

Debora Cesar, Infermiera, SOC di Rianimazione e Terapia Intensiva I serv., AOU S.M. della Misericordia, Udine.

Le emergenze pediatriche nelle terapie intensive per adulti e "l'errore": quali le implicazioni



Riassunto

L'arrivo di un bambino critico presso un dipartimento d'emergenza, in un ospedale dedicato all'adulto, crea sempre delle difficoltà nella gestione dell'emergenza da parte del personale, che si sente più coinvolto emotivamente ed è meno esperto nell'assistenza pediatrica.

Tutto ciò porta il bambino ad essere maggiormente esposto ad errori nella valutazione, durante gli interventi e durante tutta la fase critica.

Questo articolo ha quindi lo scopo di illustrare alcune peculiari caratteristiche dell'approccio al bambino critico oltre agli errori più frequenti che si possono verificare e le eventuali strategie d'intervento da mettere in atto per prevenirli.

Parole chiave: Terapia intensiva pediatrica, Emergenza e nursing in area critica pediatrica, Broselow tape, Errore, Indicatori di qualità.

Approssimativamente 470.000 bambini ogni anno vengono ricoverati negli ospedali, di questi 6.000 vengono ammessi in una terapia intensiva, circa la metà di questi necessitano di ventilazione assistita.

Nel 2003, appena poco più della metà (52.5%) dei bambini critici vennero ricoverati in una terapia intensiva pediatrica specialistica. Mentre la maggior parte di loro veniva ricoverato in una terapia intensiva pediatrica, un significativo numero di bambini era gestito da una terapia intensiva adulti (Australia Government Department of Health and Ageing The state of our public hospitals. Canberra: AGPS; June 2004). In molte circostanze i bambini inizialmente trattati in centri per adulti rispondevano efficacemente alle manovre di rianimazione in particolar modo ricevendo un adeguato supporto alla ventilazione e reintegro dei fluidi e solo successivamente necessitavano di un trasferimento in un centro specialistico pediatrico.

Nonostante ciò vi sono alcune evidenze provenienti dagli USA che mettono in luce come un centro specialistico pediatrico specialmente per il trauma cranico porti a migliori outcomes nel bambino¹⁻². In Australia, così come, in tutti i paesi industrializzati, il trauma (provocato prevalentemente da incidenti stradali e cadute) è la principale causa di morte dopo il primo anno di vita e

ricopre il 29% di tutte le cause di morte nella fascia pediatrica tra 1-15 anni.

Altre sono però le emergenze pediatriche riscontrate e che portano ad un accesso ai dipartimenti d'emergenza oltre al trauma. Tra queste le patologie respiratorie, come l'asma, che costituiscono una delle cause più comuni di accesso al Pronto Soccorso. È stato riportato che circa il 25%-40% dei bambini in Australia e Nuova Zelanda sviluppa un attacco asmatico acuto, ed il 2% tra i 6 mesi ed i 3 anni presenta una laringotracheobronchite².

Inoltre secondo i dati del National Safety Council ogni anno muoiono negli USA dai 300 ai 500 bambini per ostruzione delle vie aeree da inalazione di corpo estraneo, il 7% di loro sono bambini minori di 4 anni, ed anche l'ingestione di sostanze potenzialmente tossiche costituisce un evento relativamente comune in età pediatrica (1,5 b/1000/anno) con una frequenza massima, oltre l'80% dei casi, nei primi 4 anni di vita, ed oltre il 50% dei casi entro i due anni.

In Italia pochi sono gli ospedali o centri pediatrici specialistici dove è possibile centralizzare un bambino critico soprattutto in caso di trauma, mentre spesso i bambini vengono ricoverati in centri dedicati all'adulto, i quali non sempre corrispondono ai migliori criteri di eccellenza necessari per un'assistenza pediatrica. La Società Italiana Pediatri (SIP) ha stimato che oltre 550 mila bambini ed adolescenti all'anno giungono in

EDITORIALE

pervenuto il 20/03/08
accettato il 10/05/08

condizioni critiche ai Pronto Soccorso degli ospedali italiani, il 30% di questi viene ricoverato in un ospedale per adulti (ANSA-Milano, 24/9/2007), tra 0-14 anni circa il 25% dei bambini ricorre almeno una volta l'anno alle cure di un pronto soccorso, le patologie più frequenti di ricovero sono le infezioni delle vie aeree, bronchiti, asma, traumi ed allenamenti (dati Medicina d'Urgenza Pediatrica 2001), ed almeno il 50% dei bambini tra i 5 e i 14 anni muore in conseguenza ad un politrauma (Journal Emergency 1998); la SIP inoltre denuncia l'assenza di posti di terapia semintensiva nel 75% delle strutture pediatriche.

Come è già noto il bambino non è un piccolo adulto e come tale necessita di un'assistenza specialistica e mirata ai bisogni caratteristici dell'età evolutiva, questo richiede risorse, strutture, strategie e professionisti adeguati, oltre ad un ambiente a misura di bambino sensibile alle esigenze psicologiche ed affettive che lo caratterizzano.

Vi è quindi, a maggior ragione nelle terapie intensive polivalenti, la necessità di sensibilizzare e formare il personale all'assistenza pediatrica in area critica ed a personalizzare gli interventi supportandoli con protocolli, percorsi clinici e strategie adeguate.

1. Considerazioni fisiologiche peculiari del bambino nella valutazione ed intervento durante l'emergenza

Nell'assistere un bambino durante un'emergenza non si possono ignorare le caratteristiche peculiari dello sviluppo pediatrico né scindere i nostri interventi da una corretta valutazione iniziale, che altrimenti potrebbe portare ad errore.

Vengono perciò, qui di seguito, espone alcune considerazioni da tenere sempre presenti durante la valutazione iniziale e nell'assistenza al bambino critico²⁻³⁻⁴⁻⁵.

Funzionalità polmonare: l'apparato respiratorio del bambino, compresi gli alveoli e vie aeree collaterali (es. i pori di Kohn), termina la sua maturazione intorno agli 8 anni. Sino a questa età perciò le strutture e la meccanica respiratoria presentano alcune differenze rispetto all'adulto: la mascella, la mandibola e la trachea sono più corte e la lingua più grande, l'epiglottide e la laringe meno rigide, l'anello cricoideo più stretto, tutto ciò rende spesso più diffi-

coltosa la pervietà delle vie aeree ed un'eventuale intubazione. Inoltre il bambino piccolo ha una minor riserva polmonare dell'adulto ma anche una più alta probabilità di reclutare l'ossigeno, il rapporto tra ventilazione alveolare e capacità funzionale è più elevata, le vie aeree sono sensibili alla variazione di pressione intra ed extratoracica e facilmente collassabili, la parete toracica è più fine ed elastica con uno sviluppo impoverito dei muscoli intercostali ed accessori, mentre il diaframma e la muscolatura addominale vengono maggiormente utilizzati in supporto alla ventilazione. Così che le risposte nel bambino saranno diverse; ad esempio in un distress respiratorio, con sintomi e meccanismi di compenso quali tachipnea, alitamento delle pinne nasali, rientramento intercostale e del giugulo, respiro paradossale, stridore ed affanno, il bambino che ha minor capacità di incrementare il tidal volume (normalmente pari a 7-8 ml/Kg), incrementerà il volume minuto accelerando la frequenza respiratoria, impedendo così un collasso.

Le compromissioni respiratorie (ad esempio asma, bronchioliti), gli episodi di apnea e gli arresti respiratori (ad esempio per ostruzione) sono difatti più comuni nei bambini. Gli interventi perciò devono essere attuati possibilmente in maniera più immediata ed aggressiva. La ventilazione va sempre supportata perché se compromessa può condurre molto velocemente ad un collasso cardiaco.

Funzionalità cardiovascolare: un bambino può mantenere la perfusione degli organi centrali di fronte ad una straordinaria perdita di liquidi potenziando l'afflusso di sangue reclutandolo dalle estremità tramite una importante vaso-costrizione periferica. Questo di conseguenza causa un'importante raffreddamento, estremità mazzate e diminuito polso periferico caratteristico dello shock del bambino. A differenza dell'adulto il bambino ha però una minor capacità di aumentare la contrattilità cardiaca e quindi un minor cardiac output, compensando esclusivamente con un aumento della frequenza cardiaca. Così in una crisi mantenere una FC elevata sarà fondamentale.

In un bambino critico altrettanto importante è il reintegro volumico; i bambini difatti sono più soggetti ad episodi di disidratazione e conseguente shock, (ad

esempio per emorragia, diarrea, vomito ecc.) dove anche una perdita di 30 ml/Kg diviene indicatore d'allarme. Una perdita acuta del 10-15% del volume circolante è generalmente ben compensata mentre oltre il 20-25% neppure i meccanismi di compenso sono sufficienti; l'ipotensione invece costituisce un segno tardivo di shock! Un altro parametro per la valutazione del circolo sarà il refill, che nel bambino deve essere inferiore a 2 sec. e va eseguito con una compressione sul torace per 5 secondi, anche perché se ipotermico presenterà una centralizzazione del circolo, così che la valutazione sarà più attendibile.

Diviene quindi di vitale importanza monitorare e saper riconoscere i numerosi parametri d'allarme nelle differenti età evolutive. (tabella 1)

Metabolismo: i bimbi hanno un elevato metabolismo necessario al normale periodo di sviluppo e quindi vi è una maggior domanda d'ossigeno, hanno però minor riserva energetica. In aggiunta il sistema renale ed epatico del bambino piccolo è immaturo e questo influenza la capacità di metabolizzare ed eliminare i farmaci.

Conseguentemente anche l'effetto di alcuni farmaci sarà più lento o più veloce rispetto all'adulto. D'altra parte proprio perché ha un metabolismo più rapido, il bambino necessita di dosaggi proporzionalmente più alti, ma talvolta più tossici; non vanno perciò usate o adattate linee guida per adulti.

Temperatura corporea: è un efficace indicatore fisiologico. Nell'adulto il 70% del calore viene disperso attraverso il capo, il bambino ha una testa di diametro maggiore rispetto all'adulto che aumenta così la perdita di calore; vi è inoltre un maggior rapporto superficie/volume corporeo e anche questo porta loro ad essere più suscettibili nella perdita di calore. Difatti nei traumi, essi mantengono con maggior difficoltà la temperatura, con conseguente peggioramento dell'outcome per ipoperfusione d'organo. Nell'emergenza si consiglia la somministrazione di liquidi caldi e.v., l'uso di coperte termiche o l'infant warm (per i lattanti) e coprire la testa con una fonte di calore.

In caso di iperpiressia va bene scoprire e raffreddare il bambino con metodi passivi (es. ghiaccio secco) mentre non è consigliato bagnarli con panni in quanto questi potrebbero provocare

Tabella 1. Formule veloci per la stima dei parametri e presidi in uso nel bambino

- N tubo: diametro pari all'età/4 + 4 se > 1 anno
- Profondità del tubo in cm dalla bocca = diametro del tubo X 3 (*)
- Profondità del tubo in cm dal naso = (diametro del tubo X3) + 2 (*)
- Circuiti pediatrici: 10-30 Kg; neonatali: < 10 Kg
- PAS: 70 + (età in anni X 2) se > di 1 anno
- PIC: nel b. < 2 a. = 4- 10mmHg; PPC = 50mmHg
nel b. > 2 a. <15a. = 10- 15mmHg; PPC = 60 se > 12 a.
- Diuresi = 2-4 ml/Kg/ora, minimo 1 ml/Kg/ora
- FC a rischio: b.< 5 a.= FC <80bm o >180bm
b. > 5 a.= FC <60bm o >160bm
- FR a rischio: > 40
- Somministrazione: Colloidi/Cristalloidi (Ringer lattato o SF): 20ml/Kg
Emoderivati: 10 ml/Kg

(*) Ha un margine d'errore del 15-25%. Phipps LM et al, *Prospective assessment of guideline for determining appropriate depth of endotracheal tube placement in children*. *Pediatric Crit Care med* 2005; 6(5): 519-22.

loro il brivido ed innalzare ulteriormente la temperatura, inoltre mai bagnare con alcool perché viene assorbito dalla pelle ed inalato causando danni al sistema nervoso in quanto neurotossico; inoltre nei bambini un abbassamento od un innalzamento troppo repentino della temperatura può facilmente provocare convulsioni. Particolare attenzione va posta nel trauma cranico sia rispetto alla temperatura per aumentato consumo d'ossigeno, sia riguardo le convulsioni in quanto aumentano la pressione endocranica e devono essere trattate prontamente, (generalmente con il Lorazepam e.v. o se non reperibile un accesso venoso, per via rettale); altrettanto importante in questo caso è prevenire lesioni e mantenere pervie le vie aeree. Le convulsioni sono circa nel 53% dei casi di tipo febbrile, si verificano nel 5% nei bambini con età maggiore a 5 anni e nel 10% in quelli con età inferiore a 5 anni, in particolar modo durante la prima settimana dopo il trauma. È bene inoltre prendere in considerazione l'uso profilattico della fenitoina in caso di contusione od emorragia cerebrale. Per prevenire le conseguenze a livello cardiovascolare come ipotensione, bradicardia va somministrata una dose di carico e.v. di 20 mg/Kg in 2 boli separati da 10 mg/Kg ciascuna ad una velocità massima di 2 mg/Kg/min fino a 50 mg/min. Nei bambini con danno cerebrale sono richieste dosi più elevate di fenitoina, perciò dovrà sempre essere dosata!

Trauma: 1 bambino su 3 è vittima ogni anno di trauma, il 90% è causato da incidenti stradali e cadute, nel 95% sono traumi chiusi e nel 5% traumi aperti, di questi circa il 50% è costituito dal trauma cranico. L'energia di un trauma in un bambino determina una forza maggiore per unità di superficie corpo-

rea, questo a causa di una massa corporea più piccola. Le differenze anatomiche conducono a differenti lesioni rispetto all'adulto. Va ricordato che l'apparato scheletrico è maggiormente cartilagineo e quindi più elastico, sono quindi frequenti lesioni interne in assenza di fratture. Nel 10% dei bambini il trauma interessa il torace e nei 2/3 di questi vi sono danni anche ad altri organi; sono rare le fratture costali ma se presenti sono un indice di gravità e la flessibilità del torace aumenta la possibilità di lesioni quali le contusioni polmonari ed emorragie intraparenchimali, oltre ad essere più sensibile al pneumotorace iperteso; inoltre il bambino piccolo (inferiore a 2 anni) presenta una minor quantità il tessuto adiposo e tessuto connettivo elastico, che avvolgono gli organi addominali, in particolare i reni (questi più bassi perciò non protetti dall'arcata costale), il fegato e la milza i quali sono più soggetti a lesioni (trattati possibilmente con intervento conservativo). Gli organi sottodiaphragmatici sono più alti e grossi per cui un trauma toracico basso, sotto il 4 spazio intercostale, può provocare lesioni addominali, anche la vescica può essere interessata in quanto, se piena al momento del trauma, può arrivare a livello della linea ombelicale. Elevata quindi è la frequenza delle lesioni multiorgano.

Tutti questi fattori andranno perciò tenuti presenti al momento dell'ispezione del bambino.

Il trauma cranico al di sotto dei 3 anni presenta più suscettibilità al danno secondario (maggiore ai 3 anni vi è una ripresa più rapida) che può essere causato da ipossia, ipotensione con riduzione del flusso cerebrale, crisi epilettiche ed ipertermia; nel bambino è più comune un'ipertensione endocranica dovuta

ad edema cerebrale (il contenuto d'acqua è dell'88%, il flusso ematico cerebrale, CBF, è maggiore), vi è una parziale mielinizzazione perciò è più probabile un danno da strappo assonale. Inoltre l'intervallo lucido è in genere più prolungato ed il deterioramento neurologico più tardivo (l'utilizzo del mannitolo viene indicato in caso di edema o di incipiente erniazione cerebrale alle dosi 0,25 gr/Kg/dose). Nel 40% circa dei bambini al di sotto dei 7 anni vi è una dislocazione anteriore di C2 su C3, il legamento interspinoso e capsule articolari sono più flessibili, le articolazioni sono poco sviluppate; nella flessione i corpi vertebrali tendono a slittare ed il maggior rapporto cranio e corpo trasferisce durante l'impatto maggior energia sul collo, con possibilità di lesioni midollari. È più frequente quindi un danno o contusione midollare in assenza di fratture. Il quadro clinico di Siwora (danno midollare senza riscontro positivo radiografico) è più caratteristico nel bambino; infatti fino a 2/3 dei bambini con lesione traumatica del midollo spinale possono avere un radiogramma della colonna negativo. Sommato ad un quadro di bradicardia e lieve ipotensione e tenuto conto della dinamica, il bambino andrà comunque trattato come un trauma midollare mantenendo sempre il collare in sede.

Il dolore e lo stato neurologico: non di minor importanza nella valutazione sarà considerare la fase cognitiva ed evolutiva del bambino che determina la modalità di risposta all'evento traumatico. Un bambino piccolo che si presenta silenzioso e poco vivace deve allarmare l'infermiere, più di un pianto insistente. Per questo è bene avvalersi di scale specifiche e distinte per età evolutiva. Nella valutazione neurologica è indicata la Pediatric Coma Scale (PCS) utilizzata nei bambini tra 0 e 5 anni; la valutazione in questa fascia d'età si diversifica dall'adulto soprattutto nella risposta verbale. Per i bambini oltre i 6 anni è indicata il Pediatric Trauma Scor (PTS) in caso di trauma, o il GCS adulti, invece per una valutazione più immediata al momento del ricovero viene spesso utilizzato l'AVPU (Alert, Voce, Pain, Unresponsive). Anche la manifestazione del dolore richiederà il supporto di alcune scale di valutazione oltre alla collaborazione del genitore nell'interpretazione dei sintomi del bambino. Esistono a

tale scopo scale di eterovalutazione quali:

1. *la PIPP (Premature Infant Pain Profile) per il dolore da procedura tra 0-1 mese;*
2. *la FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) nella valutazione tra i 0 e 7 anni;*
3. *l'OPS con 4 items (Objective Pain Scale) tra 1 mese-2 anni; l'OPS a 5 items dai 2 ai 3 anni;*
4. *la CHEOPS (Children's Hospital of East Ontario Pain Scale) scala comportamentale utilizzata soprattutto nel post-operatorio nei bambini con età maggiore ai 3 anni;*
5. *la scala di Great Ormond Street Children's Hospital per la valutazione della sedazione.*

In fine vi sono metodi di autovalutazione come la scala di VAS ("faccine") nei bambini con più di 3 anni, scale numeriche e scale verbali per i bambini maggiori ai 7 anni.

Una scorretta valutazione neurologica e del dolore potrà portare ad una sottostima di alcuni segni d'allarme e quindi ad un mancato intervento tempestivo ed efficace nella prevenzione di complicanze e danni secondari.

2. L'errore e gli indicatori di qualità

Effettuata una corretta valutazione e monitoraggio del bambino si procederà alla stabilizzazione e successiva assistenza per tutta la fase critica. Anche qui potrebbero insorgere delle difficoltà legate ad alcuni aspetti particolari del nursing pediatrico, uno tra questi è la gestione delle terapie.

Tra tutte le tipologie degli eventi sentinella, segnalati dalla JACHO nel 2002, l'errore nella somministrazione dei farmaci risultò al terzo posto ed ancora oggi continua ad avere un ruolo rilevante tra i fenomeni non desiderati.

