lunghi inverni passati a casa coi nonni a causa della bronchite asmatica bruciarono qualsiasi velleità di spengere incendi e salvare gatti e infanti. L'idea

di essere infermiere risale alla seconda adolescenza (nella prima pensavo come molti altri miei coetanei ad altro) quando frequentavo la Misericordia paesana e mi dilettao ad accompagnare anziani all'ospedale. La passione aumentò con i corsi di primo soccorso e col salire sull'ambulanza per le emergenze. Allora pensai che era bello lasciare questa attività al volontariato disinteressato (che fava!) e decisi di "non approfondire" le altre materie che seguivo al liceo scientifico. (N.B. I corsi di orientamento pre-universitario che mi furono presentati a quei tempi, mai annoverarono il diploma di infermiere).

In quegli anni dominavano la scena pubblica lo sgrammaticato Di Pietro e il filone dei legal thriller americani: io non ne rimasi immune. Durante la sofferta vacanza post-maturità, consumata in un campeggio di Riccione, scelsi tramite i miei due neuroni malsani, di iscrivermi a giurisprudenza. Superai il numero minimo di esami sufficienti a non partire per il militare, fortunatamente, fui riformato in seguito a visite e rinvii grazie ad un ginocchio malconcio. Intanto digerivo le mie frustrazioni scolastiche con l'entusiasmo della sirena dell'ambulanza (sindrome del volontario, definita dal mitico Bambi come  **Sesso, sangue & sirene**) mentre i dubbi sulla mia valenza avvocatizia aumentavano. L'incontro fortuito con Lorenzo e Cristina, due compagni di scuola persi nel tempo che stavano frequentando il primo anno del diploma in scienze infermieristiche a Firenze, fu decisivo. Mentre loro stavano mollando a causa della sfortuna e delle asperità del selettivo primo anno di corsi,

io fomentavo il cambio di facoltà grazie agli estenuanti interrogatori a cui li sottoponevo. Parlai con i miei genitori facendoli partecipi dei miei dubbi: il mio babbo articolò un frase efficace: **hai un anno per studiare per bene, se no ti mando in fabbrica.**

### Primo episodio di razzismo

Una mattina di marzo andai in segreteria studenti a scancellarmi da legge; la segretaria nel momento cruciale della pratica mi chiese cosa volessi fare nel futuro, una volta ottenuta risposta, disse con acredine e disprezzo: **le ricordo dell'obbligo del numero chiuso per accedere a codesta facoltà minore; se non riesce ad accedere, le rimane in mano un pugno di mosche.**

Studiavi come un matto e arrivavi primo alla selezione. A posteriori, mi permetto di dirle: vaffanculo!

### La cesura

Me ne andai a casa con livore; svoltando all'angolo di piazza Indipendenza urtai contro il muro col braccio e spezzai in due il quadrante del mio orologio preferito, un segno indiscutibile.

### Le reazioni dei parenti

Io vivo in Mugello, la parte nobile della famiglia che vive a Firenze forse il naso, una volta appresa la notizia. La mia povera nonna non si dette mai pace di aver perso un celebre avvocato. Talvolta, rimanevo a "non dormire" da lei. Una notte verso le 2, mi fece partecipe dei suoi dubbi:

**Ciccio, ma dopo avere fatto l'infermiere tu continui a studiare e fare il medico, non tu ti fermerai mica? – No nonna, stai tranquilla, proseguo.** È morta con questa sicurezza.

I miei mi hanno sempre seguito e dato fiducia, ininterrottamente.

### Il collegio di Villa Pepi

Per fortuna non dovevo inamidare la cuffietta! Respirai tutto l'ambiente decadente dell'ex scuola convitto: l'aula del primo piano a rischio crollo che poteva accogliere max 30 studenti, la disciplina assurda con appelli

tipo gestapo, la selezione in base all'avere una faccia rassicurante per gli ex monitori (adesso chiamati tutor), i supporti didattici di ultima generazione (flaconi di flebo scaduti color verde e il manichino transessuale cui potevamo sostituire a piacere il pene o la vagina), i medici che di malavoglia condensavano i programmi e venivano a lezione dai bambini handicappati.

Questo giudizio severo non mi impedisce ancora di volere bene a quel rudere e di andare a trovare i vecchi professori.

### Il primo giorno

È indelebile ancora il ricordo dell'insegnante dal cipiglio tipico dell'agente penitenziario americano che con tono perentorio dette le istruzioni per frequentare l'ospedale: rimozione di tutti i monili e cosmetici, dei piercing dal muso, aspetto pulito e curato, pettinatura ad hoc, acquisto di calzature idonee e delle mitiche forbici. In quella occasione pensai di aver riposto in quell'immaginario cestello metallico parecchi effetti e affetti personali ma me li sono ripresi quasi tutti col tempo.

