

Una sfida pubblica. Gli infermieri non sono più disposti a tollerare.

Proposte e richieste

1. Nella maggior parte degli ospedali vi sono costantemente ricoveri soprannumerari anche contro la dignità delle persone.
2. L'attività costantemente frenetica pone gli assistiti in situazione di possibile pericolo e gli infermieri a rischio elevato di errore.
3. In condizioni assistenziali non accettabili, aumentano i motivi di possibili contrasti con malati e parenti; situazioni in ogni caso affrontate e gestite direttamente solo dagli infermieri per tutto quello che ne consegue.
4. La mole e complessità dell'attività è in costante incremento: malati ad alta intensità di cure presenti in tutte le degenze che vanno gestiti e controllati, tassi di occupazione dei posti letto elevati, attività diagnostiche sofisticate che richiedono preparazioni accurate, integrazioni con molti professionisti e servizi... Fattori che obbligano gli infermieri a gravosi impegni assistenziali ed organizzativi.
5. Non si è mai ancora visto affrontato né a livello progettuale né tanto meno nei fatti, il problema dell'appropriatezza delle prescrizioni diagnostiche correlata alle patologie, anche in considerazione della praticabilità dei processi conseguenti e della sostenibilità generale del sistema. L'argomento è solo toccato in rari documenti e rimasto sulla carta.
6. L'organizzazione dell'attività diagnostica o di altre attività viene sempre decisa da altre figure professionali, senza tenere in alcun conto la disponibilità reale di infermieri o del personale di supporto né considerare minimamente l'insieme dell'organizzazione, costringendo nel concreto gli infermieri a sopperire per non mettere in pericolo gli assistiti. Tale attività spesso in tutta evidenza non è considerabile come urgente e sarebbe benissimo programmabile tenendo presenti le esigenze complessive degli assistiti.
7. Gli infermieri comunque, devono gestire e tamponare le carenze che si verificano con regolarità nei processi di lavoro, e di fatto sono bloccati nelle possibilità di decidere l'ammontare dell'attività. E questo vale sia per gli ambienti a carattere ospedaliero che extra-ospedaliero.
8. Gli infermieri per poter operare con razionalità ritengono essenziale la pianificazione dell'assistenza alle persone (tra l'altro, prevista da molti anni dalle leggi dello Stato), ma intendono fare presente che non riescono quasi mai ad attuarla perché distratti da continue altre necessità operative. Questa grave lacuna nell'attività ricade direttamente sotto la responsabilità propria degli infermieri. Vogliono però pubblicamente denunciare questo stato di cose affinché tutti siano consapevoli dei reali motivi della impossibilità di garantire una assistenza di qualità.
9. Il personale di supporto per l'assistenza infermieristica è ancora molto scarso rispetto alle esigenze dei malati che attualmente affluiscono nelle strutture di degenza.
10. Molta parte dell'attività svolta dagli infermieri è ancora impropria: ricerche hanno dimostrato che in alcuni casi si arriva al 40% del totale.
11. Il collegamento con l'attività sanitaria e sociale territoriale rimane ancora, quando c'è, sostanzialmente marginale e sporadico. I collegamenti diretti con i medici di medicina generale ai fini di un utilizzo appropriato della struttura ospedaliera sono praticamente inesistenti.
12. La situazione degli infermieri è insostenibile. Sono molti anni che non si trovano soluzioni e che di fatto non si tiene il problema nella dovuta considerazione. In tutti i documenti ufficiali l'assistenza infermieristica e le sue implicanze nel processo della salute, quando non è del tutto dimenticata ed omessa è solo sfiorata, mentre rappresenta, tutta intera la

seconda faccia del sistema sanitario: è sotto gli occhi di tutti che non esiste cura possibile se non c'è una buona assistenza infermieristica.

13. La partecipazione degli infermieri agli aggiornamenti, sempre maggiormente indispensabili in un contesto a complessità molto elevata e in rapido cambiamento, viene sempre compromessa dalle condizioni di lavoro. Ricerche dimostrano che infermieri più preparati ed in numero sufficiente consentono di evitare centinaia di morti all'anno.
14. La programmazione delle ferie, in tutto il periodo dell'anno, non è mai totalmente garantita, né i turni stabiliti vengono poi mantenuti con una certa regolarità. Questo incide gravemente anche sulla vita personale e gli impegni familiari.
15. I progetti per sostenere la motivazione del personale sono inesistenti. E certo l'eventuale compenso monetizzato per i disagi non elimina il problema.

A fronte di questo quadro:

- sembra di assistere ad un sostanziale blocco delle assunzioni del personale infermieristico: i numeri sono fermi o relativamente in decrescita;
- la maggior parte dei documenti delle Regioni, praticamente ignorano l'importanza della funzione dell'assistenza nel sistema per la salvaguardia della salute della popolazione ed ignorano la gravità della situazione della professione infermieristica. La scelta fatta in alcuni casi della distinzione della funzione assistenziale dalla funzione diagnostico-terapeutica non ha avuto sviluppo alcuno nelle realtà operative. Gli infermieri da decenni adottano atteggiamenti di distinzione ma anche di integrazione delle funzioni perché sono ben consapevoli che la sola distinzione potrebbe addirittura peggiorare l'attuale situazione, deresponsabilizzando una parte degli attuali decisori...;
- le Aziende hanno proceduto con autorizzazioni per l'esternalizzazione massiccia di servizi nell'illusione di risparmi, che anche quando per rari settori ci siano, sono stati scaricati sugli operatori esterni;
- in alcune realtà non esistono ancora da troppo tempo responsabili infermieristici di struttura, che possano garantire un minimo di organicità con evidente

grave compromissione della qualità e della continuità dell'assistenza;

- gli infermieri si trovano ancora ad ogni piè sospinto a dover giustificare di fronte alle amministrazioni il numero degli organici, le singole attività che svolgono, le scansioni del loro lavoro nell'intera giornata, i tempi per lo svolgimento delle attività... come se i malati da assistere fossero automobili... e non persone. Lo stesso non avviene con altre professioni. Sarebbe ora di smettere questi ipocriti giochi e chiedere agli infermieri dirigenti quanto personale serve per l'assistenza: la letteratura dice che è il metodo meno complesso e più efficace.

In base a queste considerazioni, l'Aniarti vorrebbe, assieme agli infermieri, lanciare una sfida pubblica alle istituzioni affinché vengano finalmente assunte delle decisioni in grado di determinare l'inizio di un cambiamento definitivo della situazione.

Vi sono delle evidenti incongruenze organizzative presenti nella maggior parte delle strutture sanitarie.

Resistono antistoriche gerarchie professionali, che si riflettono acriticamente nell'organizzazione determinando sprechi di risorse.

Vi è una dispersione di competenze che dovrebbero invece essere valorizzate e potrebbero essere fatte evolvere per riuscire a rispondere alle sfide della complessità.

Vi sono palesi inapproprietezze di utilizzo delle strutture ad elevatissima specializzazione ed assorbimento di risorse: si sappia che gli infermieri non tollereranno che il fenomeno apparentemente incontestabile delle liste d'attesa finisca per essere motivato dalla esiguità del personale d'assistenza...

Gli infermieri non sono più disposti a tollerare di essere costretti a non garantire almeno in maniera decorosa l'assistenza infermieristica alle persone, di cui sono i primi, diretti ed unici responsabili. Da questa condizione derivano per gli infermieri anche molte situazioni di conflittualità con i cittadini, conflittualità che ritengono profondamente ingiusta e non intendono oltre subire.

Gli infermieri non sono più disposti a tollerare di non riuscire a riflettere, a studiare, a fare ricerca sul proprio lavoro per migliorarlo; questo anche in considerazione delle grandi opportunità in questo senso rappresentate dalla disponibilità di strutture ad elevatissima spe-

cializzazione. Gli infermieri sentono la responsabilità verso i cittadini di questa omissione e intendono che venga posto rimedio.

Pertanto, gli infermieri di questa associazione chiedono che venga intrapreso un percorso che, nei tempi ragionevoli, ma comunque brevi, porti all'attribuzione della responsabilità riconosciuta dei processi assistenziali agli infermieri.

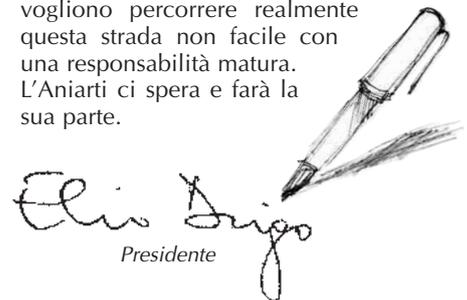
Questo deve significare che devono essere messi in atto dei sistemi per la valutazione e la decisione condivisa tra i professionisti dell'appropriatezza sia dei ricoveri che delle dimissioni dei malati come anche dei processi diagnostico-terapeutici ed assistenziali almeno delle principali patologie trattate.

Deve significare che tutte le attività che devono integrarsi con l'assistenza alle persone, dovranno essere programmate e condivise a priori con gli infermieri e non più acriticamente ed irresponsabilmente prescritte.

Deve significare che gran parte delle attività improprie attualmente ancora svolte dagli infermieri dovranno essere svolte da altri o eliminate.

Non si vedono altre strade per una razionalizzazione del sistema per l'ambito relativo alla profonda crisi in cui versa l'assistenza infermieristica.

Sembra urgente assumere una decisione forte per un problema grave e non si sa quanto ancora controllabile, anche rispetto ad una popolazione che esige, giustamente, oltre che un ragionevole utilizzo delle risorse, anche decorose condizioni di vita nelle strutture sanitarie. Questa posizione vuole essere una sfida a questo paese, se vuole crescere, ma anche agli infermieri, tutti, se vogliono percorrere realmente questa strada non facile con una responsabilità matura. L'Aniarti ci spera e farà la sua parte.


Presidente



Per il Consiglio Direttivo dell'Aniarti
(Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica)

Marco Buggi, Dott. Coordinatore Inf.co U.O.C. Osservazione Breve - Docente di Infermieristica
 Massimiliano Vario, D.A.I./Dott. Coordinatore Inf.co U.O.C. Medicina Specialistica - Docente di Infermieristica, Azienda Policlinico "S. Andrea" di Roma

Le emergenze endocrino-metaboliche: il ruolo dell'infermiere esperto

Riassunto

Attraverso questo articolo si andranno ad individuare le principali alterazioni del sistema endocrino che possono rapidamente evolvere verso una situazione di urgenza. Partendo dalle responsabilità professionali in merito, verrà individuato il ruolo dell'infermiere esperto clinico, in riferimento all'assistenza specialistica e all'attivazione del meccanismo di gestione dell'emergenza intraospedaliera. Ci si riferisce ad "eventi critici" che non necessariamente sono propri di contesti "d'area critica", ma che necessitano comunque di competenze avanzate e di un approccio assistenziale per problemi.

Parole chiave: Nursing nell'emergenza, Emergenze endocrino-metaboliche, Nursing diabetologico



EDITORIALE

pervenuto il 29/01/07
 approvato il 09/03/07

Le emergenze endocrino-metaboliche rappresentano eventi tipici di degenza medica, ordinaria o d'urgenza; vengono riscontrate anche in servizi di triage e unità post intensive "osservazione breve" e la medicina d'urgenza; non vengono esclusi comunque, anche se meno coinvolti, contesti chirurgici e altri servizi specialistici.

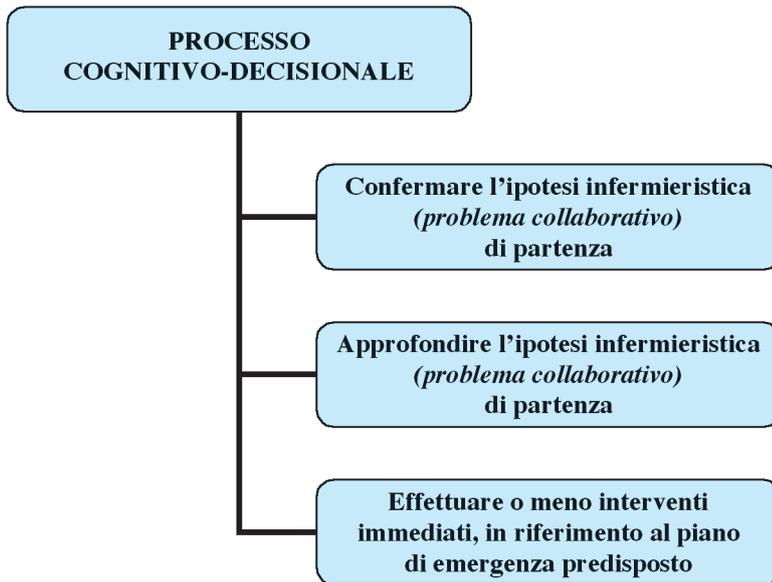
In riferimento a tali eventi, nella routine assistenziale di ogni giorno, l'infermiere ha il dovere professionale ed etico di adoperarsi per una valutazione critica dei dati raccolti, e quindi del loro significato, in modo da poter prendere decisioni specifiche ed approfondite, che avvalorino l'ipotesi di partenza e che conducano ad altre successive ipotesi. Queste ultime devono essere comunque aperte, in quanto, di fronte ad eventuali evidenze che le smentiscano, si deve essere pronti a prospettare di nuove; si deve cioè procedere secondo un "albero decisionale", ossia uno schema algoritmico, nel quale vengono riportate le possibili scelte e dalle quali si svilupperanno i probabili esiti e le relative utilità. Il processo cognitivo e decisionale descritto, che in merito all'argomento in questione può essere riconducibile alla raccolta ed interpretazione di dati in una situazione di emergenza endocrino-metabolica, deve prevedere come

requisito fondamentale una solida base culturale e una notevole esperienza clinica da parte di chi lo applica, altrimenti si finirebbe per limitare il tutto alla mera esecuzione tecnica di prescrizioni senza che se ne conoscano neppure le indicazioni e l'importanza o, peggio ancora, alla formulazione di ipotesi errate, con conseguenti ritardi nella risoluzione dei potenziali problemi.

In relazione a quanto introdotto, si andrà a delineare il ruolo attivo dell'infermiere nell'individuazione di situazioni problematiche di origine endocrino-metabolica: ci si riferirà innanzitutto ad una fase iniziale di accertamento diagnostico, in attesa di una distribuzione opportuna delle responsabilità e delle competenze che avverrà in una seconda, ma pur sempre rapida, fase del processo di accertamento e che coinvolgerà anche altri professionisti, come riportato nella figura 1.

Secondo quanto schematizzato, alla fase di accertamento iniziale devono seguire ulteriori step d'azione, volti a confermare o meno l'ipotesi di partenza e dare significato in tempi brevi alla sintomaticità del paziente: anamnesi sintetica, esame obiettivo e ulteriori indagini diagnostiche. Soltanto in questo modo sarà possibile giungere ad un quadro clinico completo che porti ad una o più diagnosi infermieristiche e/o problemi collaborativi e ad una o più diagnosi mediche.

Figura 1 - Processo cognitivo-decisionale nell'emergenza endocrino-metabolica



Numerosi sono gli esempi che fanno supporre l'utilità nell'interpretazione dei segni clinici in queste situazioni; ci si può innanzitutto trovare di fronte ad una serie di dati che non denotano importanti parametri di interesse specifico, portando all'interpretazione di sintomi non riferibili al bisogno maggiormente alterato; in questi casi il coinvolgimento di altre figure professionali specifiche non risulterà necessario, in quanto non si dovrà ricorrere a successive fasi. All'estremo opposto, invece, si possono evidenziare dei chiari segni di eventi endocrino-metabolici che rischiano di portare in breve tempo a danni sistemici, a volte irreversibili; risulta quindi indispensabile ridurre quanto più possibile i tempi di accertamento diagnostico, perché eventuali ritardi porterebbero ad indebiti appesantimenti dell'iter clinico stesso. In relazione soprattutto a quest'ultima ipotesi, bisogna ammettere che qualsiasi situazione di emergenza che evolve in un evento più o meno critico, finisce per avvicinare spesso le competenze e l'azione infermieristica a quella medica. Si tratta di un approccio ai problemi di tipo multidisciplinare, avente come scopo l'integrazione tra diverse professionalità in funzione di obiettivi comuni. Per tale motivo nelle situazioni di emergenza, soprattutto in contesti di area critica, la cooperazione si rivela in

ogni caso una necessità. Ecco quindi che la decisione di innescare precocemente percorsi diagnostico-terapeutici attraverso l'attuazione, ad esempio, di protocolli di emergenza, può predisporre positivamente ad un successivo intervento d'équipe, allo scopo di prevenire o gestire complicanze più o meno serie. Il fatto che si agisca, quindi, in condizioni di emergenza, determina un agire "di conseguenza" e attraverso misure "aspecifiche" immediate, molte volte indipendenti dalla malattia originaria; questo non significa che si operi individualmente o impropriamente, in quanto a questi primi interventi standardizzati dovranno seguirne degli altri più mirati e personalizzati, che prevederanno il coinvolgimento di più figure professionali e l'inserimento di altri scenari assistenziali.

L'individuazione e la gestione delle principali emergenze Endocrino-Metaboliche

Gli eventi clinici presi in considerazione nel presente studio, come già premesso, devono far parte del bagaglio formativo ed esperienziale dell'infermiere esperto clinico, con particolare riferimento a coloro che operano in unità operative di area critica e di diabetologia/endocrinologia. Ciò è dovuto al fatto

che nella loro complessità, tali emergenze non sono di facile approccio e non soltanto per la figura infermieristica, ma anche per tutta l'équipe assistenziale.

Nello studio verranno presi in considerazione sei eventi clinici di partenza:

- la chetoacidosi diabetica,
- la sindrome iperglicemica iperosmolare,
- l'ipoglicemia, l'insufficienza surrenalica acuta,
- il coma mixedematoso
- la crisi tireotossica.

Ciascuno di essi si presenta con una diversa modalità di insorgenza e può evolvere, purtroppo, nella morte della persona; pertanto, non vanno sottovalutati in ogni loro fase ed evoluzione.

Ogni evento clinico che segue comprenderà attività:

1. *dipendenti* (in riferimento ad una assistenza secondo prescrizioni mediche e al controllo dell'evoluzione e delle reazioni ai trattamenti prescritti);
2. *interdipendenti* (in riferimento a problemi trattati in collaborazione, che prevedono una prescrizione medica e un giudizio infermieristico nell'applicazione della prescrizione);
3. *indipendenti* (in riferimento a problemi che non prevedono alcuna prescrizione da parte di un altro professionista).