Il bambino si dimostra particolarmente vulnerabile agli eventi avversi da errori nella terapia, in quanto questa necessita un calcolo più complesso a più passaggi, sia per il dosaggio sia per le modalità di diluizione che di preparazione del farmaco; tutto ciò tenendo in considerazione il diverso peso corporeo ed un sistema tampone fisiologico ancora immaturo, oltre alla limitata abilità comunicativa del bambino ad esprimere gli effetti del farmaco qualora si verificassero.

I pazienti pediatrici quindi rappresentano un gruppo maggiormente a rischio di errore durante la somministrazione, preparazione e diluizione del farmaco in quanto vi è una maggior variabilità di dosaggio e modalità di somministrazione dovuta alla diversa funzione d'organo che caratterizza le singole età evolutive. Purtroppo ad oggi in letteratura sono pochi gli studi che documentino l'avvenuta registrazione, tramite reporting, di errori in campo pediatrico rispetto all'adulto, sebbene per le informazioni limitate in nostro possesso si registri una più alta frequenza d'errore. Ricordiamo inoltre che molti farmaci in uso non sono mai stati testati in età pediatrica! Di fatto, mentre le strategie per prevenire l'errore sono le stesse dell'adulto, la possibilità di incorrere nell'errore è triplicata nel bambino e ancor di più nelle aree critiche neonatali⁷⁻⁸.

In uno studio prospettico condotto dall'University Hospital in Losanna (Svizzera) si registrarono gli errori commessi dagli infermieri durante le loro attività in una terapia intensiva pediatrica; su 275 somministrazioni la frequenza dell'errore era del 26.9%. Più frequentemente si verificò l'errato tempo di somministrazione corrispondente al 32.4% (± 60 min.), altrettanto la tecnica di somministrazione errata era del 32.4% e l'errore nella preparazione del 23%.

In uno studio invece di tipo descrittivo, condotto su di un campione di convenienza in 57 ospedali pediatrici e 227 per adulti, le infermiere pediatriche riportarono il 67% di frequenza d'errore rispetto al 56 % di quello per l'adulto ($p < .05$).

Le cause di errori più frequenti erano dovute a:

1. *distrazione ed interruzione durante le attività (50%);*
2. *ridotto numero di infermieri/paziente (37%);*
3. *troppe terapie su troppi pazienti (35%);*
4. *mancato uso del doppio controllo (28%).*

Si notò inoltre che vi erano delle particolari circostanze legate ad aspetti fisiologici ed emozionali caratteristici dell'età evolutiva che portavano ad un differente tipo di rischio rispetto all'adulto⁹.

In un altro studio ancora, svolto in un dipartimento d'emergenza pediatrico, si dimostrò che circa il 10% dei pazienti era esposto ad errori nella somministrazione di farmaci e liquidi. L'errore spesso era dovuto ad una scorretta trascrizione

o rilevazione del peso del bambino, difatti il dosaggio del farmaco deve essere calcolato su milligrammi/kilo e trasformato in gamma¹¹.

In un caotico dipartimento d'emergenza all'arrivo di un paziente critico spesso la somministrazione deve essere effettuata in tempi molto rapidi, in assenza talvolta del peso reale del bambino e sommato al fatto che proprio per la necessaria tempestività dell'intervento, non viene effettuato un doppio controllo del farmaco, incorrere nell'errore risulta più probabile. Sempre in questo studio si era visto che l'errore era più frequente durante l'emergenza a causa delle interruzioni e distrazioni a cui veniva sottoposto l'infermiere, oltre allo stress provato. Inoltre si è notato che l'errore era commesso con maggior facilità da giovani infermieri o da studenti proprio perché meno pratici nell'assistenza pediatrica.

Quali allora le strategie da utilizzare per prevenire l'errore?

La terapia

In letteratura viene consigliato¹²⁻¹³:

1. *il doppio controllo effettuato con un'altra infermiera durante la preparazione;*
2. *il doppio controllo con il genitore se il bambino ricoverato è già da tempo portatore di un catetere venoso;*
3. *etichettare tutte le vie infusionali;*
4. *usare pompe infusionali in grado di preimpostare i dosaggi in base al peso del paziente (sono pompe che inoltre evitano i boli accidentali ed un sovradosaggio di liquidi. Nello studio di Thomas OD 2005, si registrò che solamente il loro utilizzo riduceva l'errore del 73%);*
5. *documentare sempre i tempi e modalità di somministrazione;*
6. *ricontrollare la terapia nella stanza prima della somministrazione;*
7. *se si somministrano farmaci orali con siringa (come in uso nei neonati e bambini piccoli) usare una siringa a cono per impedire il suo errato uso per via venosa.*

Un altro intervento che viene suggerito è l'utilizzo di un sistema di terapia informatizzata quale il sistema CPOE (Computerized Physician Order Entry), che potrebbe ridurre in maniera significativa gli errori. Infatti il software dovrebbe includere la marca ed il nome generico del farmaco con il dosaggio

pediatrico e quello dell'adulto oltre ad interagire con altri programmi che contengano informazioni sulle allergie ed analisi di laboratorio, questo per essere efficace a tutti gli effetti¹⁴. Infine non di minor importanza è promuovere l'utilizzo dell'incident reportig su base volontaria e non punitiva e la registrazione di tutti gli eventi sentinella.

Altri però sono gli indicatori di qualità che ottimizzano l'assistenza riducendo gli eventi avversi nel bambino, alcuni tra questi sono la comunicazione tra i professionisti che è d'importanza fondamentale all'interno della struttura sanitaria. Essa è la prima causa di errore sulla base della root cause analysis effettuata dalla Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations sugli eventi sentinella denunciati in medicina (dal 1995 al 2002).

Le possibilità di errore possono essere legate oltre alle difficoltà comunicative tra i membri dello staff, anche nei confronti del piccolo paziente e dei suoi genitori, in particolar modo in una realtà non pediatrica. I bambini spesso dipendono interamente dalle cure dell'adulto, non riescono a comunicare in modo chiaro segni e sintomi e non hanno la capacità di discriminare quali siano i sintomi che meritano una particolare attenzione da parte del personale sanitario, quindi la loro interpretazione passa attraverso il caregiver di riferimento. È stata ideata a tale proposito la SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) un metodo per la trasmissione di dati riguardanti i problemi dei pazienti con lo scopo di migliorare la comunicazione con i caregivers. (Institute for Health Care Improvement forum, Florida, 2004)⁶⁻¹⁵.

Le vie aeree

Anche un'accurata gestione delle vie aeree nell'emergenza pediatrica è di notevole importanza per gli outcomes nel bambino. Una gestione non pianificata delle probabili estubazioni aumenta i tempi di degenza, una prolungata ventilazione meccanica oltre ad aumentare il rischio di mortalità¹⁶.

Sulla prevenzione delle estubazioni accidentali ha quindi notevole importanza una corretta gestione della sedazione; 10 anni di studi che esaminano l'uso di un protocollo per la sedazione condotto da infermieri mettono in luce, con successo, la riduzione del numero

di estubazioni non pianificate¹⁶⁻¹⁷. L'altro intervento che incide sulla prevenzione delle estubazioni accidentali è la contenzione fisica, oltre che farmacologica; sono in uso a tale scopo spondine e reti contenitive, fascette per le braccia, stecche per i gomiti e indicazioni a mantenere il livello del letto a bolla (evita anche le cadute), oltre ad un accurato fissaggio del tubo. Questi interventi vanno applicati solo se appropriati oltre che adeguatamente giustificati e registrati e per il periodo strettamente necessario (American Nurse Association, 2001). Vi sono inoltre approcci alternativi come le tecniche di distrazione, la riduzione degli stimoli sensoriali e rumori ambientali, favorire il livello di vigilanza del paziente e permettere la presenza dei genitori.

Le infezioni

Un evento avverso ancora di particolare interesse rimangono le infezioni. Sfortunatamente ci sono significativi rischi di infezioni associati all'uso, all'inserzione e mantenimento delle vie venose centrali ed accessi vascolari in età pediatrica¹⁸. È da ricordare anche che il 3% degli accessi pediatrici in ICU sono dovuti a shock settico con una mortalità del 7-19%, pazienti che richiederanno ancora una maggiore attenzione!²

Un altro indicatore di qualità impiegato negli USA è la Pediatric Risk of Mortality Scores (PRISM) che raccoglie i fattori predittivi di rischio di mortalità del bambino critico, basata sull'accertamento di variabili fisiologiche. Il punteggio viene determinato, con un susseguirsi di valutazioni, nelle prime 12-24 ore dall'ammissione in terapia intensiva. Questo tipo di indicatore permette di valutare e discriminare gli interventi necessari e prioritari in base alla gravità del paziente oltre ad essere un valido predittore dei tempi stimati di degenza¹⁹.

Infine per quel che riguarda il corretto uso e scelta dei devices, altrettanto importanti per una corretta gestione dell'assistenza al piccolo paziente, viene adoperato già da diversi anni nelle realtà pediatriche un sistema per la classificazione del materiale necessario alla rianimazione, secondo un codice colore detto di Broselow. Negli ultimi anni è stato rivalutato e considerato anche per l'assistenza al bambino

ricoverato nelle terapie intensive polivalenti.

3. Il metodo Broselow quale sistema proattivo nella prevenzione dei rischi

Il nastro codificato per colore detto Broselow fu introdotto nel 1986. Nacque per ottimizzare l'assistenza durante la rianimazione pediatrica soprattutto per quei casi che avevano un accesso infrequente. Inizialmente fu disegnato per accertare in maniera accurata e veloce il peso approssimativo del bambino traumatizzato. Di recente è stato utilizzato anche come guida per determinare le corrispondenti misure dei devices e dei dosaggi di farmaci da inserire nell'equipaggiamento. Lo scopo del Broselow è quindi quello di essere utilizzato come guida per una scelta rapida ed appropriata dei presidi necessari in condizioni d'emergenza, fornisce inoltre indicazioni terapeutiche per gli stati di shock, arresto cardio-respiratorio, crisi convulsive, insufficienza respiratoria ecc..

Fu inoltre introdotto (da Jerome Medical) un collare cervicale adatto ai bambini secondo il sistema del codice colore del Broselow-Luten, in quanto diversi infermieri notarono e segnalavano la difficoltà a stabilire la corretta misura del collare oltre al fatto che molti collari non si dimostravano adatti alla fisionomia dei bambini²⁰.

A tale proposito è importante ricordare che i bambini piccoli presentano una grande testa e una "sindrome da corpo piccolo". Sta di fatto che questa sproporzione comporta delle difficoltà nel posizionamento del collare. Mentre il collare cervicale deve contenere e limitare i movimenti cervicali bisogna anche ricordarsi che c'è la necessità di proteggere la pelle dai danni causati dal decubito a lungo termine. In aggiunta un bambino posizionato supino su di una barella o tavola spinale senza imbottitura rischia una flessione cervicale indesiderata ed una potenziale compromissione delle vie aeree. Proprio per questo c'è la necessità di introdurre l'Airway PAD, collare imbottito di diversa misura distinto secondo codice colore, per i pazienti pediatrici durante le emergenze mediche-traumatologiche.

L'utilizzo perciò del Broselow contribuisce alla sicurezza e prevenzione degli

errori nell'applicazione dei devices oltre a stabilire il dosaggio, modalità di diluizione e somministrazione più corretta dei farmaci, soprattutto durante l'emergenza dove l'incidenza dell'errore è più elevata²¹⁻²²⁻²³.

Può definirsi così un sistema proattivo per la riduzione di errori durante le emergenze pediatriche.

Va da sé che anche l'uso di devices non adeguati possono portare a complicanze e discomfort per il paziente, basti pensare ad una scelta scorretta del tubo endotracheale nel bambino piccolo. Infatti un tubo troppo grande può condurre a lesioni nelle vie aeree alte, oltre al decubito e lesione della mucosa tracheale per eccessivo cuffiaggio, un tubo troppo piccolo può facilmente ostruirsi, soprattutto se non umidificato (a 36.5-37 C), oltre a portare a perdite di flussi d'aria ed in entrambi i casi ad una ventilazione non ottimale. A tal proposito va ricordato che al di sotto dei 12 anni non è consigliata l'intubazione nasale, ad eccezione dei neonati in quanto respirano prevalentemente dal naso ed è da questi più tollerata; inoltre nel bambino piccolo vi è un naturale restringimento dell'area sottoglottica perciò non è indicato l'uso del tubo cuffiato in età inferiore a 5 anni ed alcuni testi lo sconsigliano sin all'età prepuberale, soprattutto se siamo in presenza di un'ostruzione delle vie aeree alte. Così anche l'uso di un catetere di aspirazione adeguato alla misura del tubo endotracheale preverrà danni alla mucosa bronchiale ed atelectasie iatrogene. Difatti il catetere deve essere pari o inferiore ai 2/3 del diametro del tubo e la pressione di aspirazione erogata non superiore a -60 mmHg negli infanti (-8 kPa) e nei bambini non maggiore a -200 mmHg (-27 kPa)²⁴.

L'uso del *bambinometro* è molto semplice, (figura 1-2-3).



Figura 1. Zaino

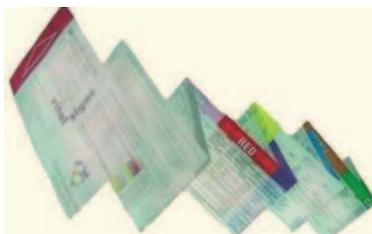


Figura 3. Nastro

Il nastro colorato viene posto con l'estremità contrassegnata da una freccia in campo rosso al vertice della testa del paziente e disteso per tutta la lunghezza del bambino. Il livello della scala di peso individuato dalla posizione raggiunta ai piedi del bambino fornirà, tradotta in codice colore, un gruppo di presidi idonei al piccolo paziente (ad esempio, bracciali NBP, SNG, cateteri vescicali, drenaggi ecc.).

Con lo stesso metodo del colore (il colore corrisponderà ad una precisa fascia d'età, oltre a corrispondere anche a delle lettere per i daltonici) vengono riportate diluizioni dei farmaci e liquidi, indicazioni sulle impostazioni per la ventilazione, volendo anche tabelle con i segni vitali ed i parametri d'allarme suddivisi per età, e punteggi di gravità, ecc... Infine sempre su questo metodo può essere allestito il carrello d'emergenza che sarà suddiviso in scompartimenti corrispondenti ai vari colori e rispettivo peso, dove troveremo un immediato accesso a tutto il materiale d'emergenza e di uso comune.

Una curiosità è che il sistema codice colore Broselow viene ora utilizzato anche in radiologia per stabilire il tipo di scansione, quantità di radiazioni e di mezzo di contrasto da somministrare al bambino durante un'indagine²⁰⁻²⁴.

3.1 Efficacia del metodo Broselow

In uno studio condotto da un Dipartimento d'Emergenza australiano²⁵ dove si voleva mettere a confronto l'efficacia di diversi metodi che stimano il peso corporeo del bambino durante gli interventi d'emergenza, furono comparati 5 metodi: Advanced Pediatric Life Support, Broselow tape, Argall, Best Guess ed infine il peso stimato dai parenti (genitori).

Il campione di convenienza dell'indagine includeva 410 casi, bambini tra 1 e 11 anni (età media 4 anni), di cui il 54,4% maschi, ed il 74,9% di etnia caucasica, con un indice di massa corporea



Figura 2. Carrello

di 17 Kg/m² cioè una media di 22.2 Kg. I risultati di interesse furono messi a confronto tra il peso stimato e la misurazione del peso con altri metodi. I dati furono analizzati con statistiche descrittive e le performance dei diversi metodi di stima del peso furono comparati utilizzando la differenza delle medie, lo scarto quadratico medio e concordandolo entro il 10%.

Metodo: vennero raccolti durante l'accertamento i dati quali altezza, età, etnia ed inoltre si chiedeva ai genitori quale era il peso del bambino da loro stimato. In un secondo momento i bambini inclusi nello studio, che inizialmente richiedevano cure urgenti, furono pesati su di una bilancia elettronica senza scarpe e vestiti pesanti.

Risultati: il metodo più accurato di stima del peso era dato dal genitore (in particolare la madre) con il 78% scostandosi dalla media di - 0.6 Kg.; in assenza di questo il metodo più accurato risultò il Broselow con il 61% di stima, con il 42% la formula del Best Guess, la formula di Argall con il 37% e la formula del PALS con il 34%.

Limiti: il Broselow tape è limitato all'utilizzo in pazienti che vanno dai 46-145 cm e pesano dai 3-34 Kg, inoltre sembra essere meno accurato nella stima dei soggetti particolarmente magri od obesi oltre che in alcune etnie come i Maori e popolazioni delle isole del Pacifico per una loro peculiare costituzione fisica²⁶. In un altro studio prospettico, controllato randomizzato²⁷, condotto dalla Stanford University Medical Center (Canada) il sistema Broselow fu comparato con un altro equipaggiamento standard, per velocità di accesso al materiale, più accurata selezione delle appropriate misure e miglior soddisfazione

nell'utilizzo. Furono intervistati 21 discenti durante due simulazioni di rianimazione pediatrica dove venivano alternati i due sistemi.

Risultati: dei 21 soggetti il 62% trovarono il Broselow facile o molto facile nell'uso, il materiale per l'intubazione e per l'inserimento del sondino naso-gastrico veniva trovato in maniera significativamente più veloce rispetto all'altro sistema, inoltre il materiale corretto veniva trovato prima nel 99% delle volte, rispetto all'83% del metodo comparato. Tutto questo comporta una maggior sicurezza per il paziente ed un facile uso per l'operatore che trova il sistema più maneggevole.

Conclusioni

Siamo ormai a conoscenza come già da tempo la popolazione in Italia sia soggetta ad un invecchiamento progressivo e di come in conseguenza a ciò le politiche sanitarie si stiano muovendo in risposta alle esigenze dell'anziano. In questo frangente vi è però il rischio di distogliere il nostro focus da quella fascia di popolazione che, se pur in minoranza, necessita anch'essa di risposte efficaci ai bisogni assistenziali individuali.

Il bambino, proprio per il suo accesso infrequente, mette in difficoltà il personale che opera in una struttura dedicata all'adulto; è necessario quindi potenziare la formazione con corsi di rianimazione pediatrica di base ed avanzata, oltre a favorire l'impiego di medici ed infermieri specialisti nel settore dell'area critica pediatrica nell'ottica di un approccio di tipo multidisciplinare.

I dipartimenti inoltre devono supportare il personale con strategie adeguate che impediscano loro di incorrere nell'errore, a tale scopo si possono usare strumenti come la FMEA (Failure Mode and Effect Analysis) che permette di analizzare in maniera probabilistica quali rischi si possano verificare durante il processo di assistenza, oltre a sensibilizzare il personale a registrare i near-miss e gli errori commessi tramite un incident reporting. Vanno inoltre implementati protocolli specifici che permettano di uniformare i comportamenti e l'uso di risorse appropriate che garantiscano la tutela dell'assistito.

Infine nell'affrontare un bambino critico non va mai dimenticato l'ambiente familiare che lo circonda. Il genitore ormai da diversi anni è, e deve rimanere, parte

integrante del percorso assistenziale quale elemento fondamentale che concorre a rendere meno gravoso il ricovero ospedaliero del piccolo paziente.