### I compagni di scuola

Sono passato dalla crema di Firenze alla legione straniera: la suora indiana, il vigile quarantenne, il dj del valdarno, la gnoma, la pompiera... Ancora adesso mi interrogo sul quiz come mai siamo il rifugium peccatorum?

Ecco un piccolo ricettacolo di luoghi comuni:

1. si dice che si trova lavoro subito
2. è un percorso facile
3. meglio di nulla...

### Lo studio matto e disperato

Lo spauracchio: la bocciatura al primo anno se non completavi tutti gli esami. Di inverno permanevo ore alla scrivania con grave rischio geloni: acquistai ciabatte integrali di lana tipo RSA; d'estate studiavo in giardino con tavolo di plastica mobile orientabile al variare del sole. Mio nonno che non era abituato a vedermi così impegnato, una volta mi regalò 50

mila lire consigliando di uscire ed in specifico di andare a donne.

### I tirocini

Mai frequentato l'ospedale per periodi superiori ai venti minuti. Le uniche sfocate immagini che conservo sono quelle di infermieri come presenze gentili ai capezzali dei miei tre zii morenti. Non sapevo nulla né ero preparato a quello che poi affrontai. Penso che sono stato fortunato a trovare, nell'eterogenea community infermieristica, persone significative per la mia formazione. L'assenza all'interno delle unità operative, di colleghi designati a formare gli allievi rappresenta una lacuna grave per l'università fiorentina. L'odore e le sofferenze della prima persona con ulcera sacrale 4° stadio **npuap** infestata da anaerobi penso saranno indelebili.

### La busta chiusa

Dopo un sudatissimo concorso, ho il colloquio con la dirigente infermieristica che mi propone due opzioni: Rianimazione o Pronto Soccorso. Mai stato in un PS, tranne che per infortuni più o meno stupidi. Da buon incosciente scelgo la seconda busta: mi son detto, per lo meno qualcuno sarà sveglio e potrà godere della mia compagnia. Sono tre anni che lavoro in DEA e vi assicuro, non mancano persone disposte a parlare, discutere, urlare, minacciare.

### Sputare tutti i denti di latte

Voi dell'università non sapete fare nulla! Tutta teoria, noi almeno si faceva tanto tirocinio...

Non avrebbero dovuto mai farvi entrare in pronto soccorso da neo assunti...

Ne volete udire ancora? Sono tutti ritornelli di canzoni che ogni tanto alcuni miei colleghi maturi mi ripetono. Tutte le volte in cui sono in difficoltà i soliti mi guardano gongolanti e scuotono la testa, mi sembra di sentirli ripetere:

**Te l'avevo detto, non sei bono a nulla!**

Perché mi devo sentire in colpa se mi sono formato all'università e non alla scuola regionale?

Comunque continui con la rabbia addosso e superi gli ostacoli quasi volessi mangiarteli. Non hai tempo di seguire una formazione programmata, i ritmi di lavoro sono troppo alti, cerchi di carpire esperienza ogni volta che puoi e ti attacchi agli infermieri che scommettono su di te e ti considerano un po' come un investimento per il futuro (prima o poi si stuferanno e attendendoti all'uscita ti passeranno sopra con ambulanza aziendale).

### Le emergenze

Se Gianburrasca sosteneva che i problemi arrivano in coppia come le ciliegie, qui giungono grappoli di malati gravi e non capisci se sei tu inadeguato e impreparato oppure qualcosa non funziona nel sistema delle emergenze. Lo sappiamo il 118 rappresenta qualcosa di miracoloso:

1. il dispatch telefonico rappresenta un mezzo efficace ma imperfetto visto che registra chiamate di privati spesso impauriti o nel panico più totale,
2. le ambulanze marciano con i volontari.

Allora come descrivere il nostro stato d'animo, la nostra tensione? Io mi sento come quei bambini viziati che a Natale aprono famelici i regali senza controllare le etichette: ogni tanto si pescano le calze di lana della nonna. Il lavoro di squadra

I numeri di organico elevato e la rotazione perpetua dei dottori creano dei gruppi davvero vari e fantasiosi. L'assenza di regole codificate e di condivisione talvolta ti permette di lavorare fraternamente, in altre occasioni ti fa sentire come il più rattoppato e scalzo degli ignudi.