La scelta è motivata dal fatto che in ambito critico, oltre al ragionamento diagnostico in termini propriamente infermieristici, si presenta continuamente la necessità di agire in collaborazione con la figura del medico. Il piano di assistenza si arricchisce, quindi, di una sincronicità di interventi primari o secondari ad altre competenze professionali; ma come si verifica in tutti i rapporti di collaborazione, funzioni ed attività finiscono spesso per incontrarsi e, talvolta, per sovrapporsi, a scapito di un approccio assistenziale specifico per ogni professionalità coinvolta¹⁶.

Per motivi legati alla complessità dell'argomento, non sono stati ipotizzati dei veri e propri piani di assistenza; ci si è concentrati, invece, su una schematizzazione essenziale, ma esaustiva, delle principali linee d'intervento, attraverso una impostazione specialistica e complessa.

Nota

16. VARIO M., SCALAMONTI S., PIERANTOGNETTI P., *Il modello bifocale nella gestione dei problemi respiratori. Un'applicazione in area critica*. Professioni Infermieristiche 2002; 55 (4): 200-209.

Chetoacidosi diabetica

Questa complicanza del diabete mellito può costituire la prima manifestazione di un diabete di tipo I (insulino dipendente) o essere sintomo di aumentato fabbisogno insulinico in situazioni di stress. Si tratta di una emergenza potenzialmente letale, con una mortalità di almeno il 5% degli eventi.

Un deficit insulinico acuto determina una rapida mobilizzazione dei depositi energetici presenti nel muscolo e nell'adipide; ciò provoca un aumentato afflusso di aminoacidi verso il fegato per il fenomeno della gluconeogenesi e una maggiore disponibilità di lipidi per la conversione in corpi chetonici. Oltretutto, in condizioni di ridotta insulinemia, diminuisce l'utilizzazione periferica di glucosio e chetoni. Tale associazione di fattori, porta a valori di glicemia di 500 mg/dL e oltre e livelli di chetonemia fino a più di 15 mmol/L. La condizione di iperglicemia comporta una diuresi osmotica con forte diminuzione del volume plasmatico. Ne consegue una forte depressione del sistema nervoso centrale fino ad uno stato di coma. L'accumulo di chetoni può causare vomito, con ulteriore sottrazione di liquidi e il peggioramento dello stato di acidosi metabolica porta al collasso del sistema cardiocircolatorio con ulteriore produzione di acido lattico; quindi la morte.

Accertamento

A differenza del coma ipoglicemico, che ha una forma di insorgenza molto più acuta, la chetoacidosi diabetica può essere segnalata da più giorni di poliuria, astenia, nausea e vomito. Segue poi una condizione di rallentamento mentale fino al coma conclamato. Saranno quindi evidenti segni di disidratazione e un odore fruttato dell'alito. Si presenteranno anche ipotensione ortostatica, tachicardia, ipotermia e dolori addominali. Di semplice ed immediato utilizzo sarà la misurazione della chetonuria tramite stick sulle urine, che risulterà marcata. L'EGA presenterà ridotti valori di pH e bassi valori di bicarbonato. Pazienti con chetoacidosi abbastanza gravi (pH < 7,2) devono essere seguiti in una terapia intensiva. Opportuna è la misurazione della glicemia capillare ogni ora e degli elettroliti e pH ogni 3 ore.

Interventi

Una volta ipotizzato il problema colla-

borativo di chetoacidosi diabetica, sarà necessaria l'immediata reintegrazione dei liquidi persi. La tempestiva ed adeguata reidratazione è la chiave, in questi casi, di un buon successo terapeutico. Poiché l'ipoperfusione degli organi vitali conseguente all'ipovolemia si associa ad un aumento della mortalità, mentre l'iperosmolarità plasmatica causa una alterazione dello stato di coscienza reversibile, l'obiettivo prioritario consisterà in un rapido ristabilimento del volume plasmatico.

L'efficacia di tale intervento sarà indicata da un aumento della diuresi a ca. 100 ml/h in assenza di glicosuria. Nel paziente in stato comatoso è indicato il posizionamento di un sondino nasogastrico per prevenire il vomito.

L'iperglicemia si corregge con l'idratazione e attraverso la terapia insulinica endovenosa continua.

L'azione dell'insulina e l'espansione del volume plasmatico dovrebbero in genere far diminuire la glicemia di ca. 100 mg/dL/h fino ad un valore di 250 mg/dL. A questo punto è necessario diminuire il quantitativo di insulina, per evitare di incorrere nell'edema cerebrale, complicanza estrema di questa patologia. Tale inconveniente è causato dal rapido adattamento delle cellule cerebrali all'iperosmolarità plasmatica e da un non altrettanto rapido assestamento alle condizioni di normale osmolarità.

La somministrazione dell'insulina non termina col raggiungimento dei valori normali, che di norma si ottengono nel giro di poche ore. La chetoacidosi, che ha tempi di risoluzione più lunghi (12-24 ore), comporterebbe un immediato peggioramento dell'acidosi.

Una rapida terapia infusiva e un attento monitoraggio dei parametri vitali, è stato dimostrato diminuire l'incidenza di mortalità in questa situazione critica che, anche quando trattata in contesti specializzati, continua a presentare percentuali elevate.

Sindrome iperglicemica iperosmolare

È una sindrome per certi versi molto simile alla chetoacidosi diabetica, che però insorge in pazienti adulti o anziani con diabete non insulino-dipendente, spesso lieve o occulto. La mortalità è elevata (10-40%).

All'aumento di una osmolarità al di sopra dei 300 mOsm/l, si verifica uno stato di letargia e confusione. Spesso lo

scatenarsi è dovuto ad eventi di stress per l'organismo come focolai broncopneumonici, accidenti cerebrovascolari, interventi chirurgici, ecc..

Una carenza anche parziale di insulina può dare inizio allo scatenarsi della sindrome mediante una ridotta utilizzazione del glucosio da parte dei muscoli. Ciò porta ad una iperglicemia con glicosuria e diuresi osmotica. D'altro canto, la presenza sia pur minima di insulina riduce la produzione di corpi chetonici. Se il paziente non è in grado di mantenere un adeguato apporto di liquidi, in virtù soprattutto dell'età avanzata, si può verificare marcata disidratazione. Inoltre, la riduzione del volume plasmatico faciliterebbe l'insorgenza di insufficienza renale, la riduzione dell'escrezione di glucosio con le urine, l'aumento dell'iperglicemia e quindi dell'osmolarità plasmatica. Quando i valori superano i 330 mOsm/l, i liquidi vengono richiamati dai neuroni cerebrali e si verifica uno stato di coma.

Raccolta dati

L'esordio è spesso insidioso, preceduto da giorni o settimane di astenia, poliuria o polidipsia. L'assenza di sostanze tossiche come nella chetoacidosi, può ritardare il riconoscimento della sindrome e quindi l'inizio della terapia, fino ad un grave stato di disidratazione. A causa di tale ritardo, l'iperglicemia, l'iperosmolarità e la disidratazione sono spesso maggiori che nella chetoacidosi diabetica.

Il paziente presenta grave disidratazione, può essere letargico, confuso o comatoso. Il respiro di Kussmaul è assente, a meno che non si sia sviluppato uno stato di acidosi metabolica (conseguente a sepsi, IMA o shock circolatorio). I valori della glicemia possono giungere fino a 800-1200 mg/dl. La chetonuria è generalmente modesta o assente.

Interventi

Il trattamento avviene attraverso una immediata reidratazione tramite soluzioni saline ipotoniche (0,45%) e insulina. Il paziente va continuamente monitorato nella diuresi, nella glicemia e nell'osmolarità plasmatica. Può essere consigliato il posizionamento di un catetere di Swan-Ganz, soprattutto se è presente insufficienza renale o cardiaca; tuttavia l'avanzata età dei soggetti porta a dover gestire tali situazioni in reparti non critici, dove spesso non esi-

ste la possibilità di gestire tale presidio. La mortalità complessiva è 10 volte maggiore che nella chetoacidosi diabetica, spesso a causa delle già compromesse condizioni generali dei soggetti anziani e dalla concomitanza di altre patologie.

Ipoglicemia severa

È una frequente complicanza che si verifica nelle persone diabetiche che si sottopongono a somministrazioni insuliniche. La riduzione acuta dei livelli plasmatici di glucosio determina una sintomatologia da carenza di substrati energetici nel sistema nervoso centrale e da rapida attivazione degli ormoni controregolatori, quali glucagone e adrenalina. Tuttavia, data la bassa specificità dei sintomi, ai fine diagnostici deve essere soddisfatta la triade descritta da Whipple e cioè: sintomi da ipoglicemia, corrispondenza temporale tra comparsa della sintomatologia e livelli bassi di glicemia e rapida reversibilità dei disturbi dopo la somministrazione orale o parenterale di glucosio.

La maggior parte dei soggetti colpiti da ipoglicemia, raggiunge un completo recupero; tuttavia una marcata condizione o un ritardo nella terapia possono determinare lesioni permanenti o morte.

Raccolta dati

I sintomi in genere si mostrano quando la glicemia scende al di sotto dei 60 mg/dl e vengono individuati in adrenergici (accresciuta attività del sistema nervoso autonomo per la risposta controregolatoria delle catecolamine) e neuroglicopenici (diminuita attività del sistema nervoso centrale). I motivi sono molteplici, ma pochi casi legittimano un intervento di emergenza.

Interventi

La terapia si basa su una pronta somministrazione di glucosio al paziente: se quest'ultimo fosse lucido, è sufficiente far assumere 10-20 g di saccarosio seguito da zuccheri più complessi: nel caso ci fosse perdita di coscienza, è indispensabile reperire un accesso venoso e somministrare 10-20 g di glucosio (procedura ripetibile a distanza di 15 min. fino a condizioni di normoglicemia) qualora non fosse reperibile un accesso venoso, si può somministrare Glucagone 1 fl. i.m. (ripetibile a distanza di 15 min., qualora il paziente non riprendesse coscienza).

Tutte le persone diabetiche e i loro familiari, devono essere istruite sull'utilizzo di questo indispensabile farmaco.

Insufficienza surrenalica acuta

L'insufficienza surrenale si definisce primitiva (morbo di Addison) se sono le ghiandole surrenali ad essere coinvolte da un processo degenerativo di vario tipo; si definisce secondaria se il deterioramento si viene a verificare a livello dell'ipofisi, che regola la secrezione di parte degli ormoni surrenalici per mezzo dell'ACTH; esiste anche una forma terziaria da danno ipotalamico.

L'insufficienza surrenalica acuta è una non comune complicanza del morbo di Addison (iposurrenalismo primitivo) che, se non trattata, può portare a morte per shock ipovolemico. Si può manifestare quando all'incapacità del rene a trattenere sodio per danno nella secrezione di aldosterone, si abbina una ulteriore perdita di sodio attraverso la sudorazione o per via gastrointestinale, provocando un quadro di iponatremia ipovolemica.

Raccolta dati

Spesso la sintomatologia è aspecifica e può offrire diversi gradi di gravità con disidratazione più o meno imponente. I sintomi più comuni possono essere generali, come ipotensione e shock, febbre, vomito, stato confusionale; oppure locali, come dolori all'addome o ai fianchi, rigidità addominale, dolore toracico. È frequente il sopraggiungere dello shock ipovolemico. Quest'ultimo e il coma possono rapidamente portare a morte un soggetto non trattato.

Il sospetto va posto in pazienti disidratati con iponatremia, iperpotassiemia, iperpigmentazione e con malattie autoimmuni associate (ipotiroidismo, diabete di tipo I).

Interventi

In presenza di sospetto di una insufficienza surrenalica acuta si dovrebbe immediatamente impostare una terapia sostitutiva con corticosteroidi. Oltre a questi, la terapia si basa essenzialmente sulla espansione del volume circolante tramite infusione di soluzioni saline. È opportuno monitorare la reidratazione attraverso il turgore della cute, l'idratazione delle mucose, la PA, la diuresi.

La prognosi è generalmente favorevole e legata strettamente alla rapidità con cui si interviene con la terapia.

Coma mixedematoso

Il coma mixedematoso rappresenta lo stadio finale dell'ipotiroidismo non trattato. Il quadro clinico di tale sindrome comprende principalmente manifestazioni a carico del sistema nervoso centrale e dell'apparato cardiovascolare. La prognosi del coma mixedematoso è infausta nel 50% dei casi trattati. La diagnosi deve essere effettuata più sui segni clinici che sulle indagini di laboratorio, in quanto il ritardo nell'inizio della terapia comporta un notevole aggravamento della prognosi. L'evento predilige maggiormente la stagione invernale, specialmente in donne anziane con storia di ipotiroidismo di lunga durata.

Raccolta dati

Il paziente evidenzia bradicardia e grave ipotermia; spesso si presenta obeso e con cute olivastro, la lingua ispessita, esoftalmo, facies mixedematoso. Il centro del respiro viene depresso e gli atti respiratori scendono al di sotto dei 10 al minuto, con conseguenze importanti.

La diagnosi può non presentarsi facile perché i segni e i sintomi vengono spesso attribuiti ad altri eventi, quali la sindrome nefrosica, l'anemia, il morbo di Parkinson o di Alzheimer.

Interventi

Il trattamento del coma mixedematoso consiste negli interventi farmacologici, attraverso la somministrazione di ormoni tiroidei (OT), e nella messa in atto di procedure terapeutiche di supporto: ventilazione meccanica, somministrazione di triiodotironina/tiroxina/corticosteroidi, correzione dell'ipotensione, dominio delle infezioni, ripristino dell'equilibrio elettrolitico.

Una volta messa in atto la terapia, i segni vitali si normalizzano nell'arco di pochi giorni, mentre i livelli degli OT circolanti cominciano ad elevarsi in circa una settimana. Il mancato effetto del trattamento terapeutico è segno prognostico sfavorevole.

Mentre in passato l'evoluzione del coma mixedematoso era quasi sempre fatale, al momento attuale, grazie alla diagnosi precoce e alla tempestività della messa in atto della terapia sostitutiva con tiroxina e delle terapie di supporto, la mortalità per tale sindrome è sensibilmente diminuita.

Crisi tireotossica

La crisi tireotossica è dovuta dall'acuirsi delle manifestazioni cliniche dell'ipertiroidismo, con associato scompenso di uno o più organi per marcato aumento degli OT in circolo.

Infezioni, traumi, accidenti cerebrovascolari, sospensione di farmaci antitiroidei, ingestione di ormoni tiroidei, interventi chirurgici sulla tiroide senza adeguata preparazione, possono essere fattori scatenanti. La mortalità è piuttosto elevata (30-60%) e le possibilità di successo dipendono da una diagnosi clinica precoce.

Raccolta dati

Generalmente la sintomatologia è data da un aggravamento dei segni di ipertiroidismo, oltre che da scompenso di vari organi o apparati. Si rileva ipertermia spesso in assenza di infezione, agitazione psicomotoria con alterazione dello stato di coscienza, letargia e stupore; sono anche presenti disturbi gastro-intestinali, tachicardia, aritmie, sudorazione profusa, astenia intensa e perdita marcata di peso. Non esistono indici di funzione tiroidea certi per la diagnosi di crisi tireotossica.

Interventi

Questi pazienti possono richiedere il ricovero in unità di terapia intensiva e data la gravità della condizione clinica è opportuno non attendere i risultati della funzione tiroidea per iniziare la terapia specifica. Nei casi di alterazione dello stato di coscienza, bisogna inserire immediatamente un sondino naso gastrico per la somministrazione dei farmaci.

Il trattamento può essere di carattere generale, attraverso il sostegno cardiovascolare, la prevenzione delle infezioni, la correzione dell'iperpiressia e dello stato di nutrizione. Può essere specifico con la somministrazione di farmaci per l'inibizione di sintesi degli OT.

Conclusioni

L'analisi svolta nel presente articolo, vuole stimolare una riflessione sulle importanti responsabilità e competenze infermieristiche nei confronti di eventi assistenziali complessi a carattere critico, clinicamente rilevabili su persone che presentano un interessamento del sistema endocrino-metabolico; ci si rife-

risce a deficit nella produzione o trasmissione degli ormoni, quali messaggeri di informazioni endocrine. In occasione di questi eventi, come già accennato, la raccolta delle informazioni risulta utile soltanto se specificamente mirata all'individuazione dei bisogni alterati, attraverso l'anamnesi infermieristica e l'esame obiettivo. Da parte medica si guarderà invece all'individuazione delle cause della malattia, attraverso la valutazione delle alterazioni anatomiche e fisiologico-funzionali.

In merito invece all'evoluzione vera e propria dell'evento critico, ossia alle singole responsabilità professionali, quando si sfocia nell'emergenza, anche se l'approccio risulta inizialmente di tipo globale, si dovrà, in un successivo momento, intervenire propriamente sulle cause attraverso l'individuazione di diagnosi differenziali e l'impostazione di terapie sostitutive, in relazione all'eziologia e alle condizioni cliniche del paziente, ossia ai bisogni compromessi.

Ritardi o sottovalutazioni di una sola delle fasi di intervento, possono portare ad un progressivo ed inesorabile declino del paziente, fino alla morte secondaria a gravi deficit delle funzioni vitali. Si tratta di situazioni frequenti in determinati contesti clinici e in cui, come nel caso di altri scenari di tipo medico-specialistico e dell'emergenza, lo spirito di gruppo è essenziale per il raggiungimento del risultato; l'équipe multiprofessionale, in questi casi, si deve identificare in un gruppo caratterizzato professionalmente da una positiva separazione/integrazione delle competenze. A tal proposito, lo sviluppo del nursing specialistico nel nostro Paese, ha portato i professionisti infermieri ad un graduale miglioramento delle performance assistenziali, tracciando nuovi confini operativi finora mai esplorati. Essenziali per questo cambiamento sono stati i recenti provvedimenti legislativi che hanno visto, attraverso la Riforma Universitaria (DM 509/99), i primi laureati specialisti e i primi iscritti al Dottorato di Ricerca. A questi cambiamenti normativi è seguita una sempre maggiore apertura verso esperienze europee e di altri paesi oltreoceano, culturalmente più avanti del nostro. L'acquisizione graduale di un adeguato bagaglio disciplinare, ha favorito quindi il raggiungimento di nuove prospettive ed una migliore realizzazione professio-

nale della categoria. In tal senso, come nel caso degli scenari assistenziali descritti nell'articolo, l'infermieristica in Italia sta cercando sempre più di andare verso una identificazione disciplinare autonoma, sia pure intrinsecamente legata alla disciplina medica.