Bibliografia

1. NORTON L, SLATER A. *Report of the Australian and New Zealand Paediatric Intensive Care Registry 2002-2003*. Melbourne: Australian and New Zealand Intensive Care Society; 2004
2. KENDRICK T, MORRISON A. *Pediatric considerations in critical care*. Critical care Nurse 2005; 605-37
3. SALATI DAVID S. *Caring for a sick child in a non-pediatric setting*. Nursing 2004; 34 (4): 54-61.
4. SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA. *Linee guida politrauma Piacenza, 2005*, ultimo accesso 30 gennaio 2008
5. PIETRINI D. ET ALL. *Linee guida trauma cranico grave pediatrico*. SIAARTI-SARNeP, Minerva Anestesiol 2004; 70: 549-604
6. Rice BA, Nelson C. *Safety in the Paediatric ICU: The Key to Quality Outcomes*. Critical Care Nurs Clin Am, 2005;17(4).431-40
7. ANTONOW JA ET ALL. *Medication error reporting: A Survey of Nursing staff*. Journal of Nursing Care Quality 2000; 15 : 42-8
8. KAUSHAL R ET ALL. *Medication errors and adverse drug events in pediatric patients*. Journal of American Medical Association 2000; 285:2114-20
9. SCHNEIDER MP, COTTING J, PANNATIER A. *Evaluation of nurses'errors associated in the preparation and administration of medication in a pediatric intensive care unit*. Pharmacy World & Science 1998; 20 (4) 178-182
10. STRATTON KM, BLEGEN MA, PEPPER G, VAUGHN T. *Reporting of medication errors by pediatric nurses*. Journal of Pediatric Nursing 2004; 19(6): 385-392
11. KOZER E ET ALL. *Variables associated with medication errors in pediatric emergency medicine*. Pediatrics 2002; 110: 737-42
12. THOMAS OD, PARKMAN HD. *Lesson learned: Basic Evidence- Based Advice for Preventing Medication Errors in Children*. Journal of Emergency Nursing 2005; 31(5): 490-493
13. CAMPBELL G, FACCHINETT N. *Using process control charts to monitor dispensing and checking errors*. Am J Health Syst Pharm 2000; 55:946-52
14. AMERICAN ACCADEMY OF PEDIATRICS. *Prevention of medical errors in the pediatric inpatient setting*. Pediatrics 2003; 12(2):431-6
15. MILLER MR ET ALL. *Patient Safety events during pediatric hospitalizations*. Pediatrics 2003, 111: 1358-66
16. SADOWSKI R ET ALL. *Continuous quality improvement: reducing unplanned extubations in a pediatric intensive care unit*. Pediatric 2004, 114(3):628-63
17. POPERNACK M, THOMAS N, LUCKING S. *Decreasing unplanned extubations: utilization of the penn state children's hospital sedation algorithm*. Pediatric Crit Care Med 2004; 5:58-62
18. STEWART DIANE B. *Eradication Catheter-Associated Blood Stream: Infection in the PICU*. Crit Care Nurse 2008; Feb,28(1):72-71
19. POLLACK MM. *PRISMIII: An updated pediatric risk of mortality score*. Crit Care Med 1996;24:743-52
20. DE BOER S, SEAVER M, BROSELOW J. *Do you know ASCs? Airway, breathing and colour-coding!* Australian Emergency Nursing Journal 2005; 8: 35-41
21. DOWELL E. *Pediatric medical errors. Part I: the case*. Pediatr Nurs 2004; (4):328-30
22. VILKE G, MARINO A, FISCHER R, CHAN T. *Estimation of pediatric patient weight by EMT-Ps*. J Emerg Med 2001; (2): 125-28.
23. LUTEN R, BROSELOW J. *Rainbow care. The Broselow-Luten system. Implications for pediatric patient safety*. Ambulatory outreach 14-16 October 1999
24. CANTONI BM. *Protocollo di emergenza pediatrica- il bambinometro*. Clinica G.D. de Marchi, Milano. , ultimo accesso 30 gennaio 2008
25. KRIESER D, AT ALL. *Parent weight estimation of their child's weight is more accurate than other weight estimation methods for determining children's weight in a emergency department?* Emerg Med J 2007; 24: 756-759
26. THEORON L, ADAMS A, JANSEN K, ET ALL. *Emergency weight estimation in Pacific Island and Maori children who are large- for-age*. Emerg Med Australs 2005; 17:238-43
27. AGARWAL S, YAEGER K, ET ALL. *Comparing the utility of a Standard Pediatric Resuscitation Cart With a Pediatric Resuscitation Cart Based on the Broselow Tape: A Randomized Controlled, Crossover Trial Involving Simulated Resuscitation Scenarios*. Pediatrics J 2005; 116: 326-33.

Abstract

The arrival of a baby at a critical emergency department, in a hospital dedicated to adult, always creates difficulties in management by staff, who feels more emotionally involved and is less experienced in helping children.

This brings the child to be more vulnerable to errors in assessing, during interventions and during the all critical phase.

This article was therefore intended to explain some peculiar characteristics of the critical child addition to more frequent errors that can occur in any intervention strategies put in place to prevent them.

Keywords: Pediatric intensive care unit, Emergency and nursing in pediatric critical area, Broselow tape, Error, Quality indicators

Laura Tonetto, Infermiera Unità Operativa di Chirurgia Generale -3° Dipartimento di Chirurgia – Stabilimento di Oderzo – Azienda ULSS 9 Treviso
 Maria Benetton, Tutor e professore a.c. C.d.L in Infermieristica Università di Padova sede di Treviso

Effetti collaterali del mantenimento del sondino nasogastrico da svuotamento



Riassunto

Razionale: il mantenimento del sondino nasogastrico (SNG) da svuotamento, procedura comune intesa a diminuire i rischi di complicanze da distensione gastrica in diverse patologie, spesso provoca forte disagio, dolore ed ansia nell'utente. Questo studio si propone di definire qualitativamente e quantitativamente il fenomeno disagio specificatamente attribuito al mantenimento del SNG.

Metodo: attraverso interviste non strutturate e l'osservazione degli utenti portatori del presidio per più di 24 ore, sono stati individuati gli effetti collaterali specifici da sondino. Attraverso un'indagine retrospettiva è stata determinata l'entità e la frequenza degli effetti collaterali.

Risultati: questi effetti collaterali sono di natura fisiologica ma e soprattutto sono di natura comportamentale, determinano una maggiore complessità assistenziale, possono influenzare negativamente l'iter terapeutico. Il 35% degli utenti analizzati, indipendentemente da patologia, decorso favorevole della malattia e bagaglio culturale, manifesta effetti collaterali non efficacemente controllati con le attuali prestazioni assistenziali. I dati indicano che gli utenti postoperati tollerano meglio il presidio, mentre gli utenti con pancreatite acuta e i maschi con età inferiore a 75 anni manifestano più frequentemente soprattutto gli effetti collaterali comportamentali.

Conclusioni: Il disagio da SNG è ritenuto inevitabile e diventa un problema solo all'autorimozione o quando il malato è di difficile gestione. Un accertamento mirato, continuo e sistematico degli effetti collaterali da SNG aiuterebbe a superare un primo ostacolo, quello della "visione" di questa sofferenza reale e palese.

Parole chiave: Sondino nasogastrico da svuotamento, Disagio sondino nasogastrico, Effetti collaterali sondino nasogastrico.

1. Introduzione

Il mantenimento in sede di un sondino nasogastrico (SNG) da svuotamento è una procedura tra le più comuni attuate nelle unità chirurgiche. Attraverso una osservazione informale delle reazioni delle persone portatrici di SNG, è stato notato che molti utenti, dopo una prima fase di collaborazione, cominciano a manifestare, nei giorni successivi, disagi legati al mantenimento del SNG indipendentemente dall'età, dal bagaglio culturale, dal sesso, da esperienze di malattie precedenti, dallo stato di coscienza integro e dal grado di autonomia. Anche in letteratura si afferma che mantenere inserito un SNG è la sola procedura, tra le 16 più comuni attuate in ospedale, ritenuta più dolorosa dai pazienti con stato di coscienza integro, rispetto a quanto percepito dai medici¹. Sta di fatto che molta sofferenza è sperimentata dagli utenti come risultato di procedure ed interventi che sono decisi dai medici ed intesi a dare beneficio all'utente.

2. Scopo della ricerca

Questa ricerca ha lo scopo di comprendere quanto incide l'essere portatore del SNG nelle forme di pancreatite acuta (PA), nel post intervento addominale (PI) e nelle occlusioni intestinali trattate con terapia conservativa (TC); definire il fenomeno disagio attribuito al SNG nelle sue diverse manifestazioni al fine di individuare gli effetti collaterali (EC) che il mantenimento del SNG provoca.

3. Materiali e metodi

Lo studio descrittivo-osservazionale è stato condotto sugli utenti dell'Unità Operativa di Chirurgia generale di Oderzo dell'Azienda ospedaliera di Treviso nel periodo compreso tra Gennaio e Dicembre 2005 e si è sviluppato in quattro fasi:

3.1 Individuazione delle indicazioni all'utilizzo del SNG e la successiva suddivisione degli utenti con SNG in tre gruppi secondo il criterio dello scopo:

ARTICOLO ORIGINALE

pervenuto il 09/04/08
 approvato il 10/05/08

1. utenti con SNG nella cura della pancreatite acuta (PA)

SNG a scopo terapeutico, nella cura della pancreatite acuta, sia come prima diagnosi d'ingresso che secondaria ad altre patologie.

2. utenti con SNG post intervento addominale (PI)

SNG a scopo decompressivo, di controllo e di protezione delle anastomosi, posizionati al termine dell'intervento addominale di qualsiasi tipo sia in urgenza che in elezione (esclusi interventi di videolaparocolecistectomia poiché il SNG viene rimosso dopo circa due ore dall'uscita dalla sala operatoria).

3. utenti con SNG per terapia conservativa (TC)

SNG a scopo di svuotamento, nel trattamento conservativo delle occlusioni e sub occlusioni intestinali.

3.2a Interviste non strutturate agli utenti con il SNG eseguite durante l'assistenza quotidiana per ricercare manifestazioni, cause, conseguenze della sofferenza specificatamente attribuiti al mantenimento del presidio e per capire con quale linguaggio verbale e non verbale vengono espresse intolleranze, sensazioni e disagio provati.

3.2b Annotazioni delle percezioni e delle osservazioni degli infermieri riportate durante le consegne verbali su segni e sintomi attribuiti al mantenimento del SNG.

Questi due passaggi sono stati necessari per avere omogeneità nella rilevazione e per ridurre le variabili interpretative del segno e sintomo tra quanto osservato dall'infermiere e quanto riferito dall'utente sul fenomeno disagio. (Tabella 1)

Al termine dell'analisi, si sono potuti definire gli **Effetti collaterali** specifici attribuiti al mantenimento del SNG. (Tabella 2)

3.3 Griglia di analisi

Per la ricerca retrospettiva è stata realizzata una griglia per la raccolta degli effetti collaterali ed è stato così possibile implementare i segni e sintomi di complicanze riportati in bibliografia (studi più recenti² e testi vari³⁺⁴⁺⁵⁺⁶⁺⁷) con quelli individuati nelle interviste ed osservazioni. (Tabella 3)

Tabella 1: Definizione delle variabili del fenomeno disagio da SNG

Manifestazioni	Cause
<p>Segnalazioni verbali dell'utente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • riferisce dolore del tratto oro-faringeo; • riferisce fastidio nel formulare le parole • riferisce congestione e fastidio alle narici; • riferisce bruciore epigastrico, sensazione di peso epigastrico • afferma di provare sofferenza, nervosismo, agitazione ed incapacità a rilassarsi a causa del SNG; <p>Indicatori non verbali di disagio osservati dal professionista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'utente si esprime con risposte concise monosillabiche • dimostra difficoltà / riluttanza a parlare • la deglutizione è accompagnata da smorfia di sofferenza al volto; • mostra irrequietezza ed ansia attraverso la facies tesa, il lieve aumento della frequenza respiratoria e della pressione arteriosa; • dimostra riluttanza alla mobilitazione e rigidità di movimento del capo; • tende a creare una relazione di conflitto con i vari professionisti. 	<ul style="list-style-type: none"> • secchezza della mucosa orale e delle labbra a causa della respirazione attraverso la bocca, del digiuno assoluto, o dell'assunzione di farmaci che provocano xerostomia • infiammazione del tratto oro-faringeo • presenza nel retrofaringe e nelle alte vie aeree di secrezioni viscosose • dolore alla narice ad ogni spostamento del SNG • tentativo da parte degli operatori sanitari di minimizzare la percezione del disagio riferito <p>Conseguenze</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'attenzione ed interesse dell'utente si spostano dall'evoluzione della malattia al momento in cui il presidio verrà rimosso; • l'utente vive il momento terapeutico come ulteriore fase di "persecuzione" • non collabora attivamente all'iter clinico assistenziale, ma tende a ridurre senza apparente motivo anche le proprie abilità limitando la propria autonomia; • manifesta uno stato d'animo alterato nonostante il decorso clinico positivo della patologia • tende a perdere il controllo di sé.

Tabella 2: Effetti collaterali del mantenimento del SNG

Fisiologici	Comportamentali
<p>Alterazione cavità oro-faringea</p> <ul style="list-style-type: none"> • xerostomia • deglutizione fastidiosa • deglutizione dolorosa • odinofagia 	<p>Alterazione della capacità di movimento</p> <ul style="list-style-type: none"> • rigidità nella rotazione del capo con conseguente cervicalgia • deficit nella cura di sé • riluttanza a tentare qualsiasi movimento <p>Alterazione dell'umore/stato emotivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • irrequietezza • nervosismo • agitazione • stato confusionale/perdita dell'autocontrollo
<p>Alterazione alte vie aeree</p> <ul style="list-style-type: none"> • congestione nasale • fastidio alle narici • disfonia 	<p>Alterazione delle relazioni</p> <ul style="list-style-type: none"> • pensiero combattivo • relazioni conflittuali col personale sanitario • rimozione anticipata su prescrizione medica per insistente richiesta dell'utente • rifiuto del mantenimento del presidio • autorimozione consapevole

3.4 Ricerca retrospettiva

Sono state esaminate nelle cartelle cliniche ed infermieristiche le segnalazioni di disagio riportabili agli items della griglia di analisi, per determinare la frequenza e l'entità del disagio. Il campione, che complessivamente

è stato di 150 utenti, è stato così individuato:

- *utenti adulti*
- *ricoverati presso l'unità operativa di chirurgia generale da gennaio a dicembre 2005*
- *prescrizione medica di mantenimento del SNG per più di 24 ore.*

Tabella 3: Items rilevabili

rilevazioni specifiche di disagio da SNG:	dati generici:
<ul style="list-style-type: none"> disagio generico: segnalazioni soggettive e oggettive riferite genericamente come dolore, fastidio, intolleranza, insofferenza al SNG alterazioni della cavità orale alterazioni delle vie aeree alterazione del movimento alterazione dell'umore / stato emotivo relazioni conflittuali autorimozione del SNG rimozione anticipata del SNG su prescrizione medica in seguito ad insistente richiesta dell'utente 	<ul style="list-style-type: none"> età dell'utente sexo ristagno gastrico (RG) superiore a 200 cc nelle 24 ore a partire dalla seconda giornata di mantenimento del SNG rimozione del SNG su prescrizione medica secondo routine

Sono stati esclusi:

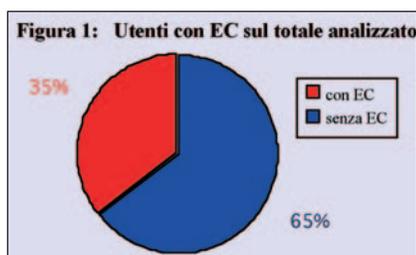
- utenti non di madrelingua italiana con difficoltà di comprensione ed espressione linguistica
- coloro che hanno mantenuto il SNG per meno di 24 ore.

4. Discussione dati

4.1 Utenti con effetti collaterali (EC) da SNG

Durante la degenza, 53 persone su 150 hanno manifestato almeno un effetto collaterale (EC) espressamente attribuito al SNG.

Il 35% dei portatori di SNG rappresenta la tipologia di soggetti con SNG che durante la degenza ha manifestato problematiche assistenziali a maggiore complessità, non efficacemente controllate dalle prestazioni erogate; è un consistente numero di malati in cui la sofferenza potrebbe essere alleviata o evitata. (Figura 1)



Dall'analisi della distribuzione degli utenti con EC nei tre gruppi, il disagio da SNG risulta essere indipendentemente dalla patologia, ciò che varia è la frequenza con cui si manifesta.

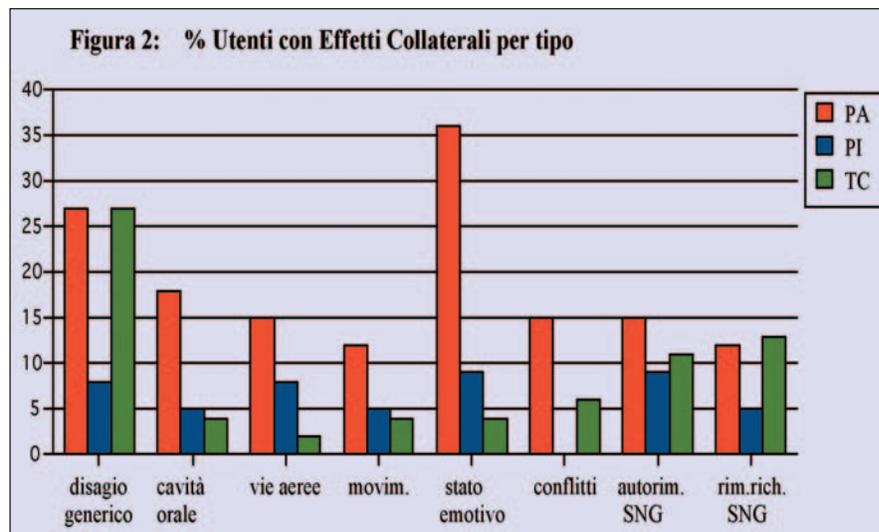
4.2 Effetti collaterali da SNG

Sono stati confrontati tutti gli Effetti

Collaterali (EC) tra i tre gruppi.

Gli utenti con PA manifestano molto più frequentemente degli altri, tutti gli EC da SNG, dimostrando soprattutto uno stato emotivo alterato con conseguente aumentata complessità assistenziale nonostante il decorso clinico favorevole della patologia (progressivo rientro nella norma dei valori di amilasi e lipasi).

Questi atteggiamenti scompaiono immediatamente dopo la rimozione del SNG. I portatori di SNG post intervento tollerano meglio il presidio. (Figura 2)



4.3 Età degli utenti analizzati

Età media di tutti gli utenti in ciascuno dei tre gruppi:

- nel gruppo PA: 66,4 anni
maschi: 62,3 anni - femmine: 72,7
- nel gruppo PI: 68,7 anni
maschi: 69,4 anni - femmine: 67,5

- nel gruppo TC: 69,3 anni
maschi: 69,0 anni - femmine: 69,9
- Il gruppo meno omogeneo risulta essere quello con PA.

I soggetti che hanno manifestato almeno un effetto collaterale da SNG sono stati suddivisi in ciascun gruppo in base al sesso e all'età (<75 anni Figura 3 - >75 anni Figura 4).