### Il Triage

Che laboratorio, finalmente una palestra in cui allenarti con regole precise. Visto l'ottimo corso di formazione operato nel nostro gruppo infermieristico, rappresenta un punto di condizione forte in cui si sviluppa una forma mentis autonoma e condivisa. Al di là di questo orgoglio fallaciano (neoaggettivo), un turno intero passato sulla seggiola calda del triage ti fa vivere intensamente come James

Dean. Talvolta rischi anche di esistere brevemente: **Ti aspetto fuori! Che razza di codice hai dato al mio parente? Sei un incompetente, fammi parlare con un medico! Io ti stronco...**

Ultimamente sono stato assalito da un gruppo di parrochiani che mi addebitavano il fatto di avere sottostimato le necessità del loro parroco che veniva per un caso già risolto di stipsi (sapete come).

La sofferenza maggiore deriva dal fatto che sei esposto ai quattro venti:

1. l'accesso continuo di ambulanze e malati a piedi
2. il telefono del 118 e quello esterno che squillano di continuo
3. il campanello della sala d'attesa che ruggisce di orde di parenti assetati di notizie
4. le chiamate scontente dei colleghi delle stanze e dei medici: **Ma che razza di catrame mi hai mandato! Non ho posto! Li guardiamo tutti noi! Voglio visitare il parente del mio tris cugino, perché mi hai inviato questo? Sei troppo lento, manda mandaaa...**

### Scrupolo

Vi sembra di essere quel sindacalista che ascolta le solite lamentele rivendicate per anni? Se è così allora lasciate fare o meglio strappate tutto...

### I rapporti con le altre professioni

Passiamo alle prime considerazioni, quelle sui cugini più giovani. Ci devono stare gli OTA, OSS, SUPEROSS in pronto soccorso? Certo, sono importantissimi nel gestire la logistica e l'assistenza di base ai malati. Tuttora rappresentano una figura in formazione, ancora acerba, di cui ancora non è tanto chiara l'identità. Comunque anche noi abbiamo grossi dubbi essenziali, per ora mi accontento del montaliano questo possiamo dirvi, ciò che non siamo e ciò che non vogliamo essere.

Passiamo agli zioni più titolati, i medici. L'organizzazione del lavoro ci porta a vivere a stretto contatto con loro. Ogni tanto pensi che la tua voce sia più udibile del ronzio della mosca altre volte ricevi uno sguardo parec-

chio chiaro che significa stai quieto e vai a prendere lo straccio e dallo per terra.

Ci potevamo fermare qui? Parliamo della radiologia del pronto soccorso. Tranne pochi, il personale veleggia con vento proprio. Il DEA potrebbe essere invaso da terroristi o da un intero pulmino di suore caduto in un dirupo e questi si dividono la notte, mangiano, prendono il caffè con vera serenità (o menefreghismo) monastico. In più puoi vedere come serrano la mascella e roteano gli occhi dal ribrezzo quando devono cambiare o toccare i malati che per definizione sono sporchi e disperati.

Ci sono anche gli extraterrestri: i mediatori culturali. Sempre più spesso siamo alle prese con stranieri non integrati che non parlano e non capiscono una parola di italiano. Tramite medium ogni tanto si contattano ma si sa, gli spiriti hanno tempi più lunghi dei mortali. Comunque siamo tranquilli, abbiamo il recapito di un rosticcere cinese che si è profferto di aiutarci nel bisogno. Magari gli ordiniamo qualche involtino primavera.

Lo scalino più basso della piramide alimentare è occupato dai globuli rossi. Sono gli schiavi della ditta delle pulizie vestiti interamente di rosso. Fanno orari schifosi, ogni tanto si bucano con gli aghi che lasciamo a giro e chiaramente sono per il 90% sottopagati ed extracomunitari.

### Parenti serpenti

Adesso capisco perché l'architetto ha fatto costruire la sala d'aspetto dei familiari più grande di quella dei malati. Senza pensare alle tragedie o ai politraumi, il più tranquillo dei visitati si porta due o tre parenti agguerriti. È vero che i tempi dell'attesa sono decuplicati dall'ansia ma la gente non è affatto compliant e pensa di essere al supermercato col biglietto in mano. Passano i minuti, le ore: Adesso vado a suonare, mi hanno sequestrato il congiunto? Ma chi cazzo è il triagista? Gli hanno dato il codice? Io voglio parlare col medico, te infermiere non sei nulla...

Aveva ragione il Manzoni, l'effetto massa di gente funziona, quando apri la porta principale la folla inferocita ti assale ma non per chiederti autografi.