Altro elemento da prendere in considerazione è rappresentato dal fatto che la ragion d'essere dell'agire infermieristico, sta nell'esigenza di una costante e continua presenza in contesti assistenziali che altre figure sanitarie, per loro natura, non possono assicurare; una delle caratteristiche più rilevanti dello specifico infermieristico è data, infatti, dalla continuità dell'assistenza, nel senso di controllo puntuale ed attento del decorso clinico del paziente e di supporto diretto per contribuire alla gratificazione dei suoi bisogni. Tutto ciò comporta anche l'esigenza di dover individuare e gestire in prima persona ogni possibile evento critico come, nella fattispecie, l'individuazione di un problema acuto di origine endocrino-metabolica, in attesa che si attivi un processo più complesso che preveda la necessaria presenza di tutta l'équipe multidisciplinare.

Bibliografia per approfondimento

1. GREENSPAN F. S., STREWLER G.J. *Endocrinologia generale e clinica* Ed. Piccin, 2000
2. GULLO D. *Emergenze endocrino-metaboliche e idroelettrolitiche* Ed. Kurtis, 1997
3. LEWIS R. *Diabetic emergencies: Part 2. Hyperglycaemia Accident and Emergency Nursing* 2000 Jan;8(1):24-30
4. LEWIS R. *Diabetic emergencies: Part 1. Hypoglycaemia Accident and Emergency Nursing* 1999 Oct;7(4):190-6
5. CARPENITO L. J., *Diagnosi infermieristiche: applicazione alla pratica clinica* Ed. Sorbona, 2000
6. CARPENITO L. J., *Piani di assistenza infermieristica e documentazione. Diagnosi infermieristiche e problemi collaborativi* Ed. Sorbona, 1999
7. QUINN L. *Diabetes emergencies in the patient with type 2 diabetes* Nursing Clinics of North America 2001 Jun;36(2):341-60
8. GRINSLADE S., BUCK EA, *Diabetic ketoacidosis: implications for the medical-surgical nurse* Medsurg Nursing 1999 Feb;8(1):37-45
9. HOLLOWAY N. M. *Piani di assistenza in area critica* Ed. Sorbona, 1995
10. MOORE T. *Diabetic emergencies in adults* Nursing Standard 2004 Jul 28-Aug 3;18(46):45-52
11. HESS-FISHL A. *Practical management of patient with diabetes in critical care. From*

- a diabetes educator's perspective Critical Care Nursing Quarterly 2004 Apr-Jun;27(2):189-200
12. EATON SE. *Management of type 1 diabetes and perioperative fasting* Nursing Times 2003 Apr 15-21;99(15):56-7
13. MOLINATTI G. M. *Complicanze acute e croniche nel diabete* Ed. UTET, 1996
15. VARIO M., BUGGI M. *L'infermiere esperto interprete del tracciato elettrocardiografico nell'emergenza* Scenariò 2003; 20 (2): 12-18
16. VARIO M., SCALAMONTI S., PIERANTOGNETTI P., *Il modello bifocale nella gestione dei problemi respiratori. Un'applicazione in area critica.* Professioni Infermieristiche 2002; 55 (4): 200-209.

Abstract

This article focuses on the main endocrine system alterations that could rapidly evolve into an emergency situation. Starting from professional responsibilities in the matter, the role of expert clinical nurses is defined, in connection with specialized medical assistance, and set off of the process of intrahospital emergency management. The article refers to 'critical events' that do not necessarily belong to the context of 'critical areas', but that nonetheless require advanced competences, as well as a welfare approach to problems.

Key words: Emergency nursing, Endocrine metabolic emergencies, Diabetic nursing.

Ciao Enrico....



Caro Amico, caro compagno di viaggio, caro maestro di saperi.

Oggi sono a ricordarti, sono a ricordarti ai colleghi che non ti conoscevano ma anche ai moltissimi che conoscevano il tuo viso e il tuo modo "particolare" di essere uomo, infermiere.

Enrico, ti paragonavamo ad un Bonsai, perché essere infermiere, poteva essere sinteticamente rappresentato dalla metafora in cui meraviglia e fragilità esplodono in un sodalizio sublime ed al tempo stesso perverso. Un infermiere che accoglie la persona che ha bisogno di cure, forte di un aggiornamento che spazia dalle competenze di base e specialistiche cliniche a quelle manageriali arricchite da una questione etica e deontologica che deve rispondere alle molteplici richieste da parte del cittadino.

Non avrei mai pensato potesse esistere un Bonsai così bello.

Infermiere creativo, tecnologico e con un cuore immenso, ricco della capacità di apprezzare ed assimilare i caratteri dei tuoi "modelli", forte della convinzione di potere e dovere promuovere il cambiamento, quello appropriato, sostenuto da un metodo scientifico strategico e "professionistico".

Questo il tuo *modus operandi* nelle dinamiche professionali che nella tua azienda, e non solo lì, avevano fatto di te un leader naturale riconosciuto da tutti, colleghi e non.

Enrico era lì proprio dove era necessaria la sua presenza, all'Ospedale, all'Università, al Collegio, all'Aniarti: per una

consulenza informatica, per un consiglio assistenziale, per un problema deontologico e ogni volta qualcuno avesse bisogno di sfogarsi un po'.

Enrico, quella grande volontà ti ha portato a prendere in carico tante problematiche di colleghi in difficoltà, dal punto di vista personale, clinico e gestionale, cercando anche di mediare ed armonizzare equilibri tra professione e sindacato spesso vittime di una percezione distorta del significato.

Poi.. l'articolo sul giornale, un maledetto e bugiardo articolo (l'articolo non doveva essere così, doveva parlare di Risk management, dei fattori di rischio, di Audit); quella esecrabile riunione con un clima di caccia alle streghe e la condanna alla gogna per il presunto colpevole; per te idealista forse ingenuo è stato troppo, chi non ha misurato le parole ha soffocato il tuo ideale facendoti sentire ciò che non sei mai stato, poi il "canto del gallo" e sei stato rinnegato.....

Sei uscito dalla riunione sconvolto, mi hai chiamato, abbiamo parlato tanto ed alla fine ti ho sentito più sereno, avevamo fatto progetti per il giorno dopo, avevi parlato del futuro con Luisella tua compagna nella vita, avevi fatto progetti per i tuoi figli, avevamo parlato della laurea specialistica con la tua tesi già pronta poi.....

Poi, il gesto estremo, la notizia sconvolgente. Eri oppresso da un peso insostenibile e tutte le strade ti sono sembrate chiuse.

Qualcosa di tragico ha sconvolto il nostro mondo e tu resti unico custode del tuo segreto; nessuno ha il diritto di giudicare.

Le caratteristiche del Bonsai si completano in te con quelle della quercia; non sempre la fragilità si mostra attraverso una fuga apparente, tu sei forte ed io grazie a te lo sono ancora di più.

Adesso, per noi che abbiamo vissuto con te, fare tesoro di quello che sei stato è il punto di partenza per vivere anche per te. Non ti scorderò mai, la professione, attraverso il Collegio, ti ricorderà sempre.

Ciao Enrico,
che la terra ti sia lieve.

Gianfranco

- a diabetes educator's perspective Critical Care Nursing Quarterly 2004 Apr-Jun;27(2):189-200
12. EATON SE. *Management of type 1 diabetes and perioperative fasting* Nursing Times 2003 Apr 15-21;99(15):56-7
13. MOLINATTI G. M. *Complicanze acute e croniche nel diabete* Ed. UTET, 1996
15. VARIO M., BUGGI M. *L'infermiere esperto interprete del tracciato elettrocardiografico nell'emergenza* Scenariò 2003; 20 (2): 12-18
16. VARIO M., SCALAMONTI S., PIERANTOGNETTI P., *Il modello bifocale nella gestione dei problemi respiratori. Un'applicazione in area critica.* Professioni Infermieristiche 2002; 55 (4): 200-209.

Abstract

This article focuses on the main endocrine system alterations that could rapidly evolve into an emergency situation. Starting from professional responsibilities in the matter, the role of expert clinical nurses is defined, in connection with specialized medical assistance, and set off of the process of intrahospital emergency management. The article refers to 'critical events' that do not necessarily belong to the context of 'critical areas', but that nonetheless require advanced competences, as well as a welfare approach to problems.

Key words: Emergency nursing, Endocrine metabolic emergencies, Diabetic nursing.

Ciao Enrico....



Caro Amico, caro compagno di viaggio, caro maestro di saperi.

Oggi sono a ricordarti, sono a ricordarti ai colleghi che non ti conoscevano ma anche ai moltissimi che conoscevano il tuo viso e il tuo modo "particolare" di essere uomo, infermiere.

Enrico, ti paragonavamo ad un Bonsai, perché essere infermiere, poteva essere sinteticamente rappresentato dalla metafora in cui meraviglia e fragilità esplodono in un sodalizio sublime ed al tempo stesso perverso. Un infermiere che accoglie la persona che ha bisogno di cure, forte di un aggiornamento che spazia dalle competenze di base e specialistiche cliniche a quelle manageriali arricchite da una questione etica e deontologica che deve rispondere alle molteplici richieste da parte del cittadino.

Non avrei mai pensato potesse esistere un Bonsai così bello.

Infermiere creativo, tecnologico e con un cuore immenso, ricco della capacità di apprezzare ed assimilare i caratteri dei tuoi "modelli", forte della convinzione di potere e dovere promuovere il cambiamento, quello appropriato, sostenuto da un metodo scientifico strategico e "professionistico".

Questo il tuo *modus operandi* nelle dinamiche professionali che nella tua azienda, e non solo lì, avevano fatto di te un leader naturale riconosciuto da tutti, colleghi e non.

Enrico era lì proprio dove era necessaria la sua presenza, all'Ospedale, all'Università, al Collegio, all'Aniarti: per una

consulenza informatica, per un consiglio assistenziale, per un problema deontologico e ogni volta qualcuno avesse bisogno di sfogarsi un po'.

Enrico, quella grande volontà ti ha portato a prendere in carico tante problematiche di colleghi in difficoltà, dal punto di vista personale, clinico e gestionale, cercando anche di mediare ed armonizzare equilibri tra professione e sindacato spesso vittime di una percezione distorta del significato.

Poi.. l'articolo sul giornale, un maledetto e bugiardo articolo (l'articolo non doveva essere così, doveva parlare di Risk management, dei fattori di rischio, di Audit); quella esecrabile riunione con un clima di caccia alle streghe e la condanna alla gogna per il presunto colpevole; per te idealista forse ingenuo è stato troppo, chi non ha misurato le parole ha soffocato il tuo ideale facendoti sentire ciò che non sei mai stato, poi il "canto del gallo" e sei stato rinnegato.....

Sei uscito dalla riunione sconvolto, mi hai chiamato, abbiamo parlato tanto ed alla fine ti ho sentito più sereno, avevamo fatto progetti per il giorno dopo, avevi parlato del futuro con Luisella tua compagna nella vita, avevi fatto progetti per i tuoi figli, avevamo parlato della laurea specialistica con la tua tesi già pronta poi.....

Poi, il gesto estremo, la notizia sconvolgente. Eri oppresso da un peso insostenibile e tutte le strade ti sono sembrate chiuse.

Qualcosa di tragico ha sconvolto il nostro mondo e tu resti unico custode del tuo segreto; nessuno ha il diritto di giudicare.

Le caratteristiche del Bonsai si completano in te con quelle della quercia; non sempre la fragilità si mostra attraverso una fuga apparente, tu sei forte ed io grazie a te lo sono ancora di più.

Adesso, per noi che abbiamo vissuto con te, fare tesoro di quello che sei stato è il punto di partenza per vivere anche per te. Non ti scorderò mai, la professione, attraverso il Collegio, ti ricorderà sempre.

Ciao Enrico,
che la terra ti sia lieve.

Gianfranco

Francesco Burrai, Dott. Magistralis, PhD, Docente di Cure Complementari, Collaboratore Scuola C.R.I. di Bologna.

Sandra Scalorbi, Dott. Magistralis, Coordinatore didattico e Docente di Infermieristica preventiva e di comunità, Sezione formativa Bo 1 Scuola C.R.I., Università degli Studi di Bologna

La musicoterapia nell'assistenza infermieristica in area critica



Riassunto

La musicoterapia è considerata da anni, nei paesi in cui l'assistenza infermieristica come disciplina è maggiormente sviluppata, uno strumento di intervento terapeutico infermieristico autonomo (ITNI, Independent therapeutic nursing intervention). L'utilizzo dell'elemento sonoro-musicale all'interno dell'assistenza infermieristica in area critica è giustificato dalle numerose evidenze scientifiche, che ne consigliano la sua introduzione nella prassi assistenziale quotidiana, nell'ottica della best practice e nello sviluppo di una assistenza infermieristica di tipo olistico e umanizzante. La musicoterapia trova applicazione nell'assistenza infermieristica in area critica, come strumento efficace di comunicazione non verbale con l'obiettivo di migliorare diversi outcomes tra i quali la qualità di vita del paziente, la riduzione della sintomatologia dolorosa e degli stati d'ansia. Permette di raggiungere obiettivi complessi come la stimolazione, lo stabilire una comunicazione, il facilitare il recupero della coscienza, la sintonizzazione affettiva con il mondo interiore dei pazienti in coma attraverso l'elemento sonoro-musicale.

Parole Chiave: Musicoterapia, Olistico, Qualità di vita, Performance infermieristiche, Evidenze scientifiche.

La musicoterapia

La musicoterapia è una disciplina che utilizza l'elemento sonoro/musicale all'interno della relazione utente/operatore in un processo sistemico di intervento con finalità preventive, riabilitative e terapeutiche¹.

Le metodologie di applicazione sono due:

1. *la musicoterapia ricettiva o passiva, caratterizzata dall'ascolto di musica registrata (cd) scelta dal paziente o programmata dal terapeuta;*
2. *la musicoterapia attiva, dove la musica è creata dal paziente attraverso, strumenti musicali, oggetti, emissione di suoni e rumori.*

L'applicazione della musicoterapia come intervento sonoro-relazionale è dunque non limitata solo al posizionamento di un walk-man con la giusta scelta musicale e/o sonora. Nelle terapie intensive si riscontra il problema degli ambienti fisici, costantemente saturi di suoni e rumori, in aggiunta al livello sonoro prodotto dall'équipe assistenziale. Uno degli approcci musicote-

rapici più utilizzati nelle terapie intensive, si basa sul modello dell'ISO sonoro di R.Benezon. Secondo tale modello, la storia vitale di ogni individuo contiene un mondo sonoro soggettivo e unico: tale dimensione è definita dal principio dell'ISO. L'ISO è definito come l'insieme infinito di energie sonore, acustiche e di movimento, è il vissuto sonoro, l'immagine sonora di ogni soggetto.

Utilizzando le informazioni dell'ISO universale, rappresentato dai suoni arcaici, ancestrali ereditati geneticamente e contenuti a livello inconscio (il ritmo dato dal battito cardiaco o i suoni atavici della natura), dell'ISO *gestaltico* (che contiene i vissuti sonori del concepimento, come per esempio la voce della madre, il flusso sanguigno, i suoni esterni portati dal liquido amniotico, i rumori del corpo della madre), dell'ISO complementare (con energie sonore e musicali prodotte dalle influenze ambientali) e infine dell'ISO *grupppale*, (rappresentato dal mondo sonoro e musicale prodotto durante l'interazione con un particolare gruppo culturale, per esempio le differenze sonore tra occidentali ed orientali). L'azione musicoterapica diventa un intervento complesso

EDITORIALE

pervenuto il 06/03/07
approvato il 09/03/07

che lavora sugli strati profondi del paziente, cercando di entrare in comunicazione con tutte queste energie sonore, disponibili per una comunicazione non verbale con il paziente, anche in coma. L'obiettivo dunque è una stimolazione, lo stabilire un contatto, il facilitare il recupero della coscienza, la sintonizzazione affettiva con il suo mondo interiore attraverso l'elemento sonoro-musicale.

La stimolazione sonoro-musicale

Nelle terapie intensive, o nei pazienti critici che non possono comunicare, gli approcci base di musicoterapica, prevedono l'uso di cd contenenti generalmente una decina di brani per la durata di 30 o 40 minuti di musica o suoni che il paziente gradiva o ascoltava abitualmente. Per il reperimento delle informazioni sul mondo sonoro del paziente, è indispensabile porre domande ai familiari, seguendo una scheda di raccolta dati per l'anamnesi sonoro-musicale. Reperire per esempio informazioni sulle tradizioni musicali del luogo di origine del paziente, sulle competenze musicali, sulle sue preferenze, sull'esistenza di registrazioni sonore delle voci del paziente e dei familiari, sui programmi radio e televisivi preferiti, sul volume di ascolto della musica, sulle musiche che provocavano rilassamento o tensione. Ovviamente questo è solo un esempio delle schede di raccolta dati musicoterapici, le quali indagano diversi aspetti del mondo sonoro del paziente.

L'ascolto del cd avviene tramite cuffie che permettono di isolare il paziente dai rumori del reparto, con ascolti completi di tutte le tracce; la somministrazione può essere fatta anche dai familiari, rispettando i protocolli di intervento musicoterapico. Oltre alla presenza di musica preferita dal paziente, saranno inseriti nella *track-list* voci, suoni e rumori legati alle attività di vita del paziente o che per lui possano rappresentare particolari significati, nonché suoni e musiche indicate da ricerche scientifiche in relazione allo stadio clinico del paziente critico. Non è indicato l'utilizzo di musiche contenenti loop, groove o fortemente ritmiche, perché hanno carattere ipnotico. L'intensità del volume può essere medio alta.

Gli ascolti devono essere effettuati tutti i giorni, due volte al giorno. Per il moni-

toraggio del paziente durante e dopo l'ascolto del cd, si devono registrare i parametri fisiologici, normalmente monitorati per i pazienti in coma attraverso la *Glasgow Coma Scale*.

Attraverso questo tipo di intervento, si cerca di portare al paziente contenuti di elevato valore emotivo e affettivo, in condizioni in cui il soggetto è in parziale contatto con l'ambiente esterno, dunque con perdita dei confini spazio temporali, in uno stato di fragilità e vulnerabilità per la perdita dell'intergrità individuale.