I maschi, indipendentemente dall'età e dalla patologia, tendono a manifestare più frequentemente il disagio da SNG.

4.4 Autorimozioni e rimozione anticipata del SNG

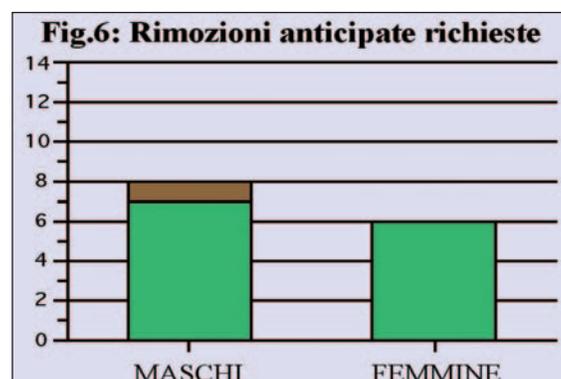
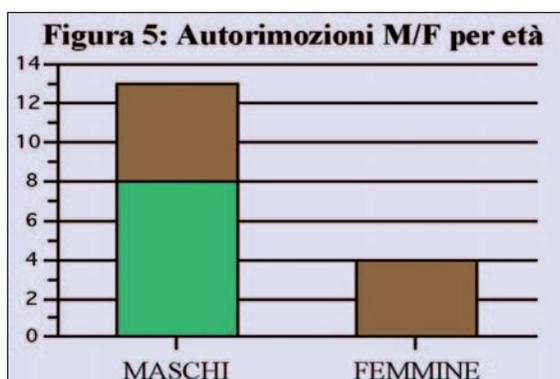
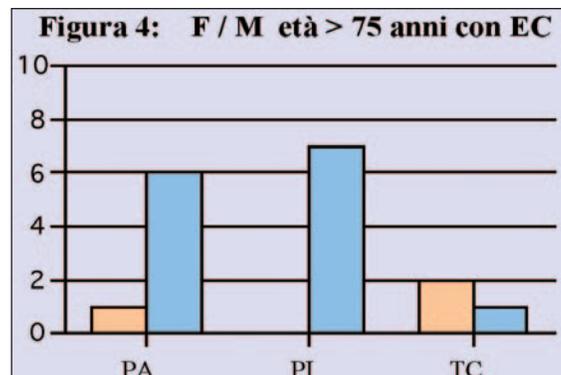
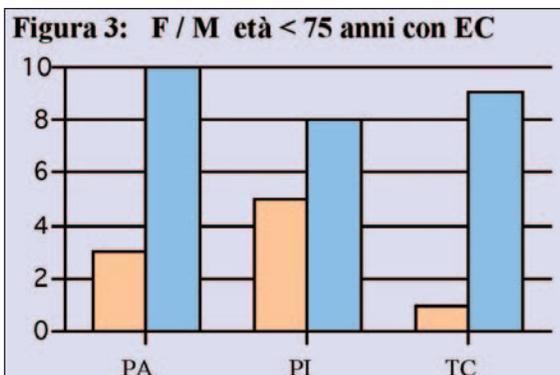
I maschi, indipendentemente dall'età, hanno autorimosso e richiesto la rimozione anticipata del SNG, più frequentemente delle femmine.

Le donne sopportano meglio il disagio da SNG e dimostrano maggiore collaborazione nel mantenimento del presidio: pur avvertendo il disagio, tendono a ricercare un accordo-negoziazione con il medico. (Figura 5) (Figura 6).

4.5 Ristagno gastrico e autorimozione o rimozione su richiesta

L'indagine ha evidenziato come gli operatori sanitari appaiano poco convincenti quando sostengono che il SNG è

necessario per eliminare eventuali contenuti gastrici: gli utenti con PA autorimuovono più frequentemente il SNG e nei gruppi della PA e della PI la maggior parte dei SNG autorimosso o rimossi su insistente richiesta, drenano quantità di contenuto gastrico giornaliero minimo o



nullo già dopo 24 ore dal posizionamento. Solo nel gruppo delle sub e/o occlusioni intestinali il ristagno gastrico >200 ml/die prevale.(Figura 7).

5. Limiti della ricerca

I dati raccolti in questa ricerca danno sicuramente un quadro sottostimato della percezione e delle manifestazioni di sofferenza da SNG poiché i dati riportati nelle cartelle sono prevalentemente di natura tecnica (es. controllo della pervietà e della posizione del presidio, verifica della quantità drenata, ecc). Alcuni effetti collaterali del presidio non sono mai stati oggetto di accertamento specifico scritto (ad esempio la rigidità di movimento del collo), altre volte il disagio è stato riassunto con la dicitura generica ed imprecisa di "utente intollerante al SNG".

A causa della mancanza di segnalazione scritta, non sono stati rilevabili molti dati riguardanti la complessità assistenziale e quanto effettivamente è stato fatto per ridurre la sofferenza da SNG di certi utenti, sebbene la loro ansia ed

insistente richiesta di rimozione del SNG, siano rimasti presenti nella memoria del personale infermieristico. La casistica, poiché si riferisce ad una unica unità operativa, potrebbe risultare fortemente condizionata dalla metodologia di lavoro adottata dall'équipe. Sarebbe auspicabile estendere l'indagine ad altri ospedali.

Conclusioni

L'indagine retrospettiva ha dimostrato l'esistenza di effetti collaterali correlati al mantenimento del SNG da decompressione-svuotamento che alcune persone (il 35% su 150 analizzate) manifestano indipendentemente dall'età, bagaglio culturale, patologia e decorso favorevole della malattia.

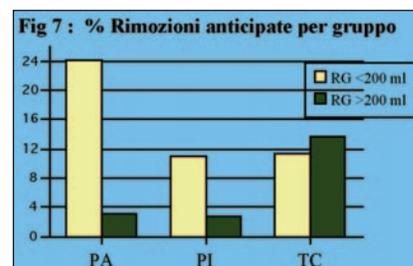
Gli effetti collaterali:

- sono di natura fisiologica (alterazioni della mucosa della cavità oro-faringea e delle alte vie aeree) riportati anche in letteratura tra le complicanze causate dalla permanenza del sondino;
- ma e soprattutto sono di natura comportamentale (alterazioni emotive,

cognitive e del processo del pensiero) aspetto del disagio da SNG riconosciuto in letteratura solo come ansia e discomfort⁸⁻⁹. Gli autori stessi segnalano comunque la necessità di studi specifici e approfondimenti del disagio provocato dal mantenimento del presidio¹⁰.

Gli effetti collaterali possono influenzare negativamente l'iter terapeutico fino a quel momento efficace, determinando una maggiore complessità assistenziale nonostante il decorso favorevole della malattia; sono agenti stressanti che impegnano le risorse dell'utente.

Lo studio ha evidenziato che il disagio da SNG è poco rilevato, perché spesso è dato per scontato e ritenuto inevitabile.



le; la sofferenza/disagio da SNG diventa un problema assistenziale segnalato solo quando si esprime in modo evidente (autorimozione) e diventa di difficile gestione.

Un accertamento mirato, continuo e sistematico degli effetti collaterali da SNG aiuterebbe a superare un primo ostacolo, quello della "visione" di questa sofferenza reale e palese che viene vista solo se si è disposti a vedere.

L'indagine ha dimostrato che, a parità di prestazioni, gli utenti postoperati tollerano meglio il presidio, mentre gli utenti affetti da pancreatite acuta moderata manifestano più frequentemente effetti collaterali, in particolar modo quelli comportamentali.

L'autorimozione e il rifiuto tassativo del reinserimento del presidio non comportano un peggioramento della malattia.

Bibliografia

1. RESNICK S., MORRISON RS. *Physician's Perceptions of Procedural and Discomfort*. Journal of Palliative Medicine, Oct 2004; 7(5): 646-51.
2. CATENACCI P., SECCHI P. ET AL. *Sondino nasogastrico*. Dossier InFad, Novembre 2007; 2(26).
3. BRUNNER S., *Nursing Medico Chirurgico Vol.1* 1a edizione Milano: Casa Editrice Ambrosiana, 1999
4. CANTARELLI M. *Il modello delle prestazioni infermieristiche* 2a edizione Milano: Casa Editrice Masson, 2003
5. CARPENITO L. J. *Diagnosi infermieristiche. Applicazione alla pratica clinica*. 2a edizione Milano: Casa editrice Ambrosiana, 2001
6. CRAVEN R.F., HIRNLE C.J. *Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica Vol.2* 1a edizione Milano: Casa Editrice Ambrosiana, 1998
7. SPAIRANI C., LAVALLE T. *Procedure protocolli e linee guida di assistenza infermieristica* 1a edizione Milano: Casa Editrice Masson, 2000
8. NELSON R., EDWARDS S., TSE B. *Prophylactic nasogastric decompression after abdominal surgery*. Cochrane Database Syst Rev, 2007 Jul; 18(3): CD004929
9. CAPPELL MS. *Safety and efficacy of nasogastric intubation for gastrointestinal bleeding after myocardial infarction: an analysis of 125 patients at two tertiary cardiac referral hospitals*. Dig Dis Sci. 2005 Nov; 50(11): 2063-70.
10. PUNTILLO KA., WHITE C. ET AL. *Patients' perceptions and responses to procedural pain: results from Thunder Project II*. Am J Crit Care 2001; 10: 238-251.

Ulteriore bibliografia

- Best C. *Caring for the patient with a nasogastric tube*. Nursing Standard, Sep-Oct 2005; 20(3): 59-65.
- CARRÈRE N., SEULIN P., ET ALL. *Is nasogastric or nasojejunal decompression necessary after gastrectomy? A prospective randomized trial*. World J Surg. 2007 Jan; 31(1): 122-7.

Abstract

Background: having a nasogastric tube (NGT) decompression inserted, is a common procedure to reduce complications' risk of gastric distension, but it increases patient's discomfort, pain and anxiety. This study attempts to define qualitatively and quantitatively specific NGT discomfort.

Methods: a descriptive observational study was used to identify specific side effects of NGT in patients who maintain device in place for more than 24 hours. A retrospective research described value, importance and frequency of these collateral effects.

Results: specific collateral effects of NGT decompression are physiological nature but, above all, they are behavioural nature. They determine bigger complexity in nurses care, they can negatively influence the process of the treatment. 35% of patients with NGT shows side effects which are not always effectively controlled with the normal nursing care; they are independent from pathology, illness positive evolution and knowledge. Data demonstrate that post operated patients accept better NGT. Patients suffering from acute pancreatitis and male younger than 75 years show more frequently behavioural side effects.

Conclusions: NGT discomfort is rated inevitable and becomes an issue only at intentional self-removal or when it is very difficult to have patient cooperation. A targeted, continuous and systematic check of the side effects from NGT would help to overcome a first problem, that is to see the pain as real and evident.

Keywords: Nasogastric tube decompression, Nasogastric tube suctioning, Nasogastric tube discomfort, Nasogastric tube collateral effects

www.aniarti.it

Maria Laura Bracci, Dott. Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, Professore a Contratto presso l'Università degli Studi di Siena Facoltà Medicina e Chirurgia Corso di Laurea per Infermiere Polo Universitario di Grosseto, Rianimazione Azienda USL 9 Grosseto

Rianimazione Chiusa versus Rianimazione Aperta

Una indagine conoscitiva nella Terapia Intensiva di Grosseto



Riassunto

Razionale: l'Area Critica è il luogo in cui si intrecciano molti aspetti interconnessi tra loro e, tra questi, non è affatto da trascurare la sfera dei rapporti interpersonali che si vengono a creare, non solo all'interno dell'équipe medico-infermieristica, ma anche con i pazienti ed i loro familiari. La consapevolezza dell'importanza di tali problematiche ci ha indotto a riflettere sull'attuale organizzazione degli ingressi dei familiari in Rianimazione e se fosse adeguata alle esigenze non solo dei familiari ma anche dei professionisti che operano all'interno della nostra Area Critica.

Metodo: allo scopo di rispondere a questi quesiti è stata utilizzata una ricerca di tipo quantitativo utilizzando tre campioni: i familiari, gli infermieri e i medici cui sono stati somministrati questionari semi-strutturati costruiti ad hoc.

Risultati: si rileva una sostanziale soddisfazione da parte dei familiari che ritengono adeguato il tempo in cui possono stare con il paziente anche se propongono una o due visite aggiuntive; gli infermieri, pur consapevoli del beneficio che il paziente può trarre dalla vicinanza dei suoi familiari, si ritengono abbastanza soddisfatti dell'attuale organizzazione mentre i medici sarebbero favorevoli ad una ulteriore apertura della Rianimazione.

Conclusioni: lo studio ha dimostrato che una ulteriore apertura della nostra Rianimazione deve essere considerata prioritaria in quanto il binomio paziente-nucleo familiare deve essere al centro dell'attenzione medico-infermieristica e deve essere riconosciuto, oltre che inscindibile, parte integrante del piano terapeutico-assistenziale che solo in questo modo potrà essere veramente personalizzato e condiviso. Aprire le porte della Terapia Intensiva potrebbe significare maggiore gratificazione dell'intero team sanitario ed in particolare di quello infermieristico, anche se, a tutt'oggi, sono proprio gli infermieri a dimostrarsi meno propensi a una nuova organizzazione. Sarebbe utile quindi riproporre nuovamente il questionario allo staff infermieristico ed ai familiari per valutare il loro giudizio a fronte di una nuova maggiore apertura della nostra Area Critica.

Parole chiave: ICU non restrittiva, ICU restrittiva, Relazione, Comunicazione

ARTICOLO ORIGINALE

pervenuto il 26/06/08
approvato il 30/08/08

L'Area Critica non è soltanto caratterizzata dalla criticità e dalla instabilità delle condizioni cliniche dei pazienti, dalla complessità dell'approccio e dell'intervento medico-infermieristico, ma anche, da tutta una sfera di rapporti interpersonali da gestire, sempre con la massima delicatezza e professionalità, sia nei confronti dei pazienti sia legati alla presenza dei familiari che interagiscono in maniera attiva con l'équipe e l'organizzazione, che fanno domande, chiedono informazioni e sostegno e contemporaneamente mostrano disagio, tensione, paura, preoccupazione soprattutto quando gli viene precluso l'accesso alla Terapia Intensiva¹.

Volendo tracciare una rapidissima storia dell'organizzazione degli accessi dei familiari nella nostra realtà, dobbiamo sottolineare che fino al 1991 i familiari

potevano avere un contatto visivo con il paziente solo attraverso monitors posti esternamente all'Area di degenza ed al termine dell'orario di "visita" la Terapia Intensiva tornava ad isolare i pazienti dal mondo esterno. Da allora vi sono state successive modifiche dell'organizzazione sempre all'insegna di una maggiore apertura; attualmente sono previsti due ingressi giornalieri a tutti i familiari che lo desiderano per una durata massima totale che oscilla tra i 60 ed 120 minuti giornalieri ed inoltre, da marzo 2007, è stato ritenuto inutile far indossare ai familiari camice e soprascarpe mantenendo, invece, un accurato lavaggio sociale delle mani da effettuarsi prima e dopo l'ingresso in Rianimazione.

Tale decisione è stata presa in accordo con i recenti studi scientifici che non dimostrano correlazione tra i patogeni responsabili delle infezioni in Area

Critica e quelli che possono essere introdotti dai familiari; nel 2002 H. Burchardi² scriveva *“protective clothing for visitors (including shoes) is not recommended as a measure of infection control”* mentre nel 2006 S. Fumagalli ed altri³ affermano che la percentuale di complicazioni settiche sono numericamente simili sia nelle Rianimazioni *“aperte”* che in quelle definite *“chiuse”* mentre l'unica misura veramente utile è il semplice lavaggio delle mani.

L'esperienza del ricovero in Terapia Intensiva, per una persona, rappresenta un evento che mette a dura prova, non solo, le risorse dell'individuo ma anche quelle del proprio nucleo familiare: l'imprevedibilità dell'evento, il modo repentino del suo presentarsi, l'incertezza dell'esito terapeutico, costituiscono la base di forti emozioni che devono essere gestite da professionisti formati e con esperienza.

Craven afferma che *“...il paziente deve essere considerato come un membro attivo di una unità familiare (...). Il paziente e la sua famiglia non possono essere considerati come entità separate durante la malattia...”* ed inoltre asseriva che *“...l'infermiere deve estendere il concetto di paziente da quello di individuo in un letto a quello di membro attivo di una famiglia...”*⁴ estendendo inevitabilmente il suo ruolo assistenziale e perciò il professionista infermiere ha la responsabilità e quindi, il dovere, di salvaguardare il nucleo familiare grazie ad una adeguata comunicazione che lo renderà più partecipe e consapevole. Volendo fare un elenco dei bisogni espressi e non possiamo ricordare che i familiari hanno bisogno di *“... di essere informati, ... essere importanti e parte attiva nei processi di guarigione, ... di essere rassicurati rispetto al fatto che il loro caro riceva le migliori cure, ...di sentire che ci siano speranze ... di espletare il proprio diritto di fronte ad una prognosi infausta, di riappropriarsi della persona cara fino ad accompagnarlo alla morte...”* (Rega M.L. ed altri)⁵.

Lo stesso Codice Deontologico dell'Infermiere, all'articolo 4.10 afferma: *“L'infermiere promuove in ogni contesto assistenziale le migliori condizioni possibili di sicurezza psicofisica dell'assistito e dei familiari”*⁶.

In quest'ottica parlare di Rianimazione Chiusa significa definire un luogo in cui la chiusura si attua sul piano tempora-

le, fisico e relazionale (Giannini)⁷. Camici, soprascarpe, mascherine che, ancora nel 95% delle Terapie Intensive italiane, si fanno indossare ai familiari, rappresentano delle vere e proprie barriere tra familiari e pazienti; oltre alla loro inutilità, vengono percepite come un ostacolo che tende a creare difficoltà di rapporti e falsano la relazione che può esistere tra il paziente e la sua famiglia.

Rianimazione Aperta, però, non deve essere intesa come sinonimo di ambiente senza regole ma, per definirla con le parole dello stesso Giannini, una *“struttura di cure intensive dove uno degli obiettivi dell'équipe è una razionale riduzione o abolizione di tutte le limitazioni non motivatamente necessarie poste a livello temporale, fisico e relazionale”*⁷. Aprire le porte della Terapia Intensiva significa considerare paziente-nucleo familiare un binomio inscindibile considerando che pazienti e familiari hanno dei diritti e che l'aspetto etico della nostra professione dovrebbe farci riconoscere quali elementi fondamentali l'accoglienza, l'ospitalità, la sensibilità sociale, l'empatia pur mantenendo invariata la qualità degli aspetti tecnici, tecnologici e assistenziali. L'infermiere dovrà acquisire il ruolo di facilitatore della comunicazione: la scelta delle parole, la gestualità, la comunicazione verbale e non verbale dovranno di volta in volta essere adeguate ai diversi interlocutori che dovranno essere partecipi del piano assistenziale, degli obiettivi da raggiungere e del percorso diagnostico-terapeutico programmato⁸.

Obiettivo dello studio

Obiettivo della ricerca è quello di indagare quali siano le aspettative ed i bisogni dei familiari che vi accedono senza dimenticare le opinioni e le esigenze del personale sanitario; lo scopo di questa analisi è quello di capire se un ulteriore cambiamento verso una maggiore apertura sia possibile e se ciò viene percepito come un bisogno reale.