### **Notti magiche inseguendo un goal...**

Nel mio ospedale si lavora undici ore. Guardi il computer, le liste di attesa cominciano a calare, arriva classicamente il malato grave che blocca la struttura. Se tutto va bene verso le 2 mangi qualcosa di tradizionalmente nocivo per le tue coronarie. Quando ti cominci a rilassare, cala il colpo di grazia: la classica ambulanza di volontari che porta l'anziano in ospedale per cause misteriose. Alcuni indici di gravità: i colpi di sonno. Il mese scorso mi sono addormentato al triage mentre inserivo una persona. Fortunatamente non capiva nulla di suo. Un'altra volta mi hanno trovato i colleghi alle 7, riverso sulla tastiera, con sulla fronte i segni dei tasti.

### **La gente**

Le conversazioni con il sottoscritto terminano drammaticamente quando cominciano a dirti: Fai l'infermiere? In un pronto soccorso? Wow chissà quante cose vedi? Io vi ammiro molto? È una missione... Quanta retorica e buonismo, cosa si deve raccontare alle persone perché ti consideri un professionista e non un frate convertito che deve espiare una lunga serie di peccati sessuali? Non aggiungo altro, dalla rabbia sto pigiando troppo forte, rischio di rompere il computer.

### **L'odore del sangue**

Quando arriva la persona politraumatizzata, in pochi minuti si assembla un capannello di gente: dottori, specializzandi, studenti, curiosi... Mentre il team arranca lotta e spera, ti vedi scrutato da occhi più o meno morbosi e sgomiti per passare e prendere ciò che ti occorre. Appena il malato è morto o stabilizzato, ti ritrovi da solo con i compagni a sguazzare nel sangue.

### **La corsa**

Come si accolgono i malati? Si acciappano nelle stanze, si spogliano, si bucano e si mandano in radiologia. Tante volte mi sembra di stare in fabbrica, invece di pezzi di plastica assemblo arti e corpi. Ci provo a parlare, cerco di rassicurare i malati, agli

anziani faccio ricostruire il loro passato. Sono tutti palliativi quando hai furia e devi abbattere le liste d'attesa.

### **La morte indegna**

Come si muore in pronto soccorso? Se a nascere impieghi circa nove mesi da noi crepi in pochi minuti, tra atroci sofferenze e soprattutto in furia. Si perché devi liberare il posto che occupi. Una volta che ti abbiamo liberato dal sangue, dalle feci che hai perso dagli sfinteri che si sono rilassati, ti mettiamo in ripostiglio dove laviamo le assi spinali e gli immobilizzatori. I parenti schiacciati dal dolore, ti guardano malconcio mentre respirano il lezzo del sangue. L'assistenza religiosa? Ogni tanto ci ricordiamo di chiamare il frate capuccino, anche lui ha parecchia fretta perché deve riparare a tutto l'ospedale.

### **Il testamento biologico**

Cos'è? Roba che ne parlano i giornali dei comunisti? Roba da assassini per un paese cattolico e conservatore come l'Italia. Si perché un malato terminale grave deve essere sempre e comunque rianimato in pronto soccorso moderno. Nei momenti topici, quando ci rivolgiamo perplessi ai parenti, ci rispondono: **fate tutto quello che occorre, non ci possiamo prendere responsabilità, ma che scherziamo...**

La società, i media considerano la morte e soprattutto il morire a casa come un tabù. Ogni tanto, durante il massaggio cardiaco, sento il clangore delle ossa rotte delle costole di toraci troppo magri e deboli. Lo vedo spesso, il collega smette di ventilare o somministrare farmaci e ti guarda triste: allora cerchi di convincere il medico a dire basta; quelli intelligenti si bloccano anche prima di te.

### **La ricerca**

Si c'è speranza, ci sono alcuni colleghi che non solo si ammazzano sul lavoro e sugli straordinari ma studiano e cercano di migliorare i livelli dell'assistenza. Sono quelli che mi danno lo spunto a svegliarmi al mattino ad ore antelucane e mi danno la voglia di lavorare. L'estate scorsa abbiamo messo su un piccolo studio clinico,

naufragato poi per scarse risorse umane e finanziarie; sono venuti fuori dei dati utili e soprattutto onesti (a buon intenditor...). Ci siamo, soffriamo ma c'è la speranza di crescere a livello professionale, nonostante siamo immersi nel più profondo dei gironi danteschi.

### **Tragico epilogo**

Per ora non c'è, sono felice di essere un infermiere di pronto soccorso, nonostante tutto e tutti. Le cose che vi ho detto magari non sono edificanti né educate ma sono sincere. Grazie per l'occasione, ho potuto fermarmi a pensare e scattare qualche istantanea furtiva sul mio lavoro, sulla mia vita.

A presto