Nei pazienti in stato vegetativo gli interventi complessi di musicoterapica iniziano con l'utilizzo della voce, attraverso l'improvvisazione di melodie cantate di stampo infantile, dunque con strutture musicali elementari e semplici ma strategicamente sintonizzate sulla tipologia e sulla frequenza del respiro del paziente. Questo è il primo punto di contatto: la voce, a partire dalla vita fetale, è l'esperienza sonora primaria che consente un contatto più diretto. Se durante le sedute musicoterapiche il paziente manifesta una sequenza di movimenti, anche involontari o casuali, essi diventano subito lo spunto per cercare un adatto strumento sonoro da far suonare durante quel comportamento motorio, per esempio posizionando delle sonagliere sulle caviglie o sul polso o un piccolo tamburo appoggiato sulle mani. Questa produzione sonora, anche non volontaria, può rappresentare una prima via, un valore espressivo del paziente e una primordiale strada per un *feed-back* da sviluppare durante le sedute.

Gli effetti psicosomatici

Il suono, come ogni realtà, è una forma di energia che produce effetti sull'organismo umano attraverso la variazione dei campi di energia delle strutture organiche, mentre attraverso la forma materiale, gli effetti si manifestano attraverso la risonanza tra le frequenze sorgente e quelle mente-corpo.

Secondo la psiconeuroendocrinoimmunologia (PNEI), il suono produce effetti terapeutici grazie alla sua azione riequilibratrice sull'asse psiconeuroendocrinoimmunologico: questa affermazione si basa sul fatto che ogni fenomeno psichico induce una modificazione biologica cerebrale, e al tempo stesso, ogni

modificazione strutturale-funzionale cerebrale, produce una modificazione della sfera emozionale, comportamentale, esperienziale.

Questo rapporto circolare, di *network* è in accordo con l'approccio musicoterapico che vede nel suono e nella musica una fenomenologia del paradigma olistico in cui l'uomo è visto come un tutto unificato che manifesta caratteristiche che sono più della somma delle sue parti e differenti dalla somma delle stesse. Secondo alcuni studi, esistono correlazioni tra le frequenze, le note musicali del sistema temperato e le frequenze dei colori, i punti dell'agopuntura (in rispetto dell'equazione di uguaglianza tra massa ed energia), frequenze sonore ed oligoelementi, frequenze sonore e cellule, tessuti e organi. Secondo la teorica infermieristica Martha Rogers, il suono influenza l'asse mente-corpo grazie alla correlazione tra il principio di risonanza della fisica del suono e il principio di risonanza enunciato dalla teorica del nursing. Infatti il cambiamento nel modello e nell'organizzazione del campo umano e ambientale avviene e si propaga per mezzo di onde; il campo umano e il campo ambientale sono sistemi energetici strutturati in campi vibrazionali specifici (modelli d'onda); l'interazione tra uomo e ambiente avviene tramite un flusso ritmico di energia, determinando il processo della vita, come flusso infinito di modelli d'onda (cambiamento), ed infine l'uomo conosce l'ambiente come onda di risonanza.

La revisione della letteratura

La musicoterapia ha un notevole *background* di evidenze scientifiche.

Numerosi sono gli studi di carattere psicologico e medico; si espone di seguito, una revisione della letteratura delle ricerche prodotte dal mondo infermieristico specificatamente per l'area critica. Twiss et al.² nel loro studio RCT, hanno rilevato che l'ascolto di musica in pazienti anziani sottoposti a chirurgia cardiovascolare determinava valori inferiori nei livelli di ansia ($F = 5.57$, $p = .022$) e tempi ridotti di intubazione postoperatoria ($F = 5.45$, $p = .031$). Stubbs³ osserva una induzione di stati di rilassamento e calma nel periodo post ventilazione meccanica in pazienti trattati con la musicoterapia.

Lo studio di Cardozo⁴ riscontra nell'uso dei suoni armonici, un intervento strategico per ridurre i livelli di dolore e di ansia nei pazienti in terapia intensiva, mentre Alemrud et al.⁵ rilevano in pazienti sottoposti a ventilazione meccanica, una diminuzione della pressione arteriosa sistolica e diastolica durante la sessione di musicoterapia, ed un corrispondente incremento dei valori pressori al termine del trattamento musicoterapeutico.

Murrock⁶ rileva in pazienti in fase riabilitativa post chirurgica da innesto di bypass aorto-coronarico, un significativo miglioramento dell'umore durante le sessioni sinergiche di esercizi riabilitativi e musicoterapia (gruppo sperimentale) rispetto alla stessa tipologia di pazienti che non usufruivano del trattamento musicoterapeutico durante gli esercizi riabilitativi (gruppo di controllo). Nello studio RCT di Lee et al.⁷, 64 soggetti in ventilazione meccanica sono stati assegnati casualmente in due gruppi: quello sperimentale era trattato con 30 minuti di ascolto di musica, mentre quello di controllo con il riposo, allo scopo di misurare l'effetto della musica sui livelli di ansia.

I risultati hanno mostrato miglioramenti significativi sulla percezione dell'ansia e sul comfort; l'elemento sonoro-musicale è indicato come strumento di *best practice* per l'assistenza infermieristica in unità di terapia intensiva. Lindquist et al.⁸, evidenzia che il 96.4% degli infermieri americani usa uno o due terapie complementari tra cui la musica come strumento per la gestione dello stress e il mantenimento di un equilibrio psicofisico. Richards et al.⁹ riscontrarono nell'uso della musica un intervento che favorisce il sonno nei pazienti critici, indicandola come un intervento infermieristico sicuro e che dovrebbe essere applicato ordinariamente nell'assistenza in area critica.

Il lavoro di revisione di Iriarte Roteta¹⁰ condotto sui database Medline, CINAHL, Embase e PsycLit del Cochrane, per la ricerca di revisioni sistematiche e studi RCTs, individua due *Random Control Trials* e una revisione che rispetta i criteri di inclusione, i quali riportavano risultati indicanti differenze significative fra i gruppi sperimentali e di controllo sul post-test nella riduzione dell'ansia nei pazienti in ventilazione meccanica. McCaffrey et al.¹¹ affermano che l'utilizzo della musica rappresenta

un intervento assistenziale infermieristico di tipo integrale e olistico e rappresenta un intervento efficace, non invasivo che permette la promozione della salute e del benessere attraverso la riduzione del dolore, dell'ansia, favorendo il rilassamento e permettendo attraverso l'effetto della distrazione di ottenere effetti benefici rispetto agli stati emotivi negativi del paziente. White¹² afferma che la musica è sempre stata usata dalla medicina e dal nursing nella storia dell'assistenza, non solo per i classici trattamenti indicati per la musicoterapia ma anche per ridurre il consumo dell'ossigeno da parte del miocardio e per migliorare le funzioni gastrointestinali. Sempre White¹³ indica la musicoterapica come un intervento di facile gestione, relativamente economico e non invasivo che migliora il livello di soddisfazione e diversi *outcomes* dei pazienti critici. Chlan et al.¹⁴ rilevarono l'utilità della musica nella gestione dello stress e per una migliore percezione del controllo ambientale da parte dei pazienti critici. Standley¹⁵ riscontra che l'ascolto del pezzo musicale di Brahms "Lullaby" con durate di ascolto di 15-30 minuti, per una o due volte alla settimana, da parte di neonati prematuri in terapia intensiva, aumenta il rapporto peso/giorno sia per i maschi che per le femmine, nonché un aumento della tolleranza agli stimoli ambientali e un aumento dello stato di calma da parte dei neonati prematuri. Infine nello studio quasi sperimentale di Byers et al.¹⁶ l'ascolto di musica, in prima giornata post-operatoria, in pazienti sottoposti a chirurgia cardiaca, ha diminuito la sensibilità al rumore ambientale del reparto, la frequenza cardiaca e i valori della pressione sistolica.

Conclusioni

Nei paesi in cui l'assistenza infermieristica come disciplina è maggiormente sviluppata come gli U.S.A., Australia e Canada, l'uso della musica sta avendo da diversi anni un notevole sviluppo sia nella metodologia d'uso, sia nei sistemi di valutazione degli *outcomes* che nella ricerca. La musicoterapia è considerata in tali paesi come strumento di intervento terapeutico infermieristico autonomo (ITNI, Independent therapeutic nursing intervention), ed è spesso in sinergia con altri interventi di cure complemen-

tari¹⁷⁻¹⁸. In Italia non esiste una formazione in musicoterapia specifica per gli infermieri e l'unica strada formativa è rappresentata da scuole di musicoterapia di durata generalmente triennale, le quali, nella maggior parte dei casi, aderiscono alla Confederazione Italiana Associazioni di Musicoterapia (COFIAM), la quale, attraverso un protocollo d'intesa, definisce i criteri didattici che devono essere rispettati nella formazione in musicoterapia.

Bibliografia

1. BUNT L., *Music therapy: an art beyond words*, Routledge, 199, England.
2. TWISS E., SEAVER J., MCCAFFREY R. *The effect of music listening on older adults undergoing cardiovascular surgery*. Nurs Crit Care. 2006 Sep-Oct;11(5):224-31.
3. STUBBS T. *Experiences and perceptions of music therapy in critical illness*. Nurs Times. 2005 Nov 8-14;101(45):34-6.
4. CARDOZO M. *Harmonic sounds: complementary medicine for the critically ill*. Br J Nurs. 2004 Dec 9-2005 Jan 12; 13(22):1321-4.
5. ALEMURUD S., PETERSSON K., (2003) *Music therapy-a complementary treatment for mechanically ventilated intensive care patients*. Intensive and Critical Care Nursing 19,21-23.(32)
6. MURROCK CJ.,(2002) *The effects of music on the rate of perceived exertion and general mood among coronary artery bypass graft patients enrolled in cardiac rehabilitation phase II*. Rehabilitation Nursing 27(2),227-231.
7. LEE OK, CHUNG YF, CHAN MF, CHAN WM. *Music and its effect on the physiological responses and anxiety levels of patients receiving mechanical ventilation: a pilot study*. J Clin Nurs. 2005 May;14(5):609-20
8. LINDQUIST R., TRACY MF., SAVIK K. *Personal use of complementary and alternative therapies by critical care nurses*. Crit Care Nurs Clin North Am. 2003 Sep;15(3):393-9
9. RICHARDS K., NAGEL C., MARKIE M., ELWELL J., BARONE C. *Use of complementary and alternative therapies to promote sleep in critically ill patients*. Crit Care Nurs Clin North Am. 2003 Sep;15(3):329-40.
10. IRIARTE ROTETA A. *Music therapy effectiveness to decrease anxiety in mechanically ventilated patients*. Enferm Intensiva. 2003 Apr-Jun;14(2):43-8
11. MCCAFFREY R., LOCSIN RC. *Music listening as a nursing intervention: a symphony of practice*. Holist Nurs Pract. 2002 Apr; 16(3):70-7.
12. WHITE JM. *Music as intervention: a notable endeavor to improve patient outcomes*. Nurs Clin North Am. 2001 Mar;36(1):83-92
13. WHITE JM. *State of the science of music interventions*. Critical care and periopera-

- tive practice. Crit Care Nurs Clin North Am. 2000 Jun;12(2):219-25.
14. CHLAN L., TRACY MF. *Music therapy in critical care: indications and guidelines for intervention*. Crit Care Nurse. 1999 Jun;19(3):35-41.
15. STANDLEY JM. *The effect of music and multimodal stimulation on responses of premature infants in neonatal intensive care*. Pediatr Nurs. 1998 Nov-Dec;24(6):532-8
16. BYERS JF., SMYTH KA. *Effect of a music intervention on noise annoyance, heart rate, and blood pressure in cardiac surgery patients*. Am J Crit Care. 1997 May;6(3):183-91
17. GAGNER-TJELLESEN D., YURKOVICH EE., GRAGERT M.(2001) *Use of music therapy and other ITNIs in acute care*. Journal of Psychosocial Nursing Mental Health Service 39(10),26-37.
18. BARBER CF. (1999) *The use of music and colour theory as a behaviour modifier*. British Journal of Nursing 8(7),443-448.

Abstract

Music therapy is considered, from several years in countries with an advanced nursing, an Independent Therapeutic Nursing Intervention. The use of the sonorous musical element in critical nursing care area is justified by the numerous scientific evidences, and its introduction in the daily nursing praxis, for development the best practice and holistic nursing. Music therapy is an optimal instrument for critical nursing care area, because its is an effective not oral communication modality, to improve various outcomes like the patient quality of life, pain and anxiety reduction, until complex objectives like stimulation, establishing a communication, facilitating conscience linking, an affective synchronization with the inner patients coma world by sonorous-musical element.

Key words: Music Therapy, Holism, Life Quality, Nursing Performance, Evidence Based Nursing.



IX Congresso ANIARTI - Umbria

Assisi – S. Maria degli Angeli

08 giugno 2007

Infermieri nel mondo

L'Infermieristica abbatte i confini nazionali e si apre
"al respiro del mondo"



Sessione del Mattino

08.00 Registrazione dei partecipanti - **INIZIO DEI LAVORI**

Prima Sessione: la solidarietà, il volontariato, gli operatori sanitari nel mondo; la filosofia Aniarti.
Moderatore: Francesco Dottori

08.30 / 08.45 L'Infermiere nel mondo; introduzione alla tematica. **Relatore: Nora Marinelli**

08.45 / 09.30 ANIARTI: il contributo degli Infermieri di Area Critica alle attività del volontariato internazionale. **Relatore: Gianfranco Cecinati**

09.30 / 10.30 Aniarti e le esperienze formative internazionali: Exchange Program – Programma di scambio di EfCCNa. **Relatore: Erika Bassi**

10.30 / 10.45 Coffee break

Seconda Sessione: le esperienze nel mondo. Moderatore: Francesco Dottori

10.45 / 11.45 Esperienza di un infermiere in Iraq e in Africa. **Relatore: Filippo De Bruno**

11.45 / 12.45 Esperienza in un Ospedale di Emergency in Sierra Leone. **Relatore: G. Antonio Senni**

12.45 / 13.30 Esperienza di un gruppo d'infermieri in Eritrea. **Relatore: Ilaria Zuccherfno.**

Chiusura della sessione - Pausa pranzo

Sessione Pomeridiana INIZIO DEI LAVORI

Terza Sessione: organizzazione e progettualità del volontariato internazionale.
Moderatore: Silvia Scelsi

14.45 / 15.45 Medici senza Frontiere, presentazione, iniziative, esperienze.
Relatore: Grazia Marcianesi Casadei.

15.45 / 16.30 Esperienza di un Infermiere a Kabul con Emergency. **Relatore: Massimo Spallato**

16.30 / 17.15 Progetto AIFO. Kimbaw. Repubblica democratica del Congo. **Relatore: Chiara Castellani**

17.15 / 18.00 Esperienza di un infermiera in Pakistan: terremoto del 2005. **Relatore: Paola Barzagli**

18.00 / 19.00 Tavola rotonda su:

Il ruolo dell'associazionismo internazionale nelle politiche per la pace e per il superamento delle diseguità sociali. **Conducono: Giancarlo Brunetti – Andrea Mezzetti**

Questionario di apprendimento - Chiusura lavori congressuali - Consegna attestati di partecipazione

La brochure informativa dell'evento, completa di tutte le informazioni necessarie per la partecipazione, è disponibile per il download e la stampa nella sezione eventi formativi del sito www.aniarti.it

I destinatari per il quale è stato richiesto l'accreditamento ECM, sono unicamente gli **Infermieri**.

Sono disponibili 300 posti - Iscrizioni aperte sino al 30 maggio 2007

Segreteria scientifica: Nora Marinelli, Silvia Scelsi

Organizzazione e informazioni: Francesco Dottori 3397691469, Gian Domenico Giusti 3487230282

Per iscriversi occorre compilare il modulo di iscrizione nella sezione eventi formativi del sito www.aniarti.it ed inviare unicamente tramite fax al numero 075/6309844 la ricevuta di versamento del bonifico bancario o del bollettino postale. L'assegnazione dei posti disponibili avverrà in base alla data di invio della scheda d'iscrizione. Chiunque inviasse l'iscrizione entro il termine previsto (30 maggio 2007) ma in condizioni di esaurimento dei posti, non ha diritto all'iscrizione e riceverà il rimborso della quota. Si consiglia di verificare l'avvenuta iscrizione contattando il delegato ANIARTI – UMBRIA Francesco Dottori al numero 339/7691469. Non verranno accettate iscrizioni prive della copia della ricevuta di pagamento o inviate con modalità diverse rispetto a quelle indicate o ad altro numero di fax.

Debora Cesar, Infermiera, SOC di Anestesia e Terapia Intensiva I° servizio AOU S. M. della Misericordia, Udine.

L'infermiere case manager in area critica: esperienze ed opportunità



Riassunto

Il Case Management, metodo che mira a migliorare l'efficacia e la qualità sanitaria, rispetta quell'eccellenza clinica-assistenziale, propria del "governo clinico", dove i professionisti e le organizzazioni si rendono responsabili della salvaguardia di alti standard assistenziali. Questo modello, assieme alla figura dell'Infermiere Case Manager, viene già largamente adottato nelle realtà straniere, nell'assistenza territoriale ed ospedaliera in ambiti che accolgono pazienti cronici ed in alcuni contesti che accolgono pazienti critici. In Italia ancora ad oggi questo modello non è diffuso, poco conosciuto e sperimentato, se non in qualche singolare realtà, nonostante porti degli ottimi risultati per i pazienti e le organizzazioni sanitarie. Il lavoro qui proposto di conseguenza ha lo scopo di illustrare contenuti, caratteristiche, risultati ottenuti grazie a questo modello, e le proposte formulate e rivolte in particolar modo all'assistenza del paziente critico, per conoscere e riflettere sulle sue opportune e possibili applicazioni.

Parole chiave: Case Management, Unità di Cure Intensive/Dipartimento d'Emergenza, Assistenza infermieristica, Modello pratico, Multidisciplinare.

Il Case Management, utilizzato da tempo in diversi contesti lavorativi ed in diversi paesi, è un modello operativo in grado di migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza sanitaria, basato sulla logica di coordinamento delle risorse da utilizzare per la specifica patologia di un paziente, attraverso le diverse strutture ed organizzazioni del sistema sanitario. Considera il paziente come una entità che sta vivendo un percorso di malattia e non soggetto a cure frammentarie ed episodiche, dando attenzione alla centralità del paziente stesso ed ai suoi familiari.