A tale proposito si è cercato di dare risposte alle seguenti domande :

1. *Che cosa desiderano i familiari dei pazienti ricoverati in Rianimazione a Grosseto, dal punto di vista dell'organizzazione degli accessi al reparto?*
2. *La presenza dei familiari influisce in maniera positiva o negativa sull'ero-*

gazione dell'assistenza medico-infermieristica?

3. *L'organizzazione attuale è quella migliore per gli operatori sanitari, i familiari ed i pazienti?*
4. *L'attuale organizzazione dell'ingresso dei familiari risponde appieno ai loro bisogni?*
5. *La struttura favorisce una eventuale nuova apertura?*

Materiali e metodi

Il progetto di ricerca è stato realizzato con l'utilizzo di tre questionari diversi rigorosamente anonimi i cui destinatari sono stati: familiari, infermieri e medici della Rianimazione di Grosseto⁹.

I questionari sono stati costruiti ed adeguati alla nostra realtà¹⁰, dopo averne visionato e analizzato altri utilizzati per ricerche analoghe effettuate in Lazio e Campania. Nelle domande che non prevedono risposte affermative o negative, si è adottato l'utilizzo dell'indice di valore, da uno a cinque, secondo la scala di Likert con la seguente corrispondenza: 1 = molto in disaccordo, 2 = abbastanza in disaccordo, 3 = d'accordo, 4 = molto d'accordo, 5 = totalmente d'accordo.

Un tema, che è stato volontariamente escluso dallo studio, è quello della comunicazione di informazioni sanitarie tra operatori sanitari e familiari, attraverso l'utilizzo del telefono, argomento sicuramente interessante, ma ritenuto poco adeguato per la ricerca trattata e di non facile attuazione a causa della normativa sulla privacy.

Prima di somministrare i questionari la cui compilazione è stata libera e volontaria, quest'ultimi sono stati sottoposti al giudizio del Comitato Etico Locale che non ha rilevato impedimenti al loro utilizzo; ogni questionario era accompagnato da una spiegazione dettagliata delle motivazioni dello studio.

Il primo campione preso in esame, è rappresentato dalla totalità dei 30 Infermieri della U.O. Rianimazione di Grosseto. Tutti i questionari somministrati sono stati restituiti compilati correttamente e nessuno è stato escluso dall'elaborazione.

Il secondo campione dello studio è stato di convenienza ed infatti ha avuto come target tutti i familiari dei pazienti ricoverati presso la Rianimazione nei mesi di agosto, settembre e ottobre 2007

senza nessuna esclusione. I questionari raccolti sono stati 67 e tale numero è stato ritenuto soddisfacente dato che i ricoveri effettuati in Rianimazione, nello stesso periodo, sono stati complessivamente 126 ma di questi ben 32 pazienti hanno avuto una degenza minore di 48 ore e quindi è stato meno significativo per i loro familiari il tema dello studio, in quanto, hanno percepito il ricovero in Terapia Intensiva come una parentesi terapeutica necessaria e inevitabile ma senza sentire pressante la necessità di visitare il paziente con più frequenza e/o per periodi di tempo più lunghi; sono stati esclusi anche i familiari degli 11 pazienti deceduti entro le 24 ore dal ricovero. Ne sono stati eliminati 4 poiché compilati scorrettamente o parzialmente.

Il terzo campione ha avuto come destinatari tutti i medici della U.O. di Anestesia e Rianimazione ma sono stati scelti solamente quelli che prestano servizio all'interno della Rianimazione, escludendo gli specializzandi e, ovviamente, coloro che lavorano nelle Sale Operatorie in quanto meno motivati ed interessati alle dinamiche che questa analisi vuole approfondire. Anche in questo caso i 10 questionari distribuiti sono stati correttamente compilati, riconsegnati e quindi elaborati.

Analisi dei dati: gli infermieri

Il questionario era composto da dodici items cui è stato aggiunto uno spazio riservato a libere osservazioni.

Il primo e il secondo items identificano l'intervistato nei confronti del sesso e dell'anzianità di servizio: i dati ottenuti mostrano una netta predominanza del sesso femminile con l'80% del campione; dal Grafico 1 possiamo notare che la maggioranza degli infermieri ha una lunga esperienza lavorativa, ma sono

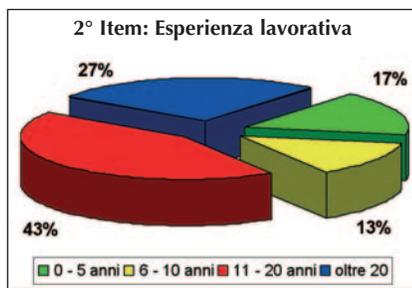


Grafico 1

affiancati da colleghi con minore anzianità e ciò ha reso il campione molto interessante in quanto è rappresentativo di una popolazione infermieristica che proviene da una formazione di base differente e con un diverso core esperienziale clinico.

La maggioranza degli infermieri (Grafico 2) ritiene l'attuale orario di ingresso dei familiari adeguato, ma dobbiamo considerare che in questo ultimo periodo abbiamo cercato di rendere più aperta la nostra struttura, quindi questo dato deve essere interpretato con un segno positivo della condivisione e dell'accettazione del cambiamento e molti, fra coloro che non ritengono appropriata l'organizzazione degli accessi, hanno sfruttato lo spazio disponibile per fare proposte e riflessioni:

- Si potrebbero organizzare ingressi aggiuntivi sia nelle ore diurne che notturne.
- Modificare l'orario di visita su richiesta dei familiari.
- L'orario di visita deve essere flessibile cercando di conciliare le esigenze degli operatori con quelle dei pazienti e dei familiari adattandoli quotidianamente.
- Variare l'orario di visita in base alla situazione del paziente per esempio favorire la presenza dei familiari quando il paziente è sveglio e cosciente anche se mantiene il supporto ventilatorio.
- Organizzare l'orario nell'arco delle 24 h, mantenendo comunque elasticità e rispettando le esigenze dei pazienti e degli stessi familiari.

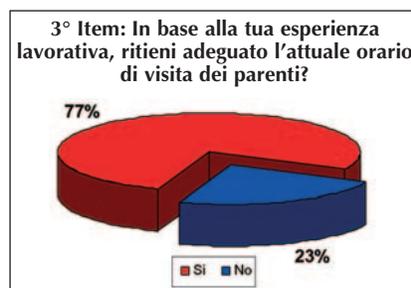


Grafico 2

L'insieme delle proposte sono espressioni di idee che emergono dalla tendenza ad avere una organizzazione molto più dinamica e flessibile e che sia sensibile alle esigenze dei familiari, che possa adattarsi ed essere modificabile in base alle situazioni cliniche del paziente e alle attività assistenziali quotidiane.

Il quarto item fa riferimento a tutte quelle situazioni in cui vengono fatte eccezioni all'orario di visita dei familiari; tutti gli infermieri, con l'esclusione di un solo collega, ritengono giusto far entrare i familiari nei casi in cui i pazienti siano giovani o quando sono gravemente compromessi o quando i familiari vengono da lontano e comunque quando il carico di lavoro lo consente.

La domanda successiva, introdotta provocatoriamente, mostra una tendenza nettamente contraria a quanto fin qui espresso come mostrano le percentuali del Grafico 3.

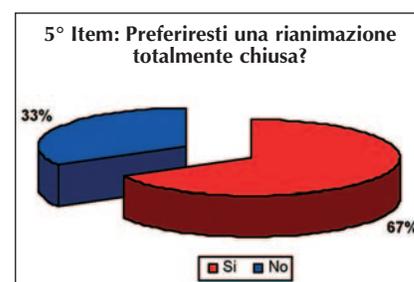


Grafico 3

Forse possiamo comprendere meglio tale risultato se andiamo ad analizzare i dati provenienti dai due successivi items in cui viene chiesto esplicitamente il motivo della risposta precedente (Grafico 4-5).

Coloro che vorrebbero una Rianimazione totalmente chiusa adducono motivazioni che hanno a che vedere con la maggiore tranquillità del paziente, con la difficoltà di poter prestare assistenza soprattutto nelle situazioni d'urgenza oltre alla prevenzione delle infezioni. Queste motivazioni potrebbero essere modificabili con una adeguata formazione del personale riguardo tali problematiche: nelle Rianimazioni Aperte le complicanze cardio-vascolari sono significativamente ridotte, la "anxiety score" è minore (Fumagalli ed al.)³ e, ancora, Sculte D. afferma che i pazienti che possono rimanere più a lungo con la loro famiglia mostrano una frequenza cardiaca significativamente più bassa¹¹. Per quanto riguarda la qualità dell'assistenza, diversi autori, affermano che non diminuisce con la presenza dei familiari anche se talvolta può essere influenzata da un punto di vista dei tempi.

L'item 8 riguarda le informazioni che vengono fornite dagli infermieri ai familiari ed i risultati valutabili sono conte-

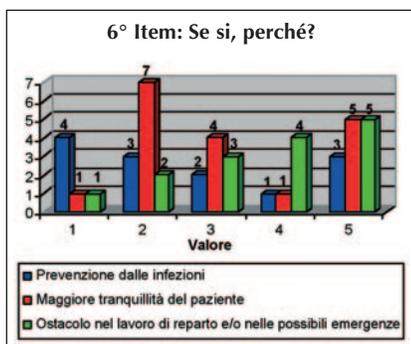


Grafico 4

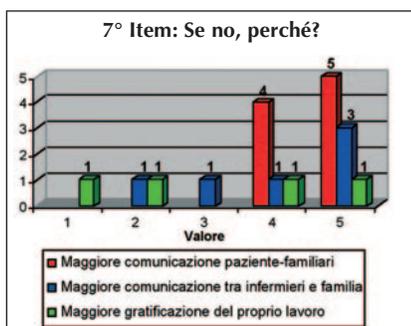


Grafico 5

nuti nel Grafico 6: solo pochi infermieri forniscono liberamente notizie riguardanti ovviamente l'aspetto assistenziale di nostra competenza come se ciò potesse in qualche modo interferire con l'area di competenza medica, mentre invece ha un ruolo determinante nel

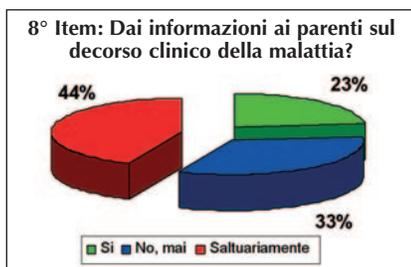


Grafico 6

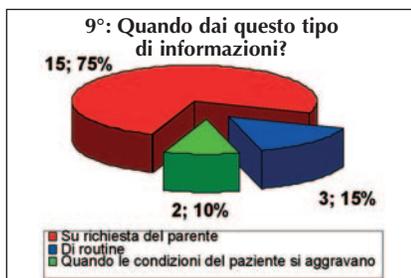


Grafico 7

migliorare o consolidare il rapporto con i familiari dei pazienti. Tale problematica viene confermata dai dati contenuti nel Grafico 7. La maggior parte degli infermieri fornisce delle informazioni solo e soltanto su richiesta dei familiari. I dati dimostrano il bisogno della famiglia di avere un ulteriore interlocutore e come tale necessità viene spesso disattesa confermando una certa reticenza infermieristica a stabilire e mantenere una comunicazione autonoma in ambito clinico¹².

Ma se da un lato sembrerebbe che nella nostra Rianimazione la presenza dei familiari dei pazienti non sia gradita per periodi più lunghi di quanto attualmente stabilito, perché può interferire con la qualità dell'assistenza erogata (Grafico 8), se si osservano i dati del Grafico 9 si evidenzia un conflitto tutto infermieristico tra gli aspetti riferibili all'assistenza diretta e gli aspetti etici della professione. Risulta ben evidente la consapevolezza degli infermieri riguardo al fatto che la vicinanza dei familiari in situazioni complesse, come quelle vissute in Terapia Intensiva, possa costituire un aiuto e un beneficio per i pazienti.

L'ultima domanda del questionario riguarda un giudizio sull'adeguatezza della struttura architettonica in merito ad una possibile maggiore apertura¹³. La maggior parte degli infermieri riscontra delle difficoltà strutturali e ciò significa che anche questo parametro non può non essere considerato se si vogliono cambiare le regole e modificare l'attuale assetto organizzativo degli ingressi dei familiari.

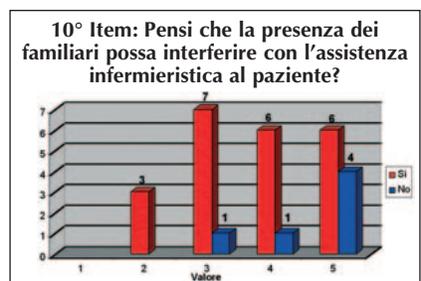


Grafico 8

Di seguito vengono riportate alcune delle osservazioni più significative rilasciate dagli infermieri in merito alla Rianimazione Aperta:

- Prima di ogni cambiamento organizzativo sarebbe opportuno che tra i membri dell'équipe vi fosse condivisione del progetto; alla base vi deve essere comunicazione, libero scam-

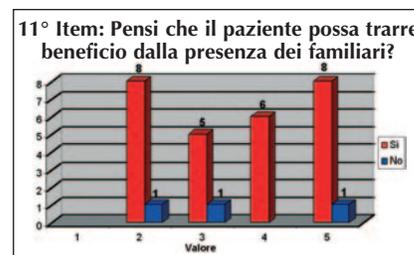


Grafico 9

bio di opinioni e in modo da avere una linea comportamentale comune nei confronti dell'utente.

- Ritengo che questo tipo di progetto sia attuabile ed efficace. Io ci credo, perché ho potuto sperimentarlo personalmente ed ho riscontrato: maggiore consapevolezza da parte dei familiari sulle condizioni cliniche del paziente e maggiore comprensione della professione infermieristica. È altorché importante l'assoluta adesione da parte di tutto il personale al progetto e un buon clima organizzativo.

Analisi dei dati: i familiari

Il questionario proposto ai familiari è composto da quindici domande ed anche questo è corredato di uno spazio libero riservato ad eventuali osservazioni. Dalle prime due domande abbiamo ottenuto alcuni dati significativi sul campione e ciò ci permette di avanzare le seguenti ipotesi: la problematica dell'organizzazione degli accessi in Rianimazione viene percepita importante sia dal sesso femminile (52%) che maschile (48%) e non esiste una fascia di età prevalente sulle altre in modo significativo. Questi dati ci hanno non poco stupito: erroneamente avevamo pensato che gli uomini ed i più giovani sarebbero stati meno sensibili a tale problematica mentre i dati hanno completamente smentito questa idea preconcetta.

Ci siamo interessati alla comunicazione che deve necessariamente esistere tra l'équipe medico-infermieristica ed i familiari fin dal primo approccio; è sulla base del primo incontro che si stabiliranno le relazioni interpersonali di fiducia e se il personale sanitario disattende questa necessità inficia i futuri rapporti con i familiari dei pazienti ricoverati. Dai Grafici 9 e 10 appare evidente che nella maggior parte dei casi la comunicazione è stata esauriente ed efficace, ma esiste una quota significativa in cui

la relazione non è stata corretta; la risposta "Non ricordo" è da valutarsi come negativa, in quanto indice di informazioni divulgate in modo scorretto o non esaurienti e quindi possibile causa di incomprensioni e di scarsa disponibilità all'ascolto ed alla relazione. Nei casi in cui le aspettative dei familiari non sono state soddisfatte, il canale comunicativo nasce alterato e può indurre in atteggiamenti talvolta ostili o indurre a credere che l'atteggiamento dei sanitari sia freddo e distaccato o ancora può portare a incomprensioni che possono pregiudicare i futuri rapporti relazionali¹⁴.

3° Item: Al momento del ricovero le sono state illustrate le regole di ingresso in Rianimazione e l'organizzazione interna del Reparto?

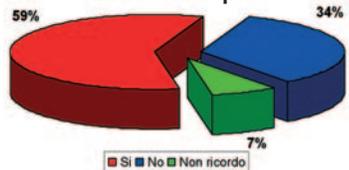


Grafico 9

4° Item: Le sono stati spiegati i motivi che rendono necessarie le limitazioni nella durata e nella quantità degli ingressi consentiti?

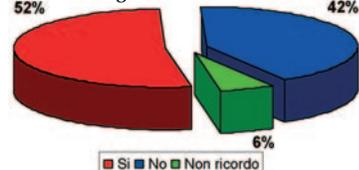


Grafico 10

Le successive tre domande riguardano sostanzialmente il nucleo della ricerca chiedendo direttamente ai familiari le loro opinioni in merito all'organizzazione degli ingressi. Nel Grafico 11 appare evidente che la maggior parte degli intervistati ritiene sufficiente il tempo che trascorre con i pazienti; nel Grafico 12 una netta maggioranza non modificherebbe l'attuale organizzazione mentre nel successivo Grafico 13 si nota che spesso gli orari di visita non sono rispettati e ciò può comportare disagio soprattutto per coloro che lavorano o devono gestire altre necessità familiari. Questo risultato, oltre ad evidenziare poca soddisfazione nel rispetto degli orari di ingresso, evidenzia una scarsità delle informazioni fornite (come rilevato nel Grafico 10) e che, in questi casi,

5° Item: Ritiene che l'attuale orario di visita sia adeguato?

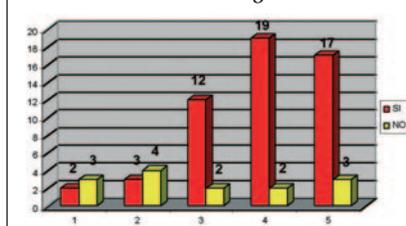


Grafico 11

6° Item: Modificherebbe l'attuale fascia oraria nella frequenza e nella durata?

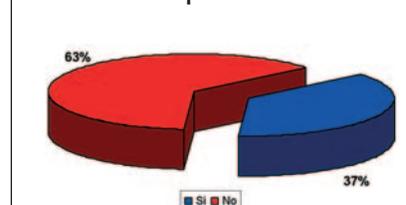


Grafico 12

7° Item: Il personale sanitario si è sempre attenuto alla regolamentazione dell'orario di visita?

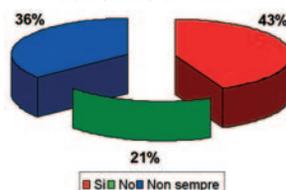


Grafico 13

dovrebbero prevedere la spiegazione dei motivi di carattere assistenziale che possono interferire proprio con il rispetto degli orari di visita: le situazioni di emergenza-urgenza, la diagnostica strumentale e radiologica, i nuovi ricoveri o semplicemente la necessità di dover

8° Item: Da parte dell'organizzazione e della struttura del reparto quali sono le situazioni che le hanno dato maggiore disagio?

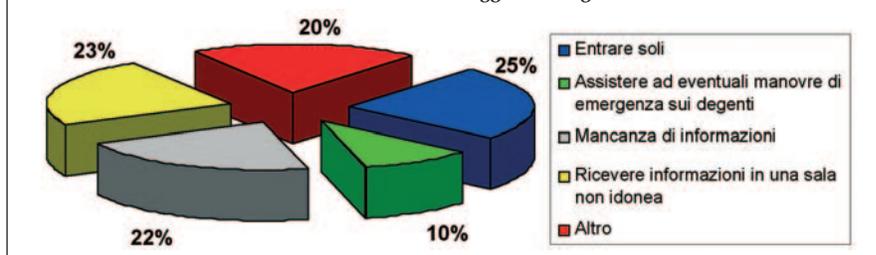


Grafico 14

procedere all'assistenza di base⁸.