Il Case Management viene definito un processo basato sulla collaborazione di professionisti di diverse aree, teso alla valutazione, pianificazione, implementazione, monitoraggio e selezione delle opzioni e servizi che possono soddisfare i bisogni individuali del paziente. (Case Management Society of America, 1993). Va da sé che più complesso sarà il problema / bisogno del paziente più elevato sarà il rischio di utilizzazione impropria dei servizi, di riammissioni improprie in ospedale e di frammentazione e ritardo del processo diagnostico-terapeutico. In altre parole ha lo scopo di ottimizzare l'appropriatezza e il rapporto costo-efficacia delle cure, assicurando alla persona di ricevere le

cure giuste, nel momento giusto e nel tempo giusto. Si declina così in:

- una più efficace educazione e comunicazione con i pazienti e familiari;
- una pronta identificazione dei bisogni di assistenza;
- una riduzione delle barriere potenziali o reali alla dimissione;
- una identificazione dei problemi del paziente in modo preventivo;
- una eliminazione di duplicati di assistenza;
- una riduzione degli errori di trattamento;
- una assistenza individualizzata.

Gli elementi caratterizzanti e sempre presenti in un modello organizzativo di questo tipo sono: l'esistenza di un Team multidisciplinare, un percorso clinico/assistenziale ed un Case Manager (CM), che si farà garante e coordinatore del percorso stesso.

1. Background

Diversi studi americani testano la valenza della strategia del Case Management; in uno studio di Harrison, Nolin e Suero del 2001 (e Staton & Nix 2003) venivano posti a confronto ospedali nei quali la figura del Case Manager era inserita nelle degenze per acuti ed ospedali dove tale figura era inesistente. Oggetto

EDITORIALE

pervenuto il 11/12/06
approvato il 09/03/07

di questa indagine sono stati 4439 ospedali per acuti, 2725 di queste strutture sanitarie in cui si applicava il Case Management sono state messe a confronto con 1714 ospedali che ne erano privi. I risultati hanno mostrato notevoli evidenze positive a sostegno della strategia del Case Management. Gli ospedali in cui era stata inserita la figura del Case Manager avevano ottenuto una riduzione dei costi, un minor ritorno dei pazienti per la stessa patologia ed una riduzione di occupazione dei posti letto.¹

Il Case Management quindi fornisce strategie e strumenti che permettono di collegare assetti organizzativi diversi, risorse e modalità operative in funzione di obiettivi sanitari anche in contesti ospedalieri per patologie acute e critiche.

Risponde a logiche comuni come la necessità dell'utilizzo di risorse e piani individualizzati adeguati ai reali bisogni dell'utenza e all'orientamento degli operatori coinvolti verso il raggiungimento di obiettivi chiari, in tempi predefiniti e sempre verificabili.

Pochi ancora sono gli studi che documentino il successo del Case Management nei dipartimenti d'emergenza e reparti intensivi, ma vi sono comunque un certo numero di studi (Brewer & Jackson, 1997; Coleman et al., 2001; Merlot et al., 1995; Hulseley, 1999; Woolbright, 1997) che dimostrano come un Case Manager, utilizzando adeguate strategie di collaborazione nei confronti del team e nella gestione dei casi, possa ridurre già dall'accesso al Pronto Soccorso, visite inappropriate e ri-accessi ai servizi d'Emergenza oltre ad inappropriati ricoveri nelle Terapie Intensive; in uno studio (svolto nel periodo di 1 anno) condotto in un ospedale statunitense (con 534 letti di area critica) prima dell'introduzione dell'Infermiere Case Manager (ICM), in un dipartimento d'Emergenza, solo 67 casi (44%, n. 152) incontravano i criteri necessari per l'ammissione in Terapia Intensiva, dopo la sua introduzione 85 (55%, n. 152) casi rispecchiarono i criteri richiesti, incrementando così i ricoveri appropriati dell'11%. Inoltre durante lo studio si calcolarono le ore spese per "deviare" i pazienti dalle TI per mancanza di posti letto, di fatto nei primi 3 mesi che precedevano l'introduzione dell'ICM le ore dedicate a deviare il paziente erano 301.75 (61%), mentre

durante i tre mesi successivi all'introduzione dell'ICM il totale delle ore fu di 194.5 (39%).²

Riducono così i costi e conseguenti a setting sproporzionati ai bisogni assistenziali individuali e forniscono più efficaci ed elevati livelli di cure riservando l'ospedalizzazione a quei pazienti con reali necessità di accesso ad un servizio di cure intensive. Inoltre riducono i tempi d'attesa e migliorano la qualità delle cure erogate favorendo una maggiore soddisfazione del cliente e dell'intero staff che si sente più gratificato rispetto ai risultati ottenuti (Stanton & Nix, 2003).³⁻⁴

La sempre maggiore complessità assistenziale e l'ormai elevata età dei pazienti che hanno accesso alle unità di cure intensive con conseguente prolungarsi della degenza necessita di un piano coordinato di cure che prenda in considerazione fattori, eventi avversi e strategie che possano ridurre la variabilità di procedure assistenziali, diagnostiche o terapeutiche, che migliorino l'educazione e comunicazione con i pazienti e familiari riguardo al loro percorso assistenziale, che riducano i costi e la degenza media, oltre a favorire risultati in termini di appropriatezza dell'uso delle risorse, maggiore integrazione tra servizi e professionisti e migliore qualità percepita.

La peculiare caratteristica che porta all'accesso alla maggior parte delle Terapie Intensive è la necessità di una adeguata monitoraggio e supporto ventilatorio da fornire al paziente critico, caratteristica che diverrà poi discriminante sulla scelta di un eventuale trasferimento del paziente ad altra Unità Operativa, e quindi fornendo la possibilità di un nuovo accesso. Si è visto infatti che una gestione multidisciplinare con un percorso predefinito (es. *clinical pathway*) e coordinato da un infermiere Case Manager nel weaning ventilatorio ha un maggiore successo rispetto a modelli tradizionali,⁵ riduce i tempi di degenza, migliora le condizioni di stabilità del paziente che viene trasferito dal reparto con conseguente riduzione di riammissioni; l'utilizzo inoltre di adeguati percorsi clinici può ridurre il tempo medio di ventilazione meccanica da 6 a 4.5 giorni diminuendo le complicanze da ventilazione prolungata.⁶⁻⁷⁻⁸ Inoltre numerosi studi dimostrano che linee guida incorporate in *clinical pathway* per il trauma garantiscono una

riduzione della mortalità, della durata media della degenza e del numero di giorni di ventilazione meccanica⁹⁻¹⁰⁻¹¹⁻⁷

In uno studio di Curtis K. (2002) fu implementato e studiato un modello di Case Management per pazienti critici con trauma, presso un dipartimento d'emergenza medico e traumatologico in Australia. Tale modello di gestione fu messo a confronto con alcune variabili quali le complicanze che potevano insorgere in ospedale, la lunghezza del ricovero, la percentuale di possibili eventi avversi; altre misure includevano la soddisfazione dello staff e l'utilizzo di risorse/servizi assistenziali integrati. Un numero di 148 pazienti, con un *Injury Severity Score* < 16, furono studiati per un periodo di 5 mesi dopo l'introduzione di un modello di Case Management e l'utilizzo di un infermiere Case Manager per il trauma e successivamente comparati con 327 pazienti ricoverati nei 12 mesi precedenti. I risultati dimostrarono una riduzione dei tempi di degenza soprattutto per i pazienti anziani e con un trauma severo, un utilizzo più efficiente e coordinato dell'uso di risorse sanitarie ($p < 0.0001$), una riduzione della percentuale di possibili eventi avversi ($p < 0.0015$), oltre ad una migliore percezione sull'efficacia delle cure erogate al paziente da parte dello staff. ($p < 0.0001$).¹²

Altrettanto si è constatata l'efficacia della gestione di pazienti con trauma cranico rispetto ad un approccio multidisciplinare e coordinato che anticipi e pianifichi le possibili complicanze cliniche/assistenziali ed organizzative che possano insorgere, onde prevenirle, che preveda i passi successivi del percorso, che possano portare a migliori outcome e di conseguenza migliori esiti anche nella fase riabilitativa¹⁰⁻¹³⁻¹⁴⁻¹⁵. Un problema che ancora permane nella nostra realtà è la poca disponibilità di strutture che siano in grado di fornire cure intermedie e la possibilità ad avere un rapido accesso ai centri di riabilitazione funzionale. Grava così sulle Terapie Intensive questa tipologia di pazienti che rimane per un tempo di degenza anche di 20-30 giorni, non permettendo una disponibilità di posti letto adeguata ad un'area critica, con il rischio inoltre, come si è detto, di compromettere gli outcome a lungo termine per il paziente stesso. Queste ed altre motivazioni spingono alla necessità di un coordinamento delle cure complesse ed arti-

colate come quelle necessarie per un paziente critico e l'inserimento di una figura di Case Manager che si faccia garante dei percorsi clinici/assistenziali.

2. I perché ed utilità sull'inserimento di un Infermiere Case Manager nei Dipartimenti d'Emergenza

Per comprendere questa figura va prima definita nel suo ruolo e responsabilità, che si delineano nel coordinamento dell'assistenza di uno o di un gruppo di pazienti assegnatigli (con determinati criteri predefiniti). Assegnazione che viene effettuata con l'ammissione alla struttura e talvolta si estende anche oltre la dimissione. L'infermiere Case Manager è difatti responsabile nell'accertare i problemi (fisici, psico-sociali, emotivi) dei pazienti e loro familiari, usa percorsi per dirigere e valutare i trattamenti scelti per i pazienti che vengono da loro approvati (ove possibile), valuta gli standard mantenuti e outcome raggiunti nel tempo, fornisce assistenza diretta, facilita i processi assistenziali organizzando ed integrando le diverse figure professionali all'interno del percorso, partecipa a riunioni del team interdisciplinare con lo scopo di favorire la stesura integrata del piano assistenziale; si assicura che i pazienti non ricevano cure inadeguate e mantiene l'allocazione delle risorse più adatte. Deve quindi possedere competenze cliniche esperte, di pianificazione e progettazio-

ne, abilità manageriali oltre a capacità relazionali/comunicative e di educazione nei confronti del paziente e suoi familiari che dovranno scegliere ed orientarsi all'interno del processo di cure. *Perché l'infermiere?* L'infermiere per la sua formazione multidimensionale, competenze relazionali e conoscenze organizzative inerenti la propria struttura e funzioni riguardo le diverse figure sanitarie alle quali potersi rivolgere, è stato riconosciuto come professionista più adeguato a questo ruolo, da tutte le strutture che lo hanno sperimentato nei vari paesi del mondo. Cohen e Chesta (1993) sostengono che gli infermieri sono appropriati per sostenere il ruolo di CM perché in grado di fornire la maggior parte dei servizi che le altre professionalità offrono ai pazienti, mentre queste non sono preparate per provvedere alle attività di assistenza diretta. Anche Pergola (1992) raccomanda gli infermieri per il ruolo di CM sia per le loro abilità cliniche sia per la capacità di migliorare il coordinamento dei servizi, per far fronte alle necessità degli utenti e per la loro prospettiva olistica che li caratterizza.¹⁶

All'interno dei Pronto Soccorso viene identificato come figura chiave (che affianca l'infermiere di triage) per ridurre l'utilizzo improprio del servizio, figura che si fa carico e rileva tutte le situazioni di disagio, nelle prime visite, nei tempi di attesa per le indagini e durante l'osservazione clinica, oltre a pianificare percorsi individuali e fornire una

"care" in particolar modo a quei pazienti con situazioni di patologie recidivanti, disabilità, instabilità psicologica, scarsa capacità di auto-cura; tutte situazioni e patologie che non necessariamente necessitano di un servizio di Pronto Soccorso (codificate generalmente con un codice colore bianco) in quanto non manifestano una instabilità clinica acuta e che potrebbero trovare migliore soluzione attraverso percorsi di cura alternativi, oltre a gravare sul servizio d'Emergenza con un ritorno poi della maggior parte di questi pazienti che evidentemente non incontrano una soluzione definitiva al loro problema. In Italia questa tipologia di pazienti costituiscono circa il 30-50% degli accessi al PS (in FVG costituiscono il 50-60% degli accessi - dati Istat 2006). L'ICM avrà quindi anche il compito di tenere i contatti, tramite canali preferenziali, con i servizi sociali e l'assistenza territoriale, per segnalare ed eventualmente affidare questi casi a percorsi più appropriati garantendo una reale presa in carico ed una continuità assistenziale.^{1,2} Se già da tempo in altri paesi si è delineata la funzione di questa figura nei servizi di Pronto Soccorso non altrettanto ben definita lo è quella all'interno delle Terapie Intensive e Semi-intensive, se pur in queste unità venga adottato (come in diversi contesti italiani) un modello organizzativo assistenziale per Primary Nurse. Di fatto il Case Management viene considerato una evoluzione ed estensione del concetto

Tabella 1.1 Classificazione dei principali modelli operativi

Componenti	Situazione Pre-primary Nurse	Primary Nurse	Case Management
Punto focale/ Responsabilità	Esecuzione di compiti o giri	Processo di assistenza individualizzato	Risultato complessivo del percorso (outcome)
Potere	Dipendente, estensione del ruolo medico	Infermiere esperto con specifiche competenze	Il governo del percorso è legato agli obiettivi previsti
Ruolo e identità	Esecutore e relatore	Pensatore, accompagnatore, ruolo terapeutico della relazione.	Gestore del caso, stimola la guarigione
Valutazione	Qualità personali a completamento della responsabilità	Competenza	Efficacia, efficienza, qualità
Organizzazione della struttura	Basato sul turno (8ore),interscambiabilità dei professionisti, continuità sporadica.	Basata sulle 24 ore, un Primary Nurse per paziente, uso di settori o moduli o altro tipo di assegnazione dei pazienti	Basata sulla presa in carico del paziente, uso di pratiche collaborative ed inter-professionali.
Management delle strutture o processi	Altamente centralizzato con attenzione al ruolo	Decentralizzato con attenzione alla dinamica di gruppo, infermiere coordinatore e decisore clinico.	Centralizzato e decentrato con attenzione all'organizzazione e al sistema complessivo.
Abilità	Funzioni strumentali, burocrazia, ruolo passivo	Funzioni espressive, interazioni partecipate	Leadership, Management, ricerca clinica, consultazione

Adattata da Zander K., New England Medical Center Hospital, Boston, 1988

Tabella 1.2 Le tappe del processo di nursing declinate nel Case management

Processo di Nursing	Case Management
Accertamento	Multidimensionale
Diagnosi	Identificazione dei problemi attuali e potenziali
Pianificazione	Team interdisciplinare, risultati attesi da un piano integrato di cure
Attuazione	Coordinata e gestita da un team leader , case manager, che facilita la realizzazione del piano e assume la direzione verso i risultati attesi
Valutazione	Dei risultati raggiunti in coerenza con il piano di cure e definizione del piano di dimissione

Adattata da Cesta T.,Takan M.,e coll.,1999

Tabella 1.3 Schema di critical pathway

Area di cura	Giorno 1	Giorno 2	Giorno 3
·Valutazioni			
·Consultazioni			
·Pianificazione			
-diagnosi			
-cura			
-educazione			
-dimissione			
·Esami-trattamenti			
·Medicazioni			
·Dieta			
·Attività del paziente			
·Piano della dimissione			
·Utilizzazione delle risorse			
·Piano di insegnamento ai familiari			
che fungono da care giver			

[Models and critical pathways in Clinical Nursing. Conceptual frameworks for Care Planning. Baillière, Tindall, London, 1997. Adattata da Walsch M.]

di Primary Nurse (vedi tabella 1.1). Sicuramente la criticità e variabilità dell'evoluzione clinica di un paziente ricoverato in una unità di cure intensive limita e non facilita la possibilità per gli operatori a poter prevedere e quindi pianificare in maniera sistematica un percorso assistenziale, anche di tipo infermieristico, demandando questa importante funzione alle fasi riabilitative. Ciò non toglie che già dalle prime ore di accesso al servizio, gli infermieri ed il personale esperto non possano prevedere e pianificare le necessità ed eventuali ostacoli o complicità che potranno potenzialmente verificarsi durante tale percorso, se pur suscettibili di modifiche. Va tenuto inoltre conto della tipologia di pazienti con età elevata e multipatologie che negli ultimi anni

continuano ad afferire a tali servizi. In uno studio nazionale statunitense si è stimato che nell'anno 2001 il costo totale delle cure intensive erogate corrispondevano al 23% dei costi degli ospedali per un totale di 67,5 miliardi di dollari l'anno; un dato in continua crescita. Esaminando la situazione delle terapie intensive avevano notato che la tipologia dei pazienti era cambiata, accrescevano il numero di pazienti critici con patologie croniche e con esperienze di ricoveri prolungati oltre ad essere spesso accompagnati da difficoltà nello svezzamento dalla ventilazione meccanica.¹⁷⁻⁷⁻¹⁸ Burn e colleghi⁵⁻¹⁷⁻¹⁸ inoltre testarono, per un periodo di 12 mesi, 5 TI nelle quali l'assistenza era fornita da infermieri con formazione esperta, chiamati

a valutare gli esiti e a monitorizzare l'aderenza di una *clinical pathway* disegnata per il weaning da ventilazione meccanica a lungo termine (>3 giorni), confrontando poi l'assistenza erogata ai pazienti dell'unità stessa, prima dell'implementazione di questi interventi. I pazienti così gestiti e con un percorso clinico predefinito, dimostravano una riduzione dei giorni medi di ventilazione meccanica ($P < .001$) ed una riduzione dei tempi di degenza ($P < .001$). Nella scelta a favore di questo modello va quindi tenuta in considerazione la complessità dei servizi di rianimazione, la presenza di pazienti, che rispetto al passato, richiedono un carico assistenziale più gravoso, causa anche l'elevata età e multipatologia che possono presentare, oltre ad operarvi più e numerosi specialisti sanitari con metodologie operative diverse, che pur avendo scopi comuni spesso non condividono e coordinano i loro obiettivi ed interventi. Nella individuazione ed assegnazione dei casi, definiti appropriati e che meglio aderiscono ad un modello di Case Management, vi sono alcuni criteri di scelta¹⁶:

- *pazienti/e con malattie che comportano elevato danno,*
- *condizioni patologiche croniche,*
- *necessità di servizi complessi,*
- *necessità di dimissioni complesse,*
- *manca di appoggio sociale,*
- *alto rischio di complicazioni con elevato uso di risorse,*
- *elevata lunghezza del ricovero e /o riammissioni multiple,*
- *e ancora possono essere scelti sulla base di una popolazione molto elevata di pazienti per quel servizio.*

È evidente che anche un paziente critico può ricoprire almeno tre di questi criteri.