In questa sezione avevamo previsto uno spazio in cui i familiari potessero esprimere liberamente le loro opinioni anche perché siamo fermamente convinti che dobbiamo dare e ascoltare la voce anche di chi non si ritiene soddisfatto. A tale scopo di seguito si possono leggere alcuni degli appunti lasciati dai familiari:

- Più disponibilità negli orari.
- Ci vorrebbe un'apertura al pubblico anche la mattina presto.
- Credo che vada benissimo, anche se mezz'ora in più non sarebbe male.
- Orari di visita scaglionati in quattro fasce orarie, soprattutto con una visita notturna.

Nel successivo item, abbiamo chiesto quali fossero le situazioni che creato loro maggiore disagio e, sono diverse quelle a cui gli infermieri ed i medici possono porre rimedio modificando di poco le loro abitudini quotidiane, per esempio accompagnando i familiari al letto del paziente soprattutto se sono persone anziane o bisognose di conforto o è la loro prima visita (Grafico 14). L'infermiere può essere una figura estremamente importante e può capire le situazioni in cui il disagio è più evidente ed essere di grande aiuto per superare tale difficoltà.

Una ulteriore situazione che si potrebbe facilmente modificare è di evitare di lasciare troppo a lungo i familiari senza notizie soprattutto nelle fase del ricovero o quando la situazione clinica si aggrava. Il non sapere cosa accade dietro una porta chiusa comporta grande stress e apprensione talvolta ingiustificata. La relazione che medici ed infermieri possono e devono avere con i familiari in questi casi è determinante: oltre a fornire notizie sullo stato clinico del paziente si possono conoscere le dinamiche e le problematiche familiari e quindi avere maggiori elementi per aiu-

tarli a controllare ansia, paura e disagio. È chiaro che il ricevere informazioni deve avvenire in una sala idonea di cui, fortunatamente, siamo dotati anche se spartana; dovrebbe essere quello il luogo ideale per dare notizie, distanti dal paziente, proteggendo la privacy e garantendo ai familiari un periodo di tempo interamente loro dedicato senza interruzioni, senza distrazioni e soprattutto senza fretta.

Altrettanto spartana è la sala di attesa riservata ai familiari ed il nostro giudizio viene confermato dalla valutazione degli intervistati (Grafico 15), infatti viene attribuito un valore medio all' idoneità della stanza ma ciò potrebbe essere dovuto al fatto che, in alcune circostanze, l'accoglienza di un luogo non è prioritario. Le sale d'attesa e per il colloquio dovrebbero essere rese il più possibile accoglienti e confortevoli anche perché alcuni familiari vi passano la notte.

La prima visita del familiare al paziente

9° Item: Ritiene che lo spazio famiglia a voi riservato sia confortevole ed accogliente?

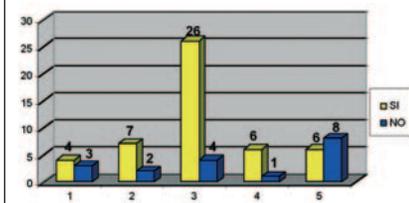


Grafico 15

è uno dei momenti più delicati e che può modificare le relazioni tra familiare/paziente e familiare/staff sanitario; la presenza di un infermiere è assolutamente irrinunciabile in questo frangente perché può rispondere con competenza e professionalità alle domande che vengono poste. Il fatto che tale presenza ci fosse sicuramente solo nel 40% dei casi induce a pensare che talvolta l'in-

10° Item: Quando è entrato/a per la prima volta in reparto, era presente un infermiere accanto al letto del paziente?

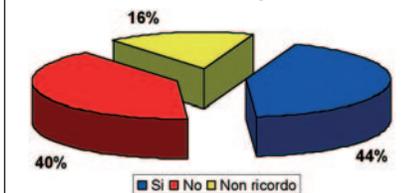


Grafico 16

fermiere non si riconosce ancora come l' "interlocutore ideale" in queste situazioni. (Grafico 16)

Continuando ad indagare sul rapporto che intercorre tra i familiari e infermieri, è stato richiesto un giudizio esplicito sul comportamento del personale infermieristico per ottenere una serie di informazioni che ci consentono di capire come gli utenti percepiscano la nostra professione, in questo item sono state attribuite delle caratteristiche riferite alla capacità infermieristica di relazionarsi con i familiari; per ogni singola caratteristica si è aggiunto un valore da uno a cinque utilizzando la scala Likert e potevano essere scelte anche più opzioni contemporaneamente. Analizzando attenta-

Con la domanda successiva è stato chiesto quale fosse la figura sanitaria a cui si rivolgono i familiari per ricevere le informazioni giornaliere sulle condizioni generali del proprio congiunto e dai risultati viene riconosciuto il medico come il principale responsabile (63%), ma anche gli infermieri (19%) vengono chiamati in causa ed infatti nei due items che seguiranno si andrà a valutare il loro linguaggio ed il tipo di informazioni che vengono fornite.

Appare subito chiaro dai Grafici 18 e 19 che quando gli infermieri si relazionano con i familiari lo fanno con un linguaggio, per la maggior parte, semplice, comprensibile e adeguato al grado di comprensione mostrato dall'interlocuto-

11° Item: Come è stato il comportamento del personale infermieristico?

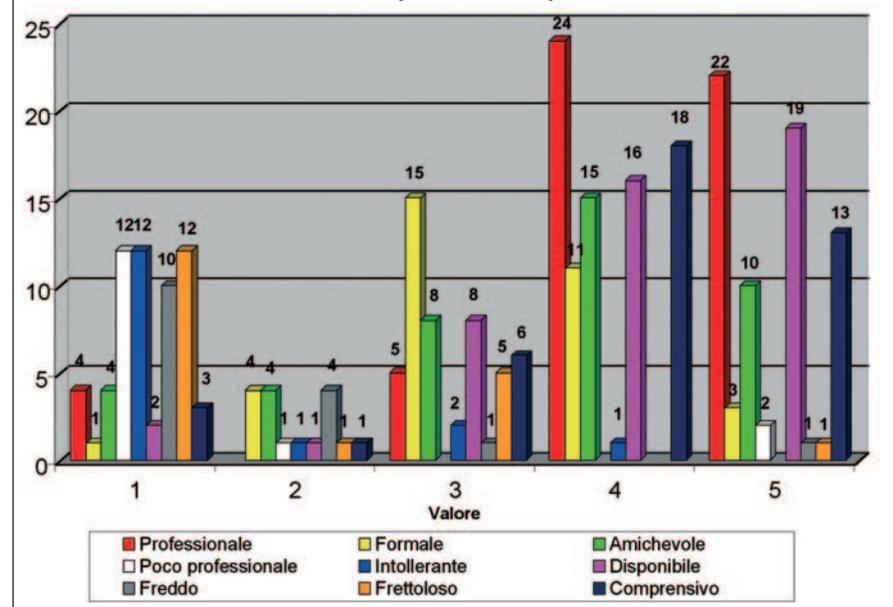


Grafico 17

mente il Grafico 17 possiamo osservare che c'è congruità nelle risposte: ad esempio chi ha dato un valore cinque alla caratteristica professionale, ha poi assegnato valore uno nella casella del poco professionale o si è astenuto. Nel complesso si valuta positivamente la professionalità degli infermieri. Vanno comunque sottolineati alcuni dati che indicano la possibilità di un miglioramento: caratteristiche come freddo, intollerante o frettoloso, non dovrebbero far parte del modo di "essere" di un infermiere ma sono menzionate solo da un numero limitato di familiari¹².

re oltre a rilasciare informazioni inerenti alle proprie competenze e responsabilità. Ciò dimostra che gli infermieri responsabili dei pazienti conoscono bene il piano terapeutico-assistenziale previsto e mostrano una volontà relazionale anche se non sempre spontanea.

Le ultime due domande chiedevano se era loro capitato di pernottare nella sala destinata all'attesa durante la prima settimana di ricovero ed il 61% ha risposto positivamente ed anzi è da sottolineare che 7 persone hanno trascorso nella sala d'attesa 3 notti, mentre 8 ne hanno passato più di 3.

13° Item: Ogni volta che gli infermieri hanno parlato con lei, è stato usato un linguaggio comprensibile?

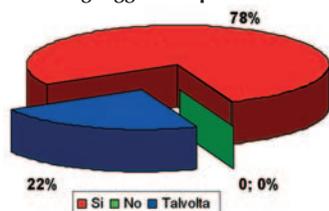


Grafico 18

A conclusione di questo paragrafo sembra doveroso proporre di seguito alcune delle considerazioni positive e negative scritte dai familiari liberamente:

- Curare meglio l'ambiente ospedaliero con maggiore pulizia.
- Essere più gentili e cortesi.
- Essere più presenti nel sentire la necessità del paziente talvolta per esempio: coprirlo con la coperta, sollevargli la testa etc.
- Migliorare la sala di aspetto, sia per le condizioni igieniche sia per il tipo di

arredo più adeguato a tempi lunghi. Migliore canalizzazione delle informazioni tra il medico e i familiari al fine di evitare richieste di informazioni a persone non direttamente preposte.

- Accompagnare la famiglia al letto del proprio caro, almeno la prima volta.
- Troppo lunghi a volte i tempi di attesa.
- Cosa direi di persone comprensive e professionali, che mi hanno ridato la voglia di sorridere.

14° Item: Quali informazioni vengono date dagli infermieri?

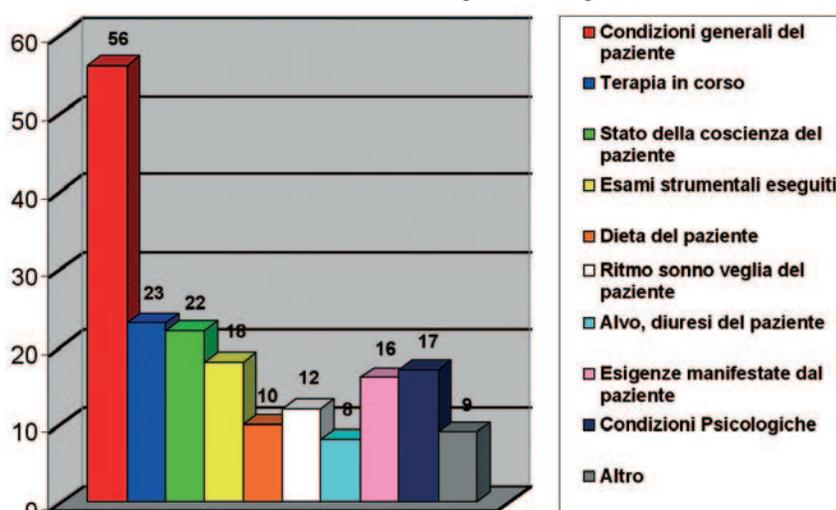


Grafico 19

Solitamente ciò avviene quando le condizioni cliniche del paziente si aggravano o sono molto instabili o quando è necessario un intervento chirurgico urgente e quindi impreveduto, ma dato il periodo estivo in cui sono stati raccolti i dati, è possibile che tale dato sia inficiato dal fatto che in estate aumentano i ricoveri dei non residenti, visto che la nostra zona è una meta turistica. Quindi è possibile che i familiari abbiano avuto la necessità di passare la notte nella sala destinata all'attesa in cui peraltro si trovano diverse poltrone reclinabili, un bagno, un tavolo. Talvolta, nelle situazioni di grande criticità, aumentano i pernottamenti a testimonianza del grande desiderio di stare vicino al paziente anche se attendono dietro una porta chiusa ed in questo modo il nucleo familiare sente di continuare a prendersi cura e proteggere i propri membri.

Analisi dei dati: i medici

Il questionario ricalca per buona parte quello riservato agli infermieri e le prime due domande sono riferite al sesso e all'anzianità di servizio dei medici intervistati. La distribuzione del sesso risulta omogenea, dimostrando un ottimo equilibrio tra i due sessi e l'esperienza clinica è di rilievo, tre medici che lavorano in questo settore da più di undici anni, altrettanti da oltre venti.

È stata riproposta anche ai medici la domanda sull'adeguatezza dell'attuale organizzazione degli ingressi e la maggioranza (80%) non lo ha ritenuto adeguato; nonostante il campione sia numericamente contenuto, la risposta è estremamente importante e testimonia che esiste un interesse ad apportare modifiche organizzative che vadano incontro alle necessità dei familiari e dei pazienti e che siano, al contempo, utili allo staff medico-infermieristico

6° Item: Se no, perché?

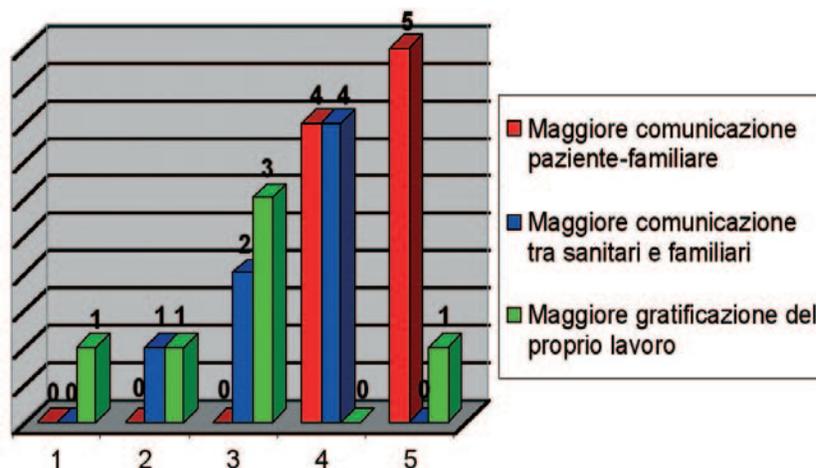


Grafico 20

per avere maggiore empatia, maggiore comprensione delle problematiche familiari, probabilmente anche per diminuire l'accanimento terapeutico, il contenzioso o facilitare il lento recupero della salute.

L'interesse dei medici nei confronti della problematica proposta è osservabile anche da quanto scritto nello spazio dedicato e che vengono riportate di seguito:

- *Maggiore flessibilità negli orari di ingresso.*
- *Prolungare l'orario di visita personalizzando sulle esigenze dell'utente e familiari.*
- *Tutto il pomeriggio dalle 14:00 alle 20:00.*
- *Aprire le porte della Rianimazione.*
- *Più ampio l'intervallo delle visite.*

Nell'Item 4 è stata chiesta se preferissero lavorare in una Rianimazione Chiusa, (con una o due visite al giorno per uno o due familiari per venti/trenta minuti); nessuno dei medici si è trovato d'accordo con questo tipo di organizzazione e, quindi, si intuisce l'intenzione di andare incontro alle esigenze dei familiari mediante un'organizzazione più elastica. Nel Grafico 20 è possibile notare come la comunicazione familiare/paziente e familiari/medici sia ritenuta indispensabile per il buon fine del piano terapeutico-assistenziale.

7° Item: Pensi che la presenza dei familiari possa interferire con l'assistenza medica al paziente?

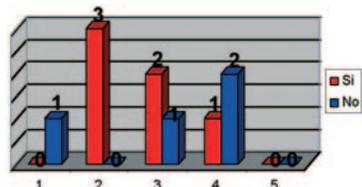


Grafico 21

8. Pensi che il paziente possa trarre beneficio dalla presenza dei familiari?

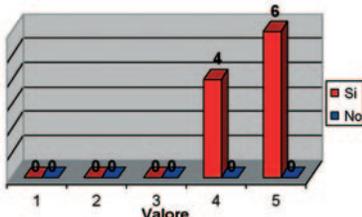


Grafico 22

Nei dati contenuti nei Grafici 21-22, si rileva la tendenza a ritenere che la presenza dei familiari in Rianimazione possa interferire con l'assistenza medica al paziente anche se con minore convinzione rispetto agli infermieri mentre è decisamente forte la consapevolezza di considerare la loro presenza come fattore positivo per il paziente.

Il 9° Item chiede se la struttura architettonica attuale possa essere adeguata per il progetto di Rianimazione Aperta ed il 60% di loro ritiene che non sarebbe possibile "aprire ulteriormente le porte" mantenendo invariata la struttura. In accordo con il team infermieristico anche i medici ritengono inappropriata l'attuale tipologia strutturale per poter gestire adeguatamente la presenza dei familiari per periodi di tempo più lunghi di quelli attualmente previsti.

Le ultime due domande del questionario, riguardano specificatamente la relazione medico/familiare: è stato chiesto se ritenessero idoneo il luogo dove si svolgono i colloqui quotidiani che hanno lo scopo di aggiornare i parenti sulle condizioni cliniche dei pazienti. La totalità degli intervistati ritiene non idonea la stanza riservata e di seguito riportiamo le osservazioni e i consigli per modificare tale situazione:

- *Poltrone e arredo adeguato.*
- *Più confortevole e pulito.*
- *Stanza arredata come uno studio con sedie e quadri, colori adeguati, maggiore ordine e pulizia.*
- *Ampliandolo e abbellendolo con immagini positive.*

Benché venga indicato l'utilizzo della stanza dedicata al colloquio con i familiari, viene anche constatata la tendenza di qualche medico a fornire informazioni accanto al letto o altrove e, quindi, vengono confermate le sensazioni e le perplessità espresse da alcuni familiari a questo riguardo.

Conclusioni

È ora possibile attraverso i dati e le opinioni raccolte, rispondere alle domande che ci siamo posti nell'introduzione. Lo studio intrapreso ha delineato gli attuali rapporti tra familiari e operatori sanitari oltre ad indicarci un possibile miglioramento del modello organizzativo degli accessi in Terapia Intensiva.

Per quanto riguarda i familiari desiderano dall'organizzazione maggiori infor-

mazioni, sia in ambito tecnico-organizzativo che in quello clinico; l'aggiunta di uno o due ingressi, oltre a quelli presenti, aiuterebbe molti familiari ad organizzare meglio gli impegni giornalieri. Inoltre, in caso di pazienti la cui clinica viene definita instabile e critica, potrebbe essere di grande conforto rimanere accanto al paziente più a lungo. La presenza dei familiari viene ritenuta, in generale, un fattore positivo per il paziente ma allo stesso tempo una inadeguata organizzazione o struttura, potrebbe rendere la presenza dei familiari un ostacolo per l'erogazione dell'assistenza medico-infermieristica e, quindi, nel caso di una maggiore apertura, sarebbe opportuno rivedere per esempio i tempi dedicati all'assistenza di base o alla visita¹⁵.

Forse il timore di cambiare i piani delle attività o il fatto di essere osservati, giudicati e valutati può avere condizionato le risposte degli infermieri intervistati, ma con una adeguata formazione e sensibilizzazione, si potrebbe renderli consapevoli che il mostrare come quotidianamente ci prendiamo cura dei nostri pazienti può aumentare la nostra visibilità sociale ed il nostro lavoro essere valorizzato; quella infermieristica non è senz'altro da considerarsi una missione ma fonda le sue radici in una Scienza con teorie e teorici: è questo che ci rende professionisti a tutti gli effetti e non solo da un punto di vista legislativo. Nel complesso, l'attuale organizzazione adottata a Grosseto, può soddisfare le richieste dei familiari, sempre che, vengano rispettati gli orari di visita e si utilizzi una comunicazione efficace. Tale situazione potrebbe migliorare ancora prevedendo, per esempio, una figura infermieristica che abbia la responsabilità di fungere da mediatore per facilitare la relazione e la comunicazione chiara, efficace, efficiente ed empatica tra il team sanitario e gli stessi familiari. La volontà attuale è quella di tenere in grande considerazione i suggerimenti proposti dai familiari aggiungendo un ulteriore ingresso nelle fasce notturne, limitando inizialmente il numero dei familiari per paziente ed individuare una figura infermieristica che rappresenterebbe il *trait d'union* tra sanitari e familiari cercando di capire, prevedere e, se possibile, attivarsi per risolvere le eventuali problematiche emergenti oltre a partecipare anche ai colloqui giornalieri¹⁶.

Si potrebbe successivamente riproporre un nuovo test di gradimento considerando che talvolta piccoli accorgimenti e pochi cambiamenti possono indurre nell'utenza grande soddisfazione; ogni dettaglio deve essere considerato importante e, quindi, tenere in considerazione i suggerimenti proposti può significare maggiore gratificazione del team sanitario ed in particolare di quello infermieristico a cui non si deve, soltanto, riconoscere la capacità di erogare assistenza, ma anche, la capacità di prevedere, indirizzare, ricercare, decidere e perseguire le scelte più opportune al fine di soddisfare i bisogni dei pazienti e dei loro familiari.

Bibliografia

- GENTILI A, NASTASI M, RIGON LA, SILVESTRI C, TANGANELLI P. *Il paziente critico: Clinica e assistenza infermieristica in anestesia e rianimazione*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana; 2004.
- BURCHARDI H., RATHGEBER J, SCHORN B, FALK V, KAZMAIER S, SPIEGEL T. *Let's open the door!* Intensive Care Med 2002;28;1371-2
- FUMAGALLI S, BONCINELLI L., LO NOSTRO A., VALOTI P., BALDERESCHI G., DI BARI M. ED AL., *Reduced cardiocirculatory complications with unrestricted visiting policy in an intensive care unit: results from a pilot, randomized trial*. Circulation 2006; 113: 946-52
- CRAVEN RF, HIRNLE CJ. *Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica 2a ed*. Milano Ambrosiana; 2004.
- REGA ML, CRISTOFORI E, GALLETTI C, VELLONE E, SCELSI S. *La Rianimazione e la terapia intensiva aperta come esempio di umanizzazione dell'assistenza*. Scenario 2006 Mar 23 (1): 16-26
- CALAMANDREI C, D'ADDIO L. *Commentario al nuovo codice deontologico dell'infermiere 1a ed*. Milano: McGraw Hill; 1999
- GIANNINI A. *Open Intensive care units: the case in favour*. Minerva Anestesiologica 2007; 73: 299-305
- MOGGIA F. *I bisogni dei familiari dei pazienti ricoverati in un reparto di terapia intensiva*. Atti del XIX Nazionale Aniarti; Genova 15.16-17 Nov.; Genova, Italia.
- FAIN JA. *La ricerca infermieristica leggerla, comprenderla e applicarla*. 2° ed Milano: McGraw Hill; 2004.
- Bosco A. *Come si costruisce un Questionario*, 1° ed. Roma: Carocci; 2003.
- SCHULTE DA, BURRELL LO, GULDNER SH, BRAMLETT MH, FUSZARD B, STONE SK ED AL. *Pilot study of the relationship between heart rate and ectopy and unrestricted vs restricted visiting hours in the coronary care unit*. Am J Crit Care 1993;2:134-6
- BURLANDO S. *Psicoaspetti nella realtà di una rianimazione: relazione infermiere-parenale in una rianimazione aperta*. http://www.infermieronline.net/specialistiche/burlando_psicoaspetti.htm ultimo accesso 10/07/ 2007.
- ALTINI P, GUIOTTO A, MATEROSI L. *Umanizzazione della struttura in riferimento ai bisogni del paziente*. Minerva Anestesiologica 1992 Ott 58 (10) : 83-90.
- SLUGA S. *Il ricovero in terapia intensiva: Un'esperienza di pianificazione del primo incontro con i familiari per migliorare la relazione di supporto*. Nursing Oggi 2004 Gen 21 (1): 52-53.
- BARONTINI L, VIGNALI S. *Rianimazione Aperta* <http://www.fondazione-livia-benini.org/curanti/n10bar.htm> ultimo accesso 03/02/2007
- GIANNINI A. *Si può fare la Rianimazione "Aperta"?* <http://www.fondazione-livia-benini.org/curanti/n10ra.htm> ultimo accesso 10/07/2007

Abstract

Background: Critical Area is the place where many aspects are interconnected, one of which is represented by the sphere of interpersonal relationships not only within medical and nursing staff but even with the patients and their relatives. The awareness of these relevant issues has led us to think over the current organization concerning admittances in ICU for patients' relatives and if this system is pertinent both to families' needs and professionals health's ones on duty in our ICU.

Methods: it was led a quantitative research to answer to these questions, using 3 samples: families, nurses and doctors to whom were administered appropriate semi-structured questionnaires.

Results: families' members were quite satisfied and they considered appropriate the time they could spend with patients although they suggested one or two further admittances. Though nurses were conscious of the benefits effected by families' presence on their relatives' health, they considered satisfactory the current organization. Finally doctors would be in favour of a further open ICU.

Conclusions: this study showed the importance of a further open ICU because the binomial patient-family must be the core of medical and nursing care. This binomial must be considered both an inseparable and integral part of medical and nursing plan that only in this way can be really personalized and shared. Open ICU's doors could mean a staff satisfied especially speaking of nurses even if our study showed that nurses were unwilling to further admittances. Therefore it'd be useful to administrate again the questionnaires to staff nurses and families to evaluate their opinions as a consequences of a further open ICU.

Keywords: Unrestricted ICU, Restricted ICU, Relationship, Communication

aniarti@aniarti.it

Mario Madeo, Infermiere Tutor,
Silvia Parisi, Infermiera, Terapia Intensiva Pediatrica, IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico
Mangiagalli e Regina Elena

Apriamo le porte: dieci anni di rianimazione aperta alla clinica De Marchi

Riassunto

Contesto: il ruolo dell'infermiere all'interno di una Rianimazione aperta: come instaurare una buona comunicazione tra parente ed infermiere in Area Critica.

Scopo: sensibilizzare al cambiamento gli infermieri che lavorano in Area Critica e promuovere una nuova figura di infermiere come professionista non solo nel campo intellettuale e dei gesti ma anche in quello della relazione/comunicazione con i parenti.

Rendere visibile la nostra professionalità agli occhi della gente aprendo le porte delle Rianimazioni.

Conclusioni: la nostra esperienza decennale di Rianimazione aperta è una realtà molto bella ed intensa, ricca di emozioni sia per noi infermieri che per i nostri pazienti e i loro familiari. Solo attraverso una profonda riflessione critica da parte di noi infermieri è possibile avviare un progetto di Rianimazione aperta. Ci auguriamo che tra noi infermieri si parli sempre più di Rianimazione aperta, e che tra un po' di anni ci siano tante realtà belle come la nostra: sarebbe un grande motivo di orgoglio per noi infermieri e un grande beneficio per i nostri pazienti ed i loro familiari che si trovano ad affrontare un'esperienza così intensa e faticosa.

Parole chiave: Rianimazione Aperta, Accoglienza, Counseling, Comunicazione infermiere genitore, Assistenza centrata sulla famiglia.

Nella nostra società i bambini sono una delle categorie più fragili e più bisognose di tutela. In caso di malattia i loro bisogni aumentano e la necessità di tutela diventa ancora più importante.

È compito del personale sanitario mettere in atto quanto possibile per minimizzare il dolore, l'ansia e lo stress delle cure.

La vicinanza del bambino ad almeno uno dei suoi familiari deve essere considerata una fondamentale misura per minimizzare gli effetti della medicalizzazione.

Negli Anni '50 numerosi studi di psicologi e pediatri hanno messo in evidenza gli effetti dannosi del ricovero in ospedale sul benessere psicoaffettivo dei bambini. In particolare la separazione quasi completa dalla famiglia, a quel tempo prassi comune in tutti gli ospedali, provocava disturbi a livello emozionale di varia entità, anche di lunga durata. L'esperienza del ricovero in ospedale può essere per il bambino tanto più traumatica quanto più gravi sono i problemi psicologici causati dalla malattia che lo ha colpito.

La malattia fisica infatti rappresenta un

evento che determina la rottura di un equilibrio psicofisico precedentemente raggiunto e genera da un punto di vista sia organico che psicologico una situazione completamente nuova a cui il bambino deve adattarsi.

In primo luogo l'evento morboso produce un evidente cambiamento nelle abitudini di vita e determina, in particolare, la diminuzione delle possibilità di condurre un'esistenza relativamente autonoma. Il bambino infatti si trova costretto ad interrompere o ad allentare i suoi rapporti con l'ambiente esterno, vede diminuire le sue possibilità di movimento fisico e subisce restrizioni nel regime alimentare; in altre parole, deve dipendere totalmente dall'adulto. Queste restrizioni assumono rilevanza da un punto di vista psicologico perché implicano un ritorno a tappe di sviluppo e a comportamenti più infantili precedentemente superati.

Così, per esempio, una malattia che costringe il bambino ad interrompere o a limitare la sua attività motoria crea più ansia se il bambino aveva appena acquisito la capacità di deambulazione. Pertanto si possono verificare dei rallentamenti, degli arresti o delle alterazioni del normale processo di crescita e questi effetti sono tanto più negativi quanto più il bambino è piccolo.



EDITORIALE

pervenuto il 31/08/08
approvato il 12/09/08

Il ricovero in ospedale rappresenta un evento molto significativo per le sue conseguenze sia immediate sia a lungo termine, sull'equilibrio emotivo del bambino. Il bambino ospedalizzato presenta al momento del ricovero, nel periodo della degenza e, in molti altri casi anche a dimissione avvenuta, una vasta gamma di "reazioni negative", differenziate in base all'età, alla gravità della malattia, alla durata del ricovero. La degenza in ospedale, infatti, oltre ad accentuare il disagio provocato dalla situazione di malattia, rappresenta anche per il piccolo paziente un'esperienza che implica la separazione dal nucleo familiare, l'ingresso in un ambiente che spesso è vissuto come ostile, la necessità di sottoporsi a cure e terapie somministrate da molteplici figure professionali che per il bambino sono sconosciute. In questa ottica il ricovero in ospedale può alimentare le sue fantasie in merito al fatto che la malattia sia una "giusta punizione" per essersi comportato male.

L'allontanamento da casa infatti costituisce una realtà che può dare consistenza a questo tipo di idea, pertanto induce nel bambino sentimenti di paura, aggressività e ansia.

Nei lattanti si possono verificare cambiamenti significativi a livello dell'alimentazione e del sonno, mentre in pazienti più grandi si manifesta una sintomatologia più psicologica riguardante un'alterazione dei rapporti con la figura materna, disturbi del comportamento e ansia, oscillazioni del tono dell'umore e fobie.

La letteratura ci dimostra oggi che gli ospedali pediatrici stanno dedicando una sempre maggior attenzione ai loro pazienti e ai familiari che seguono i bambini.

Si avverte un significativo coinvolgimento della famiglia nel percorso di cura e di riabilitazione del bambino. È infatti opportuno che la famiglia venga considerata come una componente attiva nel sistema sanitario, deve potersi integrare nell'équipe medico-infermieristica e avere il suo spazio di ascolto. Nessuno infatti conosce bene il bambino come i suoi genitori che da sempre se ne prendono cura. I genitori sono pertanto in grado di fornire utili informazioni al medico e all'infermiere sul carattere e sulla gestione del proprio figlio che permettono una presa in cura del bambino da un punto di vista che non si caratterizza esclusivamente

come sanitario. Vari studi hanno dimostrato che quando il bambino ospedalizzato può disporre di una presenza costante accanto a sé della sua famiglia ha un migliore recupero e anche più veloce, perché si sente rassicurato e perché la famiglia funge da "contenitore" delle sue angosce. Nonostante la malattia infatti, il piccolo paziente ha modo di mantenere le sue relazioni significative e di "ricreare" anche in un ospedale il suo ambiente familiare.



Foto 1: festa di compleanno per Sabrina, una bambina ricoverata da noi per molti mesi. Abbiamo organizzato una piccola festa coi suoi familiari che le hanno portato una torta.

Breve presentazione del nostro reparto

La nostra rianimazione è di carattere pediatrico e generale. Composta da sei letti, di cui due adibiti a isolamento, in 2 camere separate, utilizzati in caso di malattie infettive, ricovero di pazienti trapiantati o immunodepressi.

L'unità operativa, aperta nel 1998, è stata ristrutturata e adattata ad un complesso ospedaliero già esistente.

Abbiamo un orario visite molto flessibile (dalle 11 alle 23): non facciamo permanere il genitore durante la notte in quanto non siamo attrezzati per tale scopo.

I nostri utenti sono in maggioranza bambini (circa 75%) e le patologie più comuni sono: insufficienze respiratorie e renali, malattie metaboliche, trapianti renali ed epatici, malattie infettive (specie meningiti), monitoraggio post interventi chirurgici complessi.

Come nasce il progetto di rianimazione aperta

La nostra esperienza di Rianimazione aperta prende avvio con l'apertura della

stessa nel 1998. La decisione di "aprire le porte", sollecitata dal nostro ex primario prof. Martin Langer e dal dottor Alberto Giannini, fu condivisa prontamente dal nostro capo sala.

L'équipe infermieristica era formata da personale molto eterogeneo, venivamo tutti da reparti intensivi di diversi ospedali, sicuramente con tanta esperienza professionale, ma nessuno di noi aveva mai sentito parlare di "Rianimazione aperta". I primi quattro/cinque anni furono molto intensi ed impegnativi sotto tutti i punti di vista, specialmente emotivi, relazionali e forse anche gestionali, poiché eravamo un gruppo nuovo che si accostava per la prima volta alla presenza di genitori e parenti in un'area critica. All'interno dell'équipe spiccava una figura molto carismatica, seguita ed apprezzata dal gruppo infermieristico, il *tutor clinico*, con competenze pedagogiche avanzate, responsabile della guida e del supporto di tutti gli infermieri; era presente in reparto tutte le mattine con incarico di assistenza e di supervisione del personale.

All'inizio di questo percorso all'interno dell'équipe vi erano molte incertezze e preoccupazioni.

I principali problemi emersi furono:

1. la necessità di dedicare del tempo ai parenti a discapito di quello finalizzato all'assistenza diretta ai pazienti;
2. la mancanza di spazio tra le varie postazioni;
3. il rischio di incrementare le infezioni;
4. la scelta delle informazioni da dare ai parenti;
5. le modalità per relazionarsi con i parenti.

Abbiamo discusso tanto su queste tematiche nei vari briefing, a molti dei quali partecipavano anche i medici, soprattutto il nostro primario, e ad ogni incontro le nostre preoccupazioni e i dubbi andavano decrescendo: s'iniziava a capire ed apprezzare il percorso di *umanizzazione* della Rianimazione.

In 10 anni abbiamo fatto un salto meta-cognitivo: il parente non viene più considerato ostacolo al lavoro di reparto ma risorsa per il paziente. Riconoscere come bisogno fondamentale del paziente/bambino la presenza di un parente/genitore che lo supporti in un momento difficile della vita è di sostanziale importanza, poiché il ricovero in Rianimazione genera una situazione di enorme stress, sia per i pazienti che per genitori e familiari.



Foto 2: un piccolo paziente e la sua nonna a fianco del letto.

Ciò avviene sempre, in particolare quando il ricovero avviene in regime d'urgenza-emergenza.

L'adulto che viene ricoverato in rianimazione, per ridurre lo stress psicoemotivo, mette in atto dei meccanismi di protezione che sono dovuti ad una maturazione della propria personalità, o meglio al raggiungimento della piena maturazione delle competenze cognitive, emozionali e relazionali; queste competenze non sono raggiunte dal bambino, quindi il suo unico meccanismo di protezione è il genitore (la famiglia è il suo habitat sicuro); se questa protezione viene negata si potranno avere, a lungo termine, ripercussioni negative sullo sviluppo psicofisico e comportamentale del bambino.

Tanto più in una situazione in cui è costretto a letto, limitato nei movimenti, subisce manipolazioni continue da parte di persone estranee e vede completamente mutate le proprie abitudini.

Il focus della nostra riflessione critica è stato il pensare al paziente/bambino come elemento fondamentale di una famiglia.

L'obiettivo è sicuramente assicurare un'assistenza adeguata e specifica, ma allo stesso tempo cercare di ridurre al minimo lo stress psicoemotivo del bambino/adulto e dei suoi familiari; è uno sforzo psicofisico che noi infermieri facciamo quotidianamente.

La nostra è un'assistenza incentrata sulla persona e sulla famiglia e non vi è alcuna differenza tra paziente adulto e paziente pediatrico. Sicuramente questo tipo di approccio diventa più necessario in ambito pediatrico, dove gli interventi assistenziali e le relazioni tra i familiari e gli operatori sanitari sono complesse e delicate. L'assistenza al bambino coinvolge tutta la famiglia, quindi diventano fondamentali la relazione, la cultura e i valori che la caratterizzano; è compito dell'équipe infermieristica/medica riconoscere

e valorizzare la famiglia come sistema. Il ruolo dell'infermiere è fondamentale nell'assistenza personalizzata, poiché deve approfondire la conoscenza dei familiari e svolgere una funzione di supporto e d'accompagnamento all'esperienza della malattia.

Questa riflessione si è sviluppata col tempo, grazie ad un'équipe infermieristica stabile e soprattutto molto motivata.

È cambiato anche il nostro modo di fare assistenza: non si è più legati ad una routine rigida e si concede molto spazio al dialogo col bambino (quando è in condizioni di veglia attenta o blandamente sedato) e all'ascolto dei genitori, quindi è naturale che i tempi dedicati all'assistenza si allungino.

Purtroppo il tempo che trascorriamo a parlare con i parenti non è considerato carico di lavoro: non esiste alcun metodo di misura dei carichi di lavoro infermieristici che contempli questa attività.

Cosa abbiamo fatto per ridurre lo stress psicoemotivo del bambino e dei loro genitori?

Abbiamo cercato di migliorare le nostre conoscenze relazionali e comunicative. Il momento più importante per una buona relazione/comunicazione è l'accoglienza in reparto: è qui che inizia l'attività di *counseling infermieristico* al bambino e ai genitori in Rianimazione. L'attività di *counseling* ha una valenza molto importante: un genitore che entra per la prima volta in un reparto di rianimazione per vedere il proprio bambino viene colto da sentimenti di frustrazione, rabbia, tristezza ed impotenza. I genitori sono molto spaventati e l'infermiere fa da catalizzatore delle loro perplessità, dubbi e paure.

Bisogna avere la capacità di praticare un ascolto attivo, di assumere un aspetto empatico e di rispetto senza mai giudicare il comportamento dei genitori.