3. Quali le possibili applicazioni

Analizzando i criteri di scelta, target di pazienti che necessiterebbero di un *Case Manager* e di una eventuale *pathway* e tenuto conto delle difficoltà nel pianificare e seguire con continuità un percorso predefinito per un paziente critico, non tutti i pazienti o gruppo di pazienti possono essere gestiti con questo modello, ma vanno individuati a seconda delle caratteristiche peculiari di ogni Unità Operativa. Si può comunque includere in questo target i pazienti

con percorsi lunghi e che prevedono una fase riabilitativa complessa come i politraumi o traumi cranici, i pazienti che sono affetti da BPCO e/o necessitano di *weaning* complesso, ed i pazienti cardiopatici e/o che hanno subito interventi cardiocirurgici fortemente debilitanti. (Uno studio su Lancet - di Stewart S, et al, 1999- ha dimostrato il miglioramento della prognosi clinica grazie all'intervento infermieristico in 100 pazienti con scompenso cardiaco trattati con un approccio multidisciplinare coordinato: riducendo le riammissioni in ospedale e le giornate di degenza e con una riduzione del 40% del numero di eventi primari avversi).

Va tenuto presente che in qualsiasi percorso previsto per il paziente critico questo sarà più ricco di contenuti nelle prime fasi dove vi è un maggior carico di lavoro e di complessità assistenziale, anche e soprattutto per l'infermiere (attività comprese nell'area collaborativa), man mano che diminuisce l'instabilità clinica o aumenta il livello di coscienza e quindi di consapevolezza del paziente, il carico di lavoro infermieristico deriverà prevalentemente dalle attività informativo/educative/relazionali per poi infine, quando la situazione si stabilizzerà, fino ad arrivare alle funzioni di pianificazione e supervisione di alcuni interventi che potrebbero esser demandati alle figure di supporto; in questo percorso la competenza infermieristica ha la caratteristica di prevedere situazioni che possono divenire critiche, di come e quando mettere in atto azioni che possono derivare da una prescrizione e nell'interpretare e valutare segni e sintomi presenti, richiede inoltre la capacità di saper attivare ulteriori ed appropriate risorse quali ad esempio i vari professionisti del team di cura, solo successivamente l'infermiere "mobilizzerà le risorse" della persona assistita o suo caregiver attraverso l'informazione, educazione e addestramento, affinché possano essere operate scelte consapevoli ed attuate azioni autonome (autocura)¹⁹.

Nelle unità di cure intensive viene garantita già da tempo un'assistenza individualizzata, spesso invece non presente per problemi organizzativi nei reparti di degenza, permane però il problema nel garantire una continuità delle cure; nonostante la presenza costante di una équipe composta da più specialisti e professionisti qualificati non sempre

vi è una integrazione degli interventi, effettuati invece in maniera frammentaria; non vengono formulati obiettivi a lungo termine né verificati, e mentre l'attenzione è focalizzata a liberare il posto letto per un ricovero successivo, si perde di vista l'importanza di trovare strutture e unità operative adeguate e che rispecchino i criteri necessari a rispondere ai bisogni specifici per quel tipo di paziente; inoltre una volta trasferito il paziente non c'è a posteriori una verifica sugli outcome raggiunti rispetto agli obiettivi che ci si era prefissati (manca un followup), né una verifica sulla soddisfazione del paziente rispetto ad una linea di condotta che si mantenga coerente con le proprie esigenze. Il Case Manager potrebbe quindi divenire un punto di riferimento per il paziente e i suoi familiari, adempiendo ad alcune peculiari funzioni:

- *figura (ricoperta da un'infermiere non turnista) sempre presente durante il periodo di degenza;*
- *rendere operative le clinical pathway;*
- *migliorare l'integrazione delle azioni e comunicazione tra i componenti del team;*
- *richiamare il team a rispettare tappe e tempi predefiniti nel piano di cure;*
- *istituire riunioni di team per la discussione dei casi;*
- *ridurre i tempi di attesa per le indagini diagnostiche e interventi terapeutici richiesti, attivando preventivamente le risorse necessarie;*
- *fornire consulenza, nei reparti che accolgono successivamente il paziente, rispetto agli obiettivi del percorso e come esperto clinico, onde evitare riammissioni e garantire una continuità;*
- *tenere i contatti e conoscere la disponibilità e qualità delle cure erogate dalle strutture che potrebbero accettare il paziente;*
- *garantire che la documentazione rispetto al percorso segua sempre il paziente e verificarne l'aderenza;*
- *coordinare le esigenze e i tempi di operatività del personale con le esigenze del paziente;*
- *collaborare con l'infermiere che svolge primary nurse per la pianificazione individualizzata.*

Gli strumenti di cui si avvale saranno: la scheda e la cartella infermieristica, schede di valutazione sull'autocura e livelli di autonomia del paziente, la documentazione riguardante un percor-

so specifico e già programmato (*clinical e/o critical pathway*), moduli di diagnosi infermieristiche e relativo piano nursing, database relativo agli enti e ai servizi accettanti il paziente critico e la disponibilità dei professionisti interessati all'interno del percorso di cure, database che riassume il percorso del malato all'interno della struttura e che comprenda ricoveri precedenti e la sua storia clinica (per evitare la dispersione di informazioni preziose), linee guida e protocolli, interviste dirette al paziente e ai suoi familiari, telefonia e fax. ecc.. I professionisti con i quali interagirà il CM e che entreranno a fare parte del percorso si diversificheranno a seconda del percorso specifico, questi dovranno essere sempre gli stessi per quel paziente e non interscambiabili. Le figure coinvolte potranno essere medici e chirurghi specialisti, fisioterapisti, logopedisti, dietisti, assistenti sociali o psicologi, oltre al medico rianimatore, l'infermiere della primary nurse e l'Infermiere Case Manager.

Conclusioni

Il trattamento ed assistenza dei pazienti che caratterizzano le terapie intensive e i dipartimenti d'emergenza, risultano complessi e delicati in quanto l'evento che ha causato l'accesso al servizio può presentarsi in modo improvviso, drammatico e talvolta destinato a cambiare radicalmente la vita della persona colpita e dei suoi familiari; spesso colpisce anche persone giovani lasciando esiti fisici, psicologici, cognitivi e comportamentali con elevati costi sociali.

Peculiare è il fatto che le famiglie italiane di pazienti colpiti da trauma cranico, in particolar modo, chiedono già da tempo che i Dipartimenti d'Emergenza si facciano carico di questa tipologia di pazienti sin dalla fase acuta prevedendo e garantendo l'intero percorso terapeutico e riabilitativo; le famiglie inoltre concordano sulla necessità di istituire una figura di Case Manager (già esistente nei paesi anglosassoni) come "coordinatore" formato ed informato che sia in grado di sostenere la famiglia ed il paziente individuando l'onere a loro carico ed i percorsi appropriati da seguire.²⁰

L'attenzione meticolosa a tutti gli aspetti di cura dei pazienti critici, l'uso razionale delle risorse, la pianificazione dei

percorsi garantisce un'assistenza di alta qualità delle cure ed influenza positivamente gli outcome. L'infermiere Case Manager si fa garante della continuità ed efficacia di questi percorsi, diviene tutore/referente/consulente in grado di dare risposte adeguate alle specifiche esigenze dei singoli casi, rimanendo punto di riferimento nel caos di scelte, possibilità, eventi che potrebbero presentarsi durante l'esperienza della malattia.

Nella nostra realtà, ad eccezione dell'Emilia Romagna, il progetto di istituire una figura simile a quella del Case Manager non è ancora resa operativa, perciò se pur non si ha la pretesa di trovare una completa soluzione alla possibile applicazione di questo modello operativo, in particolar modo nell'area critica, è comunque nostro dovere far conoscere e valutare le possibili strategie organizzative che permettano l'applicazione e valorizzazione di questa figura allo scopo di soddisfare utenti, familiari ed operatori sanitari.

Bibliografia

- ALBELLI P, GELATI L. "L'infermiere Case Manager nei servizi di Pronto Soccorso: Una proposta per migliorare la qualità e l'efficienza delle prestazioni sanitarie". Lettera. Scienze & Management, L'Infermiere; 2005(8):11-14
- GAUTNEY LJ, SANTON MP, CROWE C, ZILKIE TM, "The emergency department Case Manager: effect on selected outcomes". Lippincott's Case Manag. 2004 May-Jun; 9(3):121-9
- DI LABIO L, CICALINI G. "Nursing e soddisfazione dell'utente" Nursing Oggi 2005,(3):10-12
- HERRICK. CA, BRISTOW DP. "Emergency Department Case Manager: The Dyead Team of nurse Case Manager and social worker". Lippincott's Case Manag.2002 Nov-Dec, 7(6):243-51
- BURNS JM, et al. "Implementation of an istitutional program to improve clinical and financial outcomes of mechanically ventilated patients: one year outcome lessons learned". Crit Care Med 2003; 31(12): 2752-63.
- DRIES DJ, MC GONIGAL MD, MALIAN MS, BOR BJ, SULLIVAN C. "Protocol - Driver Ventilation Weaning reduces use of Mechanical Ventilation, rate of early reintubation, and ventilator-associated pneumonia." The Journal of Trauma Injury, Infection and Critical Care. 2004 May; 56(5):943-52
- SMYRNIOS N, et al. "Effect of a multifaceted, multidisciplinary, hospital wide quality improvement program on weaning from mechanical ventilation" Crit Care Med 2002; (30):1224-30
- STAT, workshop nursing 1. "L'Integrazione fisioterapica-infermieristica nel weaning respiratorio complesso". Atti del congresso, febbraio 2006.Reperibile su:http://www.stat.nordestcongressi.it
- ELY EWET, et al. "Effect on the duration of mechanical ventilation of identifying patients capable of breathing spontaneously" N ENGL J MED: 1996; (335):1864-9
- HESDORFFER DC, GHAIAR J, IACONO L. "Prediction of compliance with the evidence - based guidelines for Traumatic Brain Injury Care: A survey of United States Trauma Center".The Journal of Trauma Injury, infection and Critical Care 2004; (56): 492-500
- SALIPANTE M D. "Developing a multidisciplinary weaning unit through collaboration" Critical Care Nurse; Review.2002 August;22(4):30-39
- CURTIS K, LIEN D, CHAN A, GROVE P, MORRIS R. "The impact of trauma Case Management on patient outcomes". J Trauma 2002 Sep.;53(3):477-82
- MATEO A. MAGDALENA. "Evolution of patient with mild traumatic brain injury".Review.Lippincott's Case Manag 2003, Sep-Oct; 8(5): 203-07
- NIH Consensus Statement Online. Consensus Conference. "Rehabilitation of Persons With Traumatic Brain Injury". JAMA1999, Sep. 8;282(10):974-83
- VITAZ TD, RAQUE GH, SPAIN D, SHIELD CB, "Development and Implementation of a Clinical Pathway of severe Traumatic Brain Injury" The Journal of Trauma Injury , Infection and Critical Care 2001; (51): 369-75
- CHIARI P, SANTULLO A "L'Infermiere Case Manager", Mc Graw Hill, 2001
- HOFMAN LA, TASOTA FJ, ZULLO TG, SCHARFENBERG C, DONAHOE MP. "Outcome of care managed by acute care nurse practitioner/attending physician team in a subacute medical intensive care unit." Am J Crit Care 2005 Mar; 14(2): 121-30
- THORENS JB, et al. "Influence of the quality of nursing on the duration of weaning from mechanical ventilation in patient with chronic obstructive pulmonary disease" Crit Care Med 1995; (23):1807-15
- PITACCO G, SILVESTRO A. "Un modello di analisi della complessità assistenziale" I Quaderni, supplemento dell'Infermiere 2003 Nov-Dic; 7:22-27
- R. CATTALANI, "Implicazioni psico-sociali. Punti di vista delle famiglie". Lettera. Coordinamento Nazionale Associazione Traumi Cranici, 2000
- DALY BJ, PHELPS C, RUDY EB. "A Nurse - managed special care unit". Journal of Nursing Administration. 1991 Jul-Aug; 21(7/8):31-8
- HERRICK CA, DARLENE P BRISTOW "Iprove Discharge Planning and patient and staff satisfaction while decreasing inappropriate admission and cost: A literature review." Lippincott's Case Manag 2002 May-June; 13(7):121-28
- MOTTA PC. "Linee guida, clinical pathway e procedure per la pratica infermieristica: un inquadramento concettuale e metodologico" Nursing Oggi 2001, 4: 27-36
- WALSH KT, MORAN P ,GREENWOOD C. "A succesful emergency department case management pratic model" .Case Manager 2003, Nov-Dec; 14(6):54-

Abstract

The Case Management, method that for the sake of improve the effective and the quality health care, reflect the excellence of clinical governance, where professionals and organizations are responsible of the guarantee to high standard of assistance. This model, together the Nurse Case Manager, it's already utilize in foreign reality, in nursing home and in hospital where are admitted chronic patients and some context that admitted critical patients. In Italy still today this model don't diffuse, few well-know and few experiment, although it prove very good result for patients and health organizations.

Aim: The article here proposed for the sake of illustrate contents, characteristics, results achieved with this model and the proposals formulated and in particular addressed to critical patient to know and think over the possibility and opportunity of application.

Key word: Case Management, Critical Care Unit/Emergency department, Nursing, Multidisciplinary, Pratic model.

Allegati

Tabella 2 Membri del team multidisciplinare per il weaning, unità di terapia intensiva. [Critical Care Nurse vol22, n.4, August 2002]²¹

- Coordinatore del team per lo svezzamento: un **infermiere esperto** di terapia intensiva medica
- Pneumologo-medico di cure critiche nell'unità di terapia intensiva medica.
- Fisioterapista motorio
- Fisioterapista respiratorio
- Nutrizionista
- Logopedista
- Assistente sociale (se necessario)
- Infermiere specializzato in psichiatria (se necessario)

Ulteriore Bibliografia per approfondimento

- ALLEN LI. "Traumatic Brain Injury Case Study". Letter. Lippincott's Case Management 2006, Jan./Feb.; 11(1): 57-58
- COLEN EL, RELMANIS CL, REDMAN R. "Nurse Case Manager role attributes: Fifteen year of evidence-based literature".Review. Lippincott's Case Manag.2001 Nov-Dec; 6(6):230-9

Esempio di una possibile clinical pathway da inserire in un percorso assistenziale.

Tratto e adattato da: University of Virginia Medical Center – Patient Care Services [Critical Care Med. 2003 vol.31,n.12] (16)

Clinical pathway: Ventilazione meccanica a lungo termine nel paziente adulto (Ventilazione > 3 giorni consecutivi)

A. Interdisciplinare			
Data: Stage 1: Intubazione e supporto ventilatorio nell'acuto.	Data: Stage 2: Pre weaning	Data: Stage 3: Weaning Estubazione/ disconnessione dal supporto ventilatorio	Data: Stage 4: Riabilitazione
<ul style="list-style-type: none"> • Consulti così indicati: • Polmonare(Pneumologo) • Servizio sociale • Consultazione nutrizionale immediata se non proveniente dall'ospedale o malnutrito • Supporto nutrizionale per tutti entro 3 giorni dall'ammissione • Terapia occupazionale • Fisioterapia motoria dopo 3-4 giorni di immobilità • Terapia della parola • Altro: 	<p>Accertamento psicosociale: supporto dei familiari, risorse, rilevazione dei bisogni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accertare i bisogni di cura pastorale dei familiari e pazienti. Stabilire la relazione pastorale. Visita dei familiari. • Considerare consulenze per edemi delle estremità/ altro • Terapia della parola per riabilitare alla deglutizione • Successivi consulti medici polmonari/ accertarsi per MPS/ disponibilità di posto in Unità Spinale 	<p>Rivalutazione dei bisogni. Inizio della pianificazione per la dimissione</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accertare i bisogni spirituali dei pazienti. Stabilire la cura del rapporto pastorale con i pazienti. Provvedere alla cura spirituale/pastorale. 	<p>Mettere a punto il piano di dimissione: cura della casa/riab./cura a lungo termine</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accertare risorse spirituali disponibili per i pazienti in via di dimissione. Costruire appropriati riferimenti (Comunità disponibili per la cura spirituale)
B. Accertamento			
<ul style="list-style-type: none"> • VS continua • Polso, ossimetria continua • peso giornaliero • Monitoraggio cardiaco • Scheda di accertamento per lo svezzamento 2 volte la sett. (BWAP, altro) • Accertamento e promozione del sonno • Accertamento e gestione del dolore • Cura della cute e delle ferite (Scala di Braden e algoritmo della cura della cute nell'incontinente) 	<ul style="list-style-type: none"> • VS q 2h • Considerare le necessità di ipnotici e altri interventi per la promozione del sonno 	<ul style="list-style-type: none"> • misurazione intermittente: ossimetria, polso, segni vitali • peso giornaliero in MPS per dializzati o pazienti con infarto. Peso due volte la settimana per tutti gli altri Σ 	<ul style="list-style-type: none"> • VS q 4h, avanzare a q 8
Diagnostica			
<ul style="list-style-type: none"> • Rx torace giornaliero per: -tubo endotracheale -FiO2 > 50 -drenaggi toracici -campi polmonari • Laboratorio: -pH, PCO2, PRN... 			

C. Terapia							
<ul style="list-style-type: none"> Linee guida per la sedazione Gastroprotettori (Anti- H2) Considera profilassi antibiotica (sinusiti) Eparina 5000 u sq. Inizia SCDs se eparina controindicata eparina e SCDs se ad alto rischio 				<ul style="list-style-type: none"> Considera d/c una volta intubato 		<ul style="list-style-type: none"> Considera d/c con frequente ambulazione Considera d/c con frequente ambulazione Considera d/c con frequente ambulazione 	
Accessi							
<ul style="list-style-type: none"> Intubazione/ventilazione meccanica Catetere Foley 		<ul style="list-style-type: none"> Considera tracheotomia (considera tracheotomia per cutanea) 		<ul style="list-style-type: none"> Considera decanulazione se svezzato e con tracheotomia Considerare disconnessione Foley 			
Attività							
<ul style="list-style-type: none"> posizione del capo >30° cambio di postura ogni 2 ore raenge di movimento (ogni 8 ore) considera multipodisplinti considera letto speciale/ consulenza per la cura delle lesioni Mobilizzazione 		<ul style="list-style-type: none"> Attività: posizionare giornalmente in poltrona, accrescere la tolleranza nell'abilità al cambio/trasferimento di postura 		<ul style="list-style-type: none"> Attività: posizionare giornalmente in poltrona, mettere seduto al bordo del letto con l'aiuto di un ausilio, riprendere la deambulazione come tollerato/indicato dalle ADLs 		<ul style="list-style-type: none"> progressiva mobilizzazione, iniziare un training di resistenza 	
D. Nutrizione							
<ul style="list-style-type: none"> Posizionamento del sondino orogastrico preferito (se non controindicato) Iniziare la nutrizione dal sondino a due giorni dall'intubazione 		<ul style="list-style-type: none"> Considerare una nutrizione orale con tracheotomia. Mantenere la nutrizione entrale la notte per garantire un adeguato apporto. Iniziare una dieta leggera se non a rischio di inalazione e se tollerata. 					
Attività educative							
<ul style="list-style-type: none"> Educazione del paziente e familiari alla ventilazione meccanica/svezzamento Insegnamento riguardo le medicazioni /terapie Orientamento al MPS/SC unità, se applicabile 		<ul style="list-style-type: none"> PEP per la tracheostomia 				<ul style="list-style-type: none"> Orientamento al reparto di cure intensive 	
Problemi	Outcome-Stage1 Intubazione	Data	Outcome-Stage2 Pre-wean.	Data	Outcome-Stage3 Weaning	Data	Outcome-Stage4 Riabilitazione
<ul style="list-style-type: none"> Controllo dei gas Nutrizione 	<ul style="list-style-type: none"> Stabilizzazione del setting di ventilazione paziente /ventilato (Cmv) o sincrono Ricevere una adeguata nutrizione 		<ul style="list-style-type: none"> perfezionare o risolvere le complicazioni del processo di malattia Altro modo di ventilazione oltre al controllo assistito pattern respiratorio sincrono maneggiabile livello di ossigeno iniziare il protocollo di svezzamento 		<ul style="list-style-type: none"> utilizzare le linee guida restare estubato per più di 48 ore 		

Giancarlo Berni, Responsabile Osservatorio permanente sul sistema di emergenza-urgenza, membro ufficio di presidenza Consiglio sanitario regionale, Toscana.

Parlano di noi

Attese in pronto soccorso, la guida è il modello inglese

CONSIGLIO
SANITARIO
REGIONALE



news

TRATTO DA:
SOLE 24 "SANITÀ"

13-19 Febbraio 2007
Pubblicato con il consenso dell'autore

Le problematiche correlate alle attese in pronto soccorso sono sempre attuali e condizionano l'insoddisfazione dell'utenza; di quella utenza che è rappresentata per lo più dalla casistica minore. Questa casistica caratterizzata da pazienti affetti da patologie minori finisce per ingorgare il pronto soccorso, rendendone difficile la gestione e distogliendo il personale di assistenza dalla cura dei pazienti più gravi. Inoltre, la insoddisfazione dell'utente, anche se si rende conto delle gravità dei pazienti più gravi che hanno attese minori, rimane alta e non più giustificabile.

La Regione Toscana ha provveduto fin dal 2004 a promuovere con la delibera "Misure urgenti per il contenimento dei tempi di attesa in pronto soccorso", una via facilitata con l'istituzione di una presentazione dedicata di personale medico per i codici a bassa priorità.

I risultati appaiono sicuramente favorevoli, ma sono ancora oggetto di una valutazione statistica. Comunque la necessità di risolvere il problema delle attese è ancora attuale ed è per questo che il Consiglio sanitario regionale ha dedicato una giornata di studio alla valutazione dell'adattabilità al modello toscano del metodo "see and treat" attuato nel sistema sanitario inglese. Si tratta di un sistema che si basa sull'accesso riservato dei pazienti con problematiche minori che trovano nell'area "see and treat" un professionista medico o infermiere che conduce autonomamente tutte le procedure necessarie dall'accoglienza all'assistenza, fino alla risoluzione del percorso assistenziale. Si garantisce per la pronta disponibilità degli operatori dedicati un accorciamento dei tempi di attesa e di assistenza.

Questo nuovo assetto sarebbe in grado di soddisfare il 40% dell'utenza. L'ambito di operatività è rivolto a casistica puntualmente e precisamente identificata fra i codici a bassa complessità con l'attuazione di percorsi

operativi condivisi e di semplice e rapida attuazione.

L'area "see and treat" è presidiata da personale esclusivo e dedicato in numero sufficiente e selezionato fra gli operatori più esperti.

La novità di questa organizzazione per renderla applicabile al sistema toscano (ma anche nazionale) è il ruolo che l'infermiere viene a interpretare in questa area.

Il nuovo ruolo prevede un infermiere totalmente autonomo con funzioni paritarie a quelle del medico, sia pure limitatamente alla casistica precedentemente individuata.

La giornata di studio ha particolarmente messo a fuoco questo nuovo ruolo dell'infermiere nella nostra Regione, per cui è in essere una attenta analisi progettuale di formazione propedeutica alla qualificazione e al riconoscimento operativo giuridico di questo nuovo infermiere.

Sono emerse anche altre criticità che questo nuovo modello comporta quali, oltre alla necessità di formazione, la progettazione di un nuovo pronto soccorso, la necessità di non impoverire di personale più qualificato le zone di assistenza critica e inoltre la necessità di operare in maniera progressiva per la realizzazione del progetto compiuto.

Sarà opportuno inoltre informare e convincere i cittadini che le prestazioni sanitarie effettuate hanno lo stesso valore, sia che vengano effettuate dal medico o dall'infermiere in maniera autonoma.

La sfida è di alto tenore, ma i risultati attesi appaiono molto promettenti.

Le professioni sanitarie tra dominanza medica e condivisione dell'assistenza

Nella vita umana pochi cambiamenti sono stati così profondi come quelli prodotti dalle scienze biomediche e dalla pratica della medicina. Nel 1997 viene pubblicato il rapporto dello Hastings Center con la prefazione di Daniel Callahan su *"Gli scopi della medicina: nuove priorità. Il lavoro è veramente stimolante, e offre lo spunto per riflessioni sulla medicina, sul suo ruolo e sul rapporto tra medicina e società. L'Autore non nasconde le difficoltà nell'affrontare temi di tale portata già a partire dalla definizione. La medicina, nella sua accezione corrente, può essere definita come "l'arte e la scienza della diagnosi e del trattamento della malattia, nonché del mantenimento della salute"*.

Ovviamente questa definizione convenzionale non coglie tutta la ricchezza e la pluralità di dimensioni della medicina così come l'attività sanitaria comprende il lavoro di molte persone e di molte professionalità e non solo quello dei medici. Per meglio comprendere come le professioni legate al settore si siano evolute negli ultimi decenni si può assumere, a scopo esplicativo, il percorso svolto dai professionisti che da sempre collaborano con i medici per il raggiungimento degli scopi della medicina: gli infermieri.

Nel 1955 nascono i Collegi delle infermiere professionali, vigilatrici d'infanzia e assistenti sanitarie vigilatrici (mentre pochi anni prima erano stati ripristinati gli Ordini dei medici chirurghi, dei farmacisti e dei veterinari ed erano stati istituiti i Collegi delle osteriche).

Bisogna attendere il 1971 (legge n.124/1971) perché l'esercizio della

professione infermieristica venga esteso agli uomini (i quali peraltro potevano svolgere il lavoro di *"infermiere generico"*). La professione fino a quel momento era stata esclusivo appannaggio delle donne (col modello ideale di Florence Nightingale) e la attività svolta era vista come *"ausiliaria"* e *"vocazionale"*; infatti per molto tempo fu appannaggio in gran parte delle religiose. Nel 1973 (legge n. 795/1973) l'Italia recepisce l'accordo europeo sull'istruzione e la formazione degli infermieri professionali. La durata degli studi passa da due a tre anni e consente agli infermieri di lavorare negli stati europei firmatari dell'accordo. Nel 1974 il cosiddetto mansionario, modifica le precedenti norme della professione risalenti al 1940. Nel 1978 nasce il Servizio Sanitario Nazionale. La legge 833, approvata da una maggioranza parlamentare quasi plebiscitaria, tende a stabilire un approccio diverso con l'assistito, visto non come un malato con problemi clinici ma come una persona che esprime bisogni fisici, psichici e sociali. In questa logica diventano fondamentali gli aspetti relazionali della professione infermieristica che viene ulteriormente valorizzata nelle sue funzioni. Questo cambiamento di fatto già implicito nella terminologia usata nella estensione della legge: scompaiono i termini *"eseguire"* e *"dipendere"* mentre incontriamo *"programmare"*, *"promuovere... iniziative"*, *"coordinare"* ecc. L'infermiere acquista una certa autonomia operativa e precise responsabilità relative alle attività individuate dal legislatore come specifiche. Nel 1992 arriva l'Università: circa 1000 studenti inizieranno a studiare in 15 atenei italiani per conseguire il Diploma universitario per infermiere. Nel 1994 gli infermieri hanno un nuovo profilo: il DM 739/94

TRATTO DA:
TOSCANA MEDICA

N. 2 Febbraio 2007

Pubblicato con il consenso dell'autore

riconosce l'infermiere quale responsabile dell'assistenza generale infermieristica, precisa la natura dei suoi interventi, gli ambiti operativi, la metodologia del lavoro, le interrelazioni con gli altri operatori, gli ambiti professionali di approfondimento culturale e operativo, le cinque aree della formazione specialistica (sanità pubblica, area pediatrica, salute mentale/psichiatria, geriatria, area critica). Il profilo disegnato dal decreto è quello di *un professionista intellettuale, competente, autonomo e responsabile*. Un processo analogo seguiranno anche tutte le altre professioni sanitarie, e verrà sancito ulteriormente da una legge del 1999 che cancella la definizione di **"professione sanitaria ausiliaria"**. Siamo ormai alla cronaca: nel 2000 la legge n. 251 stabilisce che gli infermieri possono accedere alla laurea di secondo livello in Scienze Infermieristiche ed in tal modo si aprono le porte contrattuali per l'accesso alla nuova qualifica unica di dirigente del ruolo sanitario. Nel 2001 (DL 402/2001) viene riconosciuta la possibilità di svolgere attività libero professionale; nel 2004, in 15 atenei italiani, partono le Lauree specialistiche.

I medici da sempre sono stati (o forse ritenevano e mostravano di essere) l'unica classe professionale presente in sanità assumendo come propri i caratteri peculiari della professione: autonomia, professionalità e responsabilità. È molto indicativo che il significato di autonomia venga legato a quello di responsabilità in un dualismo che sottende come non ci si possa dichiarare autonomi se, contestualmente, non si accetti la condizione di dover rispondere del proprio operato e viceversa non si può essere responsabili se non si può esercitare con autonomia il proprio potere decisionale. Questo è in realtà il vero processo di trasformazione che ha coinvolto tutte le professioni sanitarie: ormai tutti i professionisti della sanità sono laureati e, come tali, svolgono compiti, non hanno più (da molto tempo) mansioni. Pertanto sono tutti pienamente responsabili del proprio agire. Allora è tutto semplice? Cosa accade nel quotidiano? Quali

rapporti ci sono attualmente tra le professioni? Quali i limiti delle competenze delle singole professioni? I medici hanno *"paura"* della crescita delle professioni sanitarie?

Non è facile né scontato dare risposte, tantomeno di carattere generale. Il percorso (volutamente) dettagliato descritto per la professione infermieristica che, simmetricamente, può considerarsi simile per le altre professioni sanitarie, può aiutarci a comprendere quale è la situazione attuale nell'ambito dei rapporti tra le professioni ed i professionisti della sanità in generale e con i medici in particolare.

Negli ultimi decenni, a fronte degli indubbi progressi delle scienze biomediche, i medici, mentre si sono preoccupati giustamente di seguire e percorrere l'evoluzione scientifica della professione ottenendo indubbi successi, sono stati meno attenti a quanto stava accadendo intorno, specie per quanto riguardava i cambiamenti di carattere culturale e sociale. Sono accresciute enormemente le aspettative per una medicina più *"sicura"*, *"accogliente"*, in grado di *"ascoltare"* le richieste dei cittadini.

I collaboratori (termine ormai obsoleto) di sempre, in particolare gli infermieri, hanno incrementato la preparazione scolastica (fino ad arrivare agli attuali corsi universitari) e le conseguenti competenze fino a raggiungere livelli inimmaginabili solo 15 anni fa.

È stato un ricambio generazionale che ha qualcosa di *"rivoluzionario"* e non certo per l'aspetto anagrafico. Forse per troppo tempo a qualcuno ha fatto anche *"comodo"* avere intorno figure professionali poco *"evolute"*; non sono mancate le doglianze ma tutto sommato... andava bene così: professionisti (anzi non erano considerati tali) *"ausiliari"* del medico, non della medicina, esecutori più o meno silenziosi di decisioni altrui.

Oggi, come tutti sappiamo, il quadro è profondamente cambiato e, a mio parere, è destinato ad evolvere in maniera ancora più netta nei prossimi 10 anni.

Le nuove generazioni hanno acquisito e stanno acquisendo sempre più non

solo professionalità, che ormai lambisce ed in molti casi sconfinava nei terreni delle pratiche tradizionalmente svolte dai medici, ma soprattutto la consapevolezza e l'autorevolezza del loro ruolo accompagnate dall'entusiasmo di chi sa o percepisce di avere avanti a sé nuove ed interessanti prospettive.

Ciò che ancora non appare completamente chiaro, anche da un punto di vista della giurisprudenza, è la frontiera, se esiste, della autonomia con il conseguente corredo di responsabilità. E su questo punto il terreno rischia di diventare molto scivoloso. Perlomeno per due ragioni.

In primo luogo perché si sta (forse troppo) allargando quell'area di confine (fra la professione medica e le altre professioni sanitarie) che definisce le competenze con tutte le conseguenze immaginabili: recentemente ho appreso, per esempio, che si sta creando una *"corrente di pensiero"* favorevole all'utilizzo della ecografia (per screening e monitoraggio del parto) ad opera delle ostetriche, col risultato di vedere *"sottratte"* altre competenze da sempre appannaggio della professione medica. Per contro negli Stati Uniti la figura del *"tecnico ecografista"* è una realtà già da molto tempo.

Naturalmente con esempi di questo tipo potremmo fare una lunga elencazione che interessa, più o meno, tutte le aree specialistiche fino a sconfinare potenzialmente, secondo alcuni, in un vero e proprio *"esercizio abusivo della professione medica"* che rischia - sotto il silenzio di tutti - di essere accettato passivamente dalla società.

Il secondo non meno importante aspetto riguarda l'area della competenza decisionale con la responsabilità (deontologica, civile e penale) che ne consegue.

In altri termini la mancanza di chiarezza sui *"confini"* dei compiti e delle competenze specifiche delle varie professioni rischia da una parte un conflitto di attribuzioni e di competenze e dall'altra un *"pericolo di abbandono"* del paziente, ciascuno ritenendo essere *"compito"* dell'altro provvedere a quella determinata funzione.

Come uscirne? Io credo che c'è biso-

gno, non certo per esterofilia, di volgere lo sguardo all'esperienza del mondo anglosassone. In quelle realtà, forse anche per un diverso rapporto numerico fra i medici e gli esercenti le altre professioni sanitarie (oltre che per un diverso percorso di studi che da tempo ha interessato tali professioni), le relazioni ed i compiti fra i vari attori del sistema sono meglio identificate e definite e pertanto potenzialmente ridotti gli ambiti di "conflitto" con una sinergia che ai nostri occhi può apparire stupefacente.

In un reparto ospedaliero tipo, vi sono pochissimi medici, i quali perlopiù si dedicano ad attività di tipo specialistico mentre la massima parte della assistenza e della cura, anche molto qualificata, viene svolta dal personale infermieristico e tecnico che in un certo qual modo, finisce per essere l'interlocutore privilegiato dell'ammalato per tutto quanto non riguarda strettamente la prestazione medico-specialistica. Non vi è di fatto una "appropriazione indebita" di competenze mediche ma una sorta di "cessione concordata" forse anche perché i diversi rapporti di forza numerica non consentirebbero ai medici, quand'anche lo volessero, di occuparsi di tutto. Vi sono poi alcuni settori specifici in cui il professionista infermiere è abilitato a fare diagnosi: penso ai *fast track* presenti nei dipartimenti di emergenza (per le patologie a bassa priorità) dove il cittadino trova come interlocutore soltanto l'infermiere che non solo "fa diagnosi" ma addirittura "prescrive" una terapia. Restando alla nostra esperienza basti pensare alla elevata competenza raggiunta dagli infermieri che lavorano nei servizi di emergenza, sia in centrale operativa o in ambulanza infermierizzata, con la possibilità di mettere in atto manovre salva vita e tecniche rianimatorie. Pensando al territorio mi sovviene la figura, da più parti auspicata, dell'infermiere "di famiglia", un professionista che dovrebbe occuparsi di parte della assistenza domiciliare anche in ragione del processo sempre più spinto di deospedalizzazione. E che dire del processo di riorganizzazione degli ospedali "per

intensità di assistenza e cura"; in tale contesto la professione infermieristica dovrà trovare il suo completo sviluppo assumendo la piena competenza nella gestione dei posti letto, dell'assistenza alla persona, della chiamata dalle liste di attesa, della "referenza" sul paziente. Anche in questi casi solo una evoluta integrazione fra i professionisti della salute, medici e infermieri, consente ai primi di indirizzarsi e dedicarsi soprattutto agli aspetti più avanzati delle scienze mediche avendo in cambio la certezza di potersi avvalere dell'opera sinergica di professionisti infermieri che potranno assolvere autonomamente, forti della loro professionalità, ruoli e compiti sempre più strategici per la salute dei cittadini.

Un terreno di incontro quindi che veda la trasformazione della zona grigia (in cui apparentemente i medici rischiano di "perdere" qualche pezzetto di professione) in una zona virtuosa di integrazione e di crescita che, in definitiva giova alla stessa professione medica.

Un viaggio di crescita ed integrazione da fare insieme, per assolvere al comune obiettivo di aiutare la medicina ad assolvere degnamente ai suoi compiti e accompagnare solidamente i cittadini nel loro percorso di cura.

Una sfida per tutti i professionisti della salute a migliorarsi per assolvere con pienezza al Giuramento di Ippocrate.

TM

6° CONVEGNO NAZIONALE
in forma dibattimentale sulle responsabilità professionali condivise

IL MEDICO E L'INFERMIERE A GIUDIZIO

8 crediti ECM per medici e
infermieri

31 MAGGIO - 1 GIUGNO 2007

FIRENZE, PALAZZO DEI CONGRESSI

Con il patrocinio
dell'Ordine dei Medici
e del Collegio IPASVI di Firenze

Convegno promosso e organizzato da:



LAURI Edizioni



Mc Graw Hill Companies

Segreteria organizzativa

LAURI Edizioni - Via Dell'assunta 17
20141 Milano
tel. 02 5398509 - fax 02 531067
info@lauriedizioni.com
www.lauriedizioni.com

QUOTE DI PARTECIPAZIONE (barrare la casella)
fino al 7/5/07 dal 8 al 26/5/07

STANDARD	€ 174,00 <input type="checkbox"/>	€ 210,00 <input type="checkbox"/>
ONLINE*	€ 144,00 <input type="checkbox"/>	€ 180,00 <input type="checkbox"/>
FIRENZE**1	€ 156,00 <input type="checkbox"/>	€ 192,00 <input type="checkbox"/>
FIRENZE**2	€ 132,00 <input type="checkbox"/>	€ 168,00 <input type="checkbox"/>
SEDE CONGRESSUALE (dal 27 al 31/5/07)	€ 264,00 <input type="checkbox"/>	

*Quota riservata per prescrizione effettuata da:
www.lauriedizioni.com

**Quota riservata agli iscritti Ordine Medici/Collegio
IPASVI di Firenze;

1 = iscrizione standard (via fax) - 2 = iscrizione online
La quota di partecipazione al convegno, per gli iscritti
Anarti 2007 sarà riservata come Firenze 1 e 2.

2° CLASSIFICATO

Il mio magico Natale

di Mario De Vivo, Francesco Paolo Riti, Antonio Scelzo



Foto: le colleghe U.O.C. Centro Rianimazione del P.O. San Leonardo ASL NA5 ritirano il premio.

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 Barrè 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.

Il campionato dilettanti di basket era finito con ottimi risultati ed io avevo avuto una proposta di lavoro per l'estate come allenatore in un villaggio turistico di Lugano. Da playmaker del quintetto ad allenatore, tra l'altro in vacanza, era il massimo che poteva capitare ad un ventitreenne.

Così partii. Il villaggio era un piccolo paradiso del Canton Ticino, arroccato su di una collina. I giorni trascorrevano alla grande, tra lavoro e divertimento; le giornate erano interminabili, trascorse fino a notte fonda, quando con altri animatori facevamo il programma del giorno dopo. Ero felice.

In una grigia giornata di fine agosto ci fu uno di quegli acquazzoni estivi: mi prese in pieno lungo la strada d'accesso al villaggio. Tornai in camera inzuppato fradicio, feci una doccia calda ed andai a letto con qualche brivido di freddo. Trascorsi la notte agitato e smanioso, avevo caldo e dolori a tutti i muscoli. Misurai la febbre ed era quasi 40; avevo i sintomi di una classica influenza. Pensavo che con una giornata di riposo ed un'aspirina mi sarebbe passato tutto. Ma dopo tre giorni di letto, mi sentivo ancora peggio e molto debole, con nausea e febbre alta, tanto che mi portarono in ospedale. Dopo poche ore mi sentivo sempre più male, non mi reggevo in piedi e non riuscivo a respirare: una sensazione bruttissima. I medici decisero il ricovero in rianimazione. Sentii parlare di sindrome di Guillain Barrè. Seguirono due mesi d'inferno, non riuscivo ad ingoiare, a respirare, a parlare al punto che mi fecero la tracheotomia per farmi respirare con una macchina che chiamavano "ventilatore polmonare". Ma mi sentivo sempre peggio tanto da non poter mangiare e bere. Così mi misero la PEG, un tubo nella pancia per l'alimentazione. In quel reparto, lontano da casa, mi sentivo in un altro mondo ed ero depresso. Era difficile

parlare con qualcuno, erano tutti di poche parole: regole rigidissime e che nessuno osava infrangere. Il primario girava poco in rianimazione. Gli infermieri li vedevo come automi telecomandati; chiesi loro di parlare con il primario e dopo due giorni si presentò davanti al letto un omeone biondo che, puntandomi il dito, proprio come in quel film di Troisi, mi disse: "La sua potrebbe essere una malattia autoimmune, relativamente rara, che colpisce il sistema nervoso, caratterizzata da paralisi progressiva; stiamo facendo di tutto per attuare una terapia idonea secondo i protocolli scientifici e le garantisco che ci stiamo impegnando al massimo".

Parole che aumentarono la mia depressione ed il mio sgomento.

Volevo svegliarmi, convinto di aver sognato, ma era tutto reale; stavo vivendo qualcosa di inconcepibile e che non pensavo di poter superare, non riuscivo a parlare, avvertivo l'aria spinta dalla macchina che mi entrava in gola e capivo di dipendere da quell'aggeggio. Avevo fiducia dei medici e dell'ospedale; i miei genitori mi avevano detto che era uno dei migliori della Svizzera. Ma avevo la sensazione di peggiorare sempre più. Ogni giornata era pesante; si sentivano i bip degli apparecchi ed un asfissiante odore di disinfettante; le luci del soffitto mi davano fastidio, ovunque giravo gli occhi, per quel poco che potevo, vedevo persone immobili nei letti con tubi e cavi dappertutto. Vedevo girare intorno a me medici ed infermieri che mi davano farmaci e sacche di nutrizione, era il mio tormento fisico e mentale: "terapia somministrata al letto quattro, aspirazione al letto quattro, eritropoietina praticata al letto quattro, letto quattro, letto quattro, ...". Basta, basta, nessuno chiedeva il mio consenso, ero solo un manichino che occupava il letto quattro, mi sentivo una nullità, dipendevo totalmente da altri e mi resi

conto che stavo giocando l'ultima partita della mia vita e che la stavo perdendo. Dopo circa due mesi, una mattina mi annunciarono che venivo trasferito in un'altra rianimazione, aperta da poco a Castellammare, vicino casa mia, per poter cominciare, successivamente, la riabilitazione. Non l'avevo bevuta, ormai mi avevano scaricato, quelli pensavano più al contenimento della spesa farmaceutica, che alla mia salute, e poi, una rianimazione nuova a Castellammare, un paese che neanche conoscevo! Già il nome, "castello a mare", mi faceva pensare più ad un film di Walt Disney che ad un posto dove guarire. E così mi impacchettarono in un'ambulanza, insieme a mio padre e mi spedirono con un viaggio di 1000 km, di notte, verso Castellammare.

Pieno di ansia arrivai in questo reparto e la prima persona che incontro fu un tizio che si muoveva come una trottolina; disse di essere il caposala, mi salutò ed esclamò, riferendosi ai miei 2 metri e 5 centimetri: "caspita, quanto sei lungo, qui bisogna allungare il letto o segare le gambe".

Cominciamo bene pensai, questo tipo non è proprio affidabile; allungare il letto, ma cosa dice? Si riferiva ai soliti arrangiamenti alla napoletana; in due mesi ero abituato ai metodi rigidi delle infermiere teutoniche: se questo è il caposala, figuriamoci il resto come sarà in questa rianimazione del "castello a mare"... Dopo poco, mentre mi stavano sistemando, si presenta il capo del "castello", il primario, e mi dice: "Peppino, ho studiato la tua cartella, resterai pochi giorni con noi e poi ti dimetteremo". Ma quali pochi giorni, tra me e me pensavo, sono stato due mesi a Lugano e non ci sono riusciti. Mi mettono a letto e curiosamente lo sentivo comodo, proprio a mia misura, arriva la trottolina e mi chiede: "tutto a posto, comodo il letto?". Forse aveva proprio ragione, il letto era stato allungato, premendo un telecomando. L'ambiente sembrava accogliente, diverso dalle rianimazioni dove si sente respirare la morte. Si sentiva musica, Pino Daniele, Edoardo Bennato, cantanti conosciuti ma non di mio gradimento. Allora con il mio filo di voce, chiamo

un infermiere calvo e tutto rosso, che somigliava a quel nano di Biancaneve e gli chiesi, un poco per darmi un atteggiamento ed un poco per cercare un contatto: "che musica avete?". Lui mi rispose: "se mi dici quale preferisci, te la faccio ascoltare". Gli dico: "compilation 2005". "Ok ce l'abbiamo", strano, quasi sapessero le mie preferenze. Questa cosa fece scattare in me un qualcosa che non so descrivere, pensavo alla musica dell'estate che ascoltavo nel villaggio. Passa il pomeriggio e, per occupare il tempo, cerco di capire il metodo di lavoro degli infermieri.

Il giorno seguente alle sette, arriva in reparto il turno del mattino; facevo finta di dormire ed osservavo dai vetri della sala controllo gli infermieri che parlavano tra di loro; sembrano dei pesci in un acquario, pensai. Cerco di leggere il labiale, ma non ci riesco. Sentivo odore di caffè nell'aria: ovviamente non era possibile, era solo la mia suggestione e forse la mia malattia aveva intaccato anche l'olfatto! Come per incanto, uno degli operatori socio sanitari, che secondo me fino a poco tempo prima faceva il calzolaio, s'accorge della mia difficoltà di essere spettatore di quest'incontro come al bar degli amici, esce dall'acquario, si avvicina e mi dice: "vuoi un poco di caffè?" Istantaneamente rifiutai, anche se fui contento di come il mio naso funzionasse ancora. Quasi offeso della mia reazione disse: "chiediamo al medico", come se fosse una medicina. Ma dove ero capitato, questi sono tutti matti. Ed allora come per giustificare la sua offerta mi dice: "Guagliò, la tazzina di caffè è il rimedio più semplice che c'è. Densa, bollente, dolce e cremosa è una gioia per il palato che ti solleva e ti rinfranca, ti dà la carica che in quel momento manca. Non è l'effetto della caffeina che ti ridà la forza che avevi perso prima. Il caffè è una gioia, un premio che ti concedi, una pausa di riflessione su tutto ciò che vedi. È un modo di dire che ti vuoi tanto bene e che prendere la vita con filosofia conviene. È un atto d'Amore verso te stesso che però non devi fare troppo spesso. Peppi, anche sé è meglio evitare ma una tazzina di caffè non può far male se ti tira su il fisico ed il morale". In fondo,

aveva ragione, quella era la filosofia della vita, accettai quel poco di caffè che mi fece ritornare con la mente a prima della malattia. Dopo poco si avvicinano al letto quattro infermieri, Antonio, Ciro, Giovanni ed Antonella; strano il primo giorno e già conoscevo i loro nomi; degli infermieri di Lugano, dopo due mesi, a stento ricordavo la fisionomia. Antonella, che sembrava la sorella del nano, con una voce gentile e suadente mi dice: "Giusè facciamo anche la barba stamattina?", risposi di no; lei insisteva, perché a suo dire non ero presentabile con quei capelli folti e la barba lunga, cercava di convincermi, allora venimmo ad un accordo, che l'avrei tagliata quando sarei stato dimesso. Queste attenzioni, erano servite a farmi sentire oltre gli orizzonti e le distanze di una vita bloccata da una malattia arrivata all'improvviso, mi vedevo nello specchio dei miei pensieri, ma in quel momento mi mancavano le forze e non riuscivo a raggiungermi, mi sentivo come un cane bastonato in un mondo capovolto che mi spingeva giù. Comincia il giro-visita, vedo da lontano un medico alto più o meno un metro ed ... una vigorsol, con in mano la mia cartella clinica ed i miei esami, s'avvicina, mi fissa, legge gli esami, lo vedo preoccupato, rilegge gli esami, fa una smorfia di dissenso, parla con Antonio, chiama la trottolina, ma non riesco a capire cosa si dicono; mi sembra molto confuso, alla fine si avvicina al letto e mi dice: "Ciao Peppino, sono Antonio Coppola, ho pensato di farti mangiare qualcosa di sostanzioso". Ah, finalmente uno che dice una cosa sensata, mangio e che mangio? Ma se mi alimentano ancora con la PEG; forse qualche schifo di papina venuta dalla farmacia. Invece io sognavo la pizza, gli spaghetti, le patatine, ma chissà quando e se riuscivo a mangiarle; alla fine prescrive una dieta ipercalorica ed iperproteica, da un calcolo veloce, peso altezza e non so che, esce fuori 400 cc. di brodo vegetale in 24 omogeneizzati da 80 gr. divisi in quattro pasti. Buonanotte pizza, spaghetti e patatine, dovevo continuare ad immaginarli. Giunge il turno del pomeriggio, nel frattempo avevano consegnato gli omogeneizzati e con quella dose

ci mangiavano sicuramente tutti i bambini della pediatria. Si avvicina un infermiere, era la prima volta che lo vedevo, somigliava all'omino con i baffi della Bialetti, con un siringone ed una vaschetta di alluminio in mano mi dice: "Giuseppe è arrivato il pranzo, vuoi mangiare?". Non risposi, per me quella era una violenza, alimentarmi contro voglia, attraverso fori innaturali, se avessi avuto il controllo della PEG, l'avrei chiusa come fanno i bambini che chiudono il musetto quando non vogliono mangiare. Il giorno dopo, al giro visita, mi confermano la terapia e comincio ad ipotizzare che da quel reparto non sarei più uscito. Nulla di nuovo se non il rapporto confidenziale ed amichevole con gli infermieri, che con i loro modi, mi trasmettevano emozioni che facevano viaggiare la fantasia.

Non facevo più il conto dei miei giorni, mi sentivo come un gabbiano con le ali aperte verso l'orizzonte, nuttivo la speranza di uscire vittorioso da quella sfida con me stesso, cancellando dal tempo quel momento.

Intanto erano ormai passate due settimane e comincio a sentirmi fisicamente più forte, riesco a fare qualche esercizio elementare con le mani, di nascosto provavo a girarmi nel letto, ma era molto faticoso. Di buon ora, mentre gli infermieri si apprestavano a cominciare la loro giornata in reparto, ecco che si avvicina il capo del "castello" e mi dice: "Giuseppe, stiamo andando bene, dobbiamo aspettare che risalgano i globuli rossi; ho aggiunto una piccola iniezione in terapia che ti aiuterà". La conoscevo quella "piccola iniezione", l'avevo già fatta, era la stessa che usano i ciclisti per doparsi; che bello, avevo fatto di tutto, da 24 sarei passato anche a 48 vasetti; allora chiesi se potevo mangiare qualcosa per bocca, magari qualche gelato, per riabituarci le mie papille gustative. A questo mio desiderio, subito un'infermiera con la grazia di Mamy, non so come, si presentò con un gelato alla vaniglia, che dopo tanto sforzo riuscii ad ingoiarne solo tre cucchiaini. Grazie Mamy, sei riuscita ad esaudire il mio desiderio, forse sarà l'ultimo, beh meglio non pensarci. Gli infermieri di quel reparto erano tutti gioiosi, comu-

nicativi, collaborativi, estrosi e chiassosi ma anche un poco magici, sempre pronti a fronteggiare qualsiasi difficoltà. Alla fine della seconda settimana, al controllo degli esami, i medici mi comunicano che l'emocromo era in netta risalita, la cura stava facendo effetto. Strano, perché io quella terapia già l'avevo fatta, senza esito; forse non erano i farmaci, ma l'incantesimo e la voglia di vivere che quei ragazzi mi aveva trasmesso, sin dal primo giorno. Avevo notato qualcosa di diverso, conoscevo i nomi di tutti, di qualcuno in particolare conoscevo anche quanti figli aveva e quanto pagava di mutuo al mese; a volte in qualche controversia di reparto, venivo chiamato in causa per definire chi aveva ragione: proprio cose da napoletani! Sembra strano, tutto questo mi aiutava molto, mi faceva sentire partecipe della quotidianità che ormai non vivevo più. Il tempo passava ed io cercavo di sentire i globuli rossi che circolavano nelle mie vene, percepivo le pulsazioni del cuore e ad ogni pulsazione, cercavo di contare le cellule che lo componevano, ne immaginavo sempre di più, più, più.....

Al nuovo controllo giunge la bella notizia, avevo raggiunto il record di 9 gr. di emoglobina; era il mio passaporto per poter uscire da quel tunnel ed andare in riabilitazione.

L'indomani cominciano a preparare quanto occorreva per il trasferimento, ancora un poco e sarei stato fuori. Allora ecco che si presenta Antonella memore dell'accordo preso, per forza vuole tagliarmi i capelli e radermi, m'immaginavo bello, non sopportavo l'idea che quel male arrivato all'improvviso mi avesse trasformato, allora per complicargli l'impresa dissi: "mi faccio radere solo se sei capace di farmi il piz-zetto come Mimmo". Mimmo era il Brad Pitt di quella rianimazione. Ella non si scompose e con tanta pazienza concluse l'opera. In ambulanza mi accompagnarono al centro per la terapia riabilitativa. Ma prima di andare via, volli salutare e ringraziare tutti uno per uno, con la promessa che in quel reparto ci sarei ritornato con i miei piedi.

Al centro di riabilitazione, superata la fatica iniziale, le cose fortunatamente

migliorano giorno per giorno: cominciai a camminare come un bambino ai primi passi. Intanto non dimenticavo la promessa: devo ritornare da quei ragazzi che mi hanno aiutato a crederci ed a credere in me stesso. S'avvicinava il Natale e sognavo di passarlo a casa. Da atleta quale ero, mi impegno al massimo negli esercizi. Alla fine ci riesco; il ventiquattro dicembre vengo dimesso per trascorrere il Natale con i miei. Prima di andare a casa, chiedo a mio padre di allungarsi fino all'ospedale di Castellammare per non tradire la mia promessa. Lui mi guarda incerto e non fa altre domande per non contraddirmi. Finalmente posso ammirare quella città che non conoscevo, tra Napoli e Salerno, una parte di paradiso, dove i monti si sposano con il mare, l'azzurro del cielo, il sole ed i suoi tramonti che ti fanno sognare. Potevano essere circa le 15.30, arrivo all'ingresso della rianimazione, in attesa di suonare il citofono, quando la porta automatica si apre improvvisamente. Esce, trotterellando con le sue carte in mano, proprio il caposala. Sono emozionato, ecco adesso mi nota, mi supera, ma non mi riconosce... Allora lo chiamo "Caposala". Lui si gira, ha un attimo di esitazione, sgrana gli occhi e mi riconosce. Il suo viso si illumina, mi abbraccia visibilmente imbarazzato ed esclama "Peppino sei il più bel regalo che potessimo ricevere".

Proprio così, anche per me quello fu il mio magico Natale.