Durante la prima visita facciamo entrare insieme ambedue i genitori. L'infermiere che si occupa del bambino si presenta dicendo nome, cognome e qualifica, si comunicano informazioni riguardanti l'ambiente e l'organizzazione del reparto tramite una carta d'accoglienza contenente alcune norme di comportamento all'interno dell'unità operativa, il nome del responsabile medico e del responsabile infermieristico e il numero di telefono del reparto.

Nella fase d'accoglienza l'infermiere deve essere libero da altri compiti: non bisogna mostrare di avere fretta né interrompere le domande dei genitori, ma mostrarsi disponibili all'ascolto e cercare di usare un linguaggio comprensibile. È indispensabile spiegare da subito che le attrezzature del letto (monitor, respiratore, pompe infusionali, ecc) sono dotate di allarmi e sono gestite da noi infermieri e dai medici; non bisogna dare dei valori "normali" dei parametri che si visualizzano al monitor in quanto la visione di valori alterati o presunti tali aumenterebbe l'ansia nel genitore.

Durante il colloquio viene detto ai genitori che ci sono delle regole da rispettare:

- 1. Possono stare al fianco del proprio figlio tutto il tempo che desiderano:** gli sarà chiesto di uscire solo durante manovre particolari sul proprio o su altri bambini (per motivi di privacy), oppure durante le consegne del personale infermieristico.
- 2. è imperativo il lavaggio delle mani ogni volta che si entra ed esce dal reparto;**
- 3. è vietato toccare i presidi medicali, quali tubo endotracheale, CVC, medicazioni, pompe e linee infusionali, respiratore, monitor.** Il genitore può toccare e accarezzare il proprio bambino dove non ci sono presidi;
- 4. è vietato nella maniera più assoluta avvicinarsi al letto degli altri pazienti,**
- 5. limitare il numero di persone che vengono a fare visita al bambino.** Consentiamo l'ingresso a tutte le figure che per il bambino sono importanti (es. nonni, fratelli, sorelle) e indichiamo di evitare le persone che non sono di riferimento.
- 6. Possono entrare senza indossare sovrascarpe, mascherine o camice.**

In questa fase, se è possibile, è bene far sedere il genitore di fianco al letto del bambino. Si incoraggia il genitore ad avere un comportamento per quanto possibile sereno, cercando di non manifestare la propria preoccupazione di fronte al figlio.

Nel nostro reparto curiamo molto la fase di accoglienza, poiché la riteniamo il punto centrale della relazione tra infermiere e genitore: siamo certi che una buona accoglienza sfocerà in una relazione terapeutica per il genitore, che si manterrà per tutta la degenza del paziente.

Il genitore pone la propria fiducia nella

figura dell'infermiere, si crea una sorta di "affidamento" del bambino.

Il counseling infermieristico durante un evento critico

Un evento critico può essere la morte di un bambino o la comunicazione di una diagnosi infausta: queste importanti notizie vengono comunicate dal medico.

Si invitano i genitori nello studio medico, con la presenza del responsabile di reparto, del medico di reparto, dell'infermiere o del capo sala.

Quando le speranze si esauriscono si deve cercare di accompagnare il bambino ad una morte serena: l'infermiere deve rispettare il dolore dei genitori, deve accettare i sentimenti negativi, deve permettere ai genitori di sfogare il proprio dolore, evitare frasi stereotipate di incoraggiamento, non forzare la comunicazione verbale.

In questo caso è importante l'ascolto attivo; è molto difficile, ma importante che l'infermiere sia presente, che continui ad accudire ed assistere il bambino e la famiglia.

Bisogna assicurare il massimo comfort e il rispetto della privacy, con tutti i limiti strutturali che dobbiamo affrontare; si dovrebbe anche cercare di soddisfare il bisogno spirituale/religioso se la famiglia lo richiede (es. contattare il parroco, per la religione cattolica).

Cosa vedono i genitori in Rianimazione

Le manovre che facciamo in presenza dei genitori sono, ad esempio: la broncoaspirazione, le medicazioni degli accessi venosi ed arteriosi, delle ferite chirurgiche, il cambio del pannolino, le variazio-



Foto 3: due infermieri e un piccolo paziente sottoposto a ventilazione invasiva da tracheotomia.

ni di postura, i prelievi venosi da catetere e la somministrazione della terapia.

Tutte le manovre di nursing che espletiamo vengono spiegate ai genitori ed al bambino (se sveglio) e prima di eseguirle viene chiesto loro se non vogliono assistere, se per loro è troppo doloroso o sgradevole: in tal caso vengono fatti accomodare fuori dal reparto per poi rientrare dopo la manovra.

Conclusioni

Per gli infermieri che lavorano in Rianimazione il principale ostacolo alla comunicazione è la mancanza di tempo; non possiamo però nasconderci sempre dietro questa barriera, altrimenti finiremo per arrestare il progredire della nostra professione, specie in questo momento in cui sta faticosamente acquistando maggiore visibilità.

L'Infermiere di area critica deve iniziare ad essere un professionista anche nel campo della relazione/comunicazione non solo nel campo pratico ed intellettuale (secondo l'opinione pubblica l'infermiere di Rianimazione è un esperto di macchinari, un tecnico, ma sappiamo tutti che la cura infermieristica in UTI è più intensiva che in qualsiasi altro reparto).

Dobbiamo apportare un cambio di mentalità radicale: incentrare la nostra assistenza sulla famiglia e fare della comunicazione il fulcro attorno al quale ruoti la buona riuscita del processo di assistenza.

Come enuncia il nostro Codice Deontologico, l'assistenza infermieristica si realizza attraverso interventi specifici, di natura tecnica, relazionale ed educativa (art. 1.2) per questo è tanto importante la comunicazione.

La rianimazione aperta è una realtà molto bella da vivere. I benefici sono enormi sia per il bambino e i familiari, che per noi infermieri: le soddisfazioni che riceviamo ogni giorno da parte di chi vede il nostro impegno è impagabile. Solo in questo modo potremo acquisire maggiore visibilità ed essere riconosciuti come professionisti: se nessuno vede il nostro operato come potrà la società stimare la nostra professione?

Per aprire le rianimazioni gli infermieri devono pianificare un'assistenza che tenga conto del paziente come unità fondamentale del sistema famiglia e questo cambio di mentalità deve essere accompagnato da una forte motivazione etica e morale.

Speriamo che questa nostra esperienza possa fungere da riflessione e stimolo per molti colleghi: dobbiamo essere noi infermieri i promotori dell'assistenza incentrata sulla famiglia, partendo con l'aprire le porte delle Rianimazioni ed allungare i tempi di visita nei reparti.

Bibliografia

- Carta dei diritti del bambino in Ospedale (carta di EACH)
- BASSANI R, *Il disagio psicologico: come il bambino vive il ricovero in Ospedale*, Archivio Articoli, www.ilmiopsicologo.it, ultimo accesso 02/05/2006.
- LANZI M, *Pedagogia Sociale, Manuale per l'infermiere*. Carocci Faber. Roma, 2004.
- MORETTO C, *Assistenza di base in pediatria, l'infermiere e la salute del bambino*. Carocci Faber Roma 2003.
- BURCHARDI H, *Apriamo le porte*. Intensive care Med (2003) 1: 4-5. Ed. Italiana.
- CAFFO E, *Emergenza nell'infanzia e nell'adolescenza, interventi psicoterapeutici e di comunità*, Milano, Mc Graw-hill 2003.
- TELEFONO AZZURRO, *Il Bambino in ospedale* (quaderno genitori), Bologna 2007.

Abstract

Setting: the role of the Intensive Care Unit Nurse within an open Intensive Care Unit: how to establish effective communication between nursing staff and family.

Goals: first: to enhance sensitivity of the changing role of Critical Care Nurses towards patients and their family. Second: to promote a new professional image of a Critical Care Nurse. Third: to give greater visibility to the quality of care of the patient by opening the door of the Intensive Care Unit.

Conclusions: our decade of experience of open door policy has been emotionally enriching and intense both for the nursing staff and for patients and their families. The success has been achieved through a constant critical goal oriented appraisal by nursing staff. We hope that this model of Open Intensive Care Unit will become an increasingly common topic of conversation, but also an increasingly common reality in the near future: it would be a source of great pride for professional nurses and a great benefit for our patients and their families who face such an emotionally intense experience.

Key words: Open Intensive Care, Acceptance, Communication between nurse and parents, Nursing focused on family needs

Maria Mongardi, Infermiere con Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche - Area Rischio Infettivo- Agenzia Sanitaria Regionale - RER

Rita Melotti, Professore Associato Anestesia e Rianimazione – Università degli Studi di Bologna

Sabrina Sonetti, Infermiere con Master in Assistenza in Area Critica – Azienda Ospedaliero-Universitaria S.Orsola- Malpighi di Bologna

Maria Luisa Moro, Responsabile Area di programma Rischio Infettivo – Agenzia Sanitaria Regionale - RER

Il rito della “vestizione” per l’accesso dei visitatori nelle Unità di Terapia Intensiva: revisione della letteratura ed indicazioni operative



Riassunto

Scopo: negli ultimi anni è emersa la necessità di migliorare l’umanizzazione dell’assistenza nelle ICU, anche intervenendo sulle modalità di accesso dei familiari.

La mancata vestizione/protezione dei visitatori induce a chiedersi se può influire sul controllo delle infezioni nei pazienti. È stata effettuata una revisione della letteratura scientifica per valutare l’effettiva efficacia delle precauzioni di vestizione dei familiari per l’ingresso in ICU e successivamente definire le indicazioni operative per le ICU della Regione Emilia Romagna.

Materiali e metodi: sono stati formulati due quesiti di ricerca e consultate le principali banche dati e importanti siti internet. Sono stati inclusi gli articoli pubblicati negli ultimi dieci anni (1998-2007), in qualsiasi lingua e per tutte le classi di età. Sono stati esclusi gli articoli nei quali le misure di vestizione erano motivate dalla presenza di malattie infettive, di colonizzazione con patogeni multiresistenti, o per necessità di isolamento protettivo del paziente.

Risultati: La procedura della vestizione dei visitatori non è supportata da alcuna evidenza scientifica. Non influenza il tasso di infezioni correlate all’assistenza, comporta invece un aumento dell’utilizzo di risorse materiali ed umane: è quanto riportano gli studi eseguiti nelle unità di terapia intensiva di neonatologia. Nella popolazione adulta non esiste alcun studio sulla efficacia di questa misura.

Conclusioni: ad eccezione per le visite ai pazienti con malattia infettivo-contagiosa, o per i pazienti gravemente immunocompromessi, la vestizione dei visitatori non è necessaria. È fondamentale invece, sia per i visitatori che per operatori sanitari visitatori, l’accurata igiene delle mani con acqua e sapone oppure la frizione alcolica delle mani prima e dopo essere stati a contatto con un paziente. Gli operatori sanitari di altra unità operativa che accedono ad una ICU devono indossare i dispositivi di protezione individuale in base alle pratiche assistenziali che eseguono.

Parole chiave: Cure intensive, Terapia Intensiva, Camice, Copricamice, Abito protettivo, Visite dei pazienti, Dispositivi di protezione, Visitatori

REVISIONE

pervenuto il 10/09/08
approvato il 12/09/08

Documento tratto da un articolo
in corso di pubblicazione
Settembre 2008

Le infezioni acquisite in ospedale sono una importante causa di morbilità, mortalità, prolungata degenza ospedaliera ed hanno un rilevante impatto economico. I pazienti ricoverati in unità di terapia intensiva (ICU) sono ad alto rischio di acquisire una infezione nosocomiale a causa delle ridotte difese immunitarie (es. esiti di trauma, terapia con corticosteroidi) e della frequente esposizione a procedure invasive. Tali infezioni sono sempre più frequentemente sostenute da patogeni resistenti agli antimicrobici. Più del 20% di tutte

le infezioni nosocomiali coinvolgono i pazienti che sono ammessi in una ICU e più dell’80% di queste sono relative all’utilizzo di device per mantenere in vita il paziente, come le infezioni del sangue correlate a device vascolare, la polmonite associata alla ventilazione meccanica, le infezioni del sito chirurgico, le infezioni del tratto urinario. Rispetto ad altri luoghi di cura, i pazienti ricoverati in terapia intensiva, in ragione della loro significativa complessità clinica, vengono assistiti da un numero più elevato di operatori sanitari. Il comportamento degli operatori (igiene delle mani, pratiche assistenziali

ecc.), influenza, quindi, significativamente il rischio di trasmissione crociata delle infezioni e l'adozione di pratiche scorrette ha un significativo impatto sulla salute dei pazienti. I microrganismi responsabili delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali (ICPA) possono provenire da serbatoi ambientali, dal paziente stesso, essere trasferiti da un paziente all'altro dagli operatori sanitari. Per prevenire o controllare l'evento infezione, è necessario mettere in atto tutte le misure efficaci a controllare tutte queste diverse fonti di infezione.

Nelle unità di terapia intensiva, sia le caratteristiche strutturali che il mantenimento di un ambiente pulito sono importanti nella lotta contro le infezioni nosocomiali. Negli ultimi anni, il tema delle modalità di accesso dei familiari nelle ICU è stato oggetto di grande interesse: i pazienti e i familiari si trovano improvvisamente in terapia intensiva in un ambiente ostile, pieno di rumori e allarmi sonori e visivi; tutto questo mette a dura prova lo stato emotivo dei pazienti vigili e dei familiari. Di conseguenza, è emersa la necessità di promuovere una maggiore umanizzazione dell'assistenza in questi luoghi di cura, salvaguardando però allo stesso tempo il controllo del rischio infettivo.

Data la rilevanza del tema, è stata effettuata una revisione della letteratura scientifica per valutare l'effettiva efficacia delle misure che impongono la vestizione dei visitatori, siano essi familiari oppure operatori sanitari provenienti da altre unità operative, al momento dell'ingresso in una unità di Terapia Intensiva, e per formulare indicazioni operative a livello regionale.

Materiali e Metodi

Quesiti di ricerca

I quesiti di ricerca erano i seguenti:

- Le misure restrittive attualmente impiegate presso molte unità di Terapia Intensiva per l'accesso ai visitatori sono sostenute da prove di efficacia?*
- Altri operatori sanitari che accedono alle UTI devono adottare le misure precauzionali che adottano i familiari dei pazienti oppure per loro si devono adottare comportamenti diversi?*

Strategia di ricerca

Sono state consultate le seguenti banche dati: Cochrane Library; Pubmed; Cinhal; Critical trial.gov; Registro International Standard Randomized Controlled Clinical Trial Number (ISRCTN); ed i seguenti siti: Society of Critical Care Medicine; American association of Critical Care Nurse; French Society of Anesthesia and Intensive Care; The European Society of Intensive Care Medicine; American Thoracic Society. Le parole chiave utilizzate sono state: *critical care, intensive care unit, gown, over gown, cover gown, protective clothing, visitors to patients, protective devices*. Sono stati inclusi gli articoli pubblicati negli ultimi dieci anni (1998-2007), in qualsiasi lingua e per tutte le classi di età.

Criteri di esclusione

Sono stati esclusi dalla analisi, dopo lettura del riassunto, tutti gli articoli che effettuavano un confronto di trattamenti farmacologici, nei quali le misure di vestizione erano motivate dalla presenza di malattie infettive o di colonizzazione con patogeni multiresistenti (ad esempio MRSA, VRE oppure SARS, ecc), oppure dall'isolamento protettivo del paziente (ad esempio immunosoppressione per trattamento antitumorale oppure in seguito a trapianto d'organo).

Sono stati identificati un totale di 11 articoli, tra cui una revisione sistematica e 10 articoli originali; la revisione sistematica includeva solo studi controllati randomizzati e quasi randomizzati in terapia intensiva neonatale o nel nido. Tra gli articoli originali in popolazione adulta, nessuno riportava il confronto tra modalità di vestizione ed impatto sulla incidenza di infezioni, mentre tre articoli riportavano i risultati di indagini conoscitive sulle pratiche di vestizione in UTI di paesi europei. Dalla lettura degli articoli selezionati, sono state tratte le conclusioni riportate di seguito.

Conclusioni

Efficacia delle misure di vestizione nel ridurre la frequenza di infezioni

La procedura della vestizione dei visitatori non è supportata da alcuna evidenza scientifica: in ambito neonatale, dai diversi studi presi in esame emerge come effettuare o meno la vestizione non influenzi il tasso di infezioni correlate all'assistenza, comportando invece

un aumento dell'utilizzo di risorse (uso di materiali e coinvolgimento degli operatori sanitari); questo aspetto viene evidenziato in molti articoli. Nella popolazione adulta, non esiste alcun studio sulla efficacia di questa misura.

Eccezione a questa affermazione sono le visite fatte ai pazienti affetti da malattia infettivo-contagiosa, per i quali bisogna adottare misure specifiche relative alla modalità di trasmissione della malattia, oppure le visite ai pazienti che hanno difese immunitarie severamente compromesse in seguito ad un trapianto di organo o ad un trattamento radioterapico o chemioterapico.

Altre misure per il controllo del rischio infettivo

La revisione della letteratura non aveva come oggetto la valutazione della efficacia di altre misure oltre alla vestizione, ma dalla lettura della discussione degli articoli selezionati emergono alcune raccomandazioni che è utile riportare:

- **il punto cardine della prevenzione delle infezioni, sia per i visitatori che per gli altri operatori sanitari, è rappresentato da un'accurata igiene delle mani con acqua e sapone oppure dalla frizione alcolica delle mani.** Questa pratica deve essere svolta prima e dopo essere stati a contatto con un paziente.
- **È utile educare/informare il familiare che accede a questi luoghi di cura, perché raramente considera sé stesso un potenziale veicolo di trasmissione di patogeni per il paziente e non percepisce il rischio per la propria salute.** Per tale motivo è bene informare i visitatori di evitare di far visita a persone ricoverate in ospedale se si è hanno disturbi influenzali, respiratori, intestinali o non si è in salute. *L'igiene delle mani, è la misura di prevenzione più efficace e pertanto il personale deve farla eseguire con attenzione, mentre la protezione delle scarpe con copriscarpe, tranne che queste non siano visibilmente sporche (per esempio nei giorni di pioggia), non occorre. Di contro indossare copriscarpe può essere una manovra che comporta la contaminazione delle mani del visitatore. Infine è buona pratica igienica che il visitato-*

re raccolga i capelli se sono molto lunghi, ma non è necessario indossarne un copricapo.

- **Gli orari e la durata delle visite dei familiari dipendono esclusivamente dai problemi organizzativi e strutturali del reparto, dalle esigenze assistenziali dei pazienti, dal rispetto della privacy e dalla presenza, nello stesso ambiente, di più malati. Queste sono le principali motivazioni che vincolano la permanenza del visitatore al letto del proprio familiare per quel che riguarda l'orario di visita e il numero di persone che accedono alla Terapia Intensiva per ogni paziente.**
- **Gli operatori sanitari rivestono un ruolo importante nella prevenzione delle ICPA, e in questo contesto anche gli operatori sanitari esterni che accedono alla UTI (medici ed infermieri provenienti da altre realtà operative, tecnici di radiologia, fisioterapisti, ecc.) devono rispettare le procedure di prevenzione delle infezioni. Oltre all'indicazione "obbligatoria" dell'igiene delle mani prima e dopo il contatto di un paziente, vi sono una serie di raccomandazioni di igiene generale che vanno rispettate. In primo luogo si deve prestare attenzione alla propria divisa, sostituendola se contaminata con liquidi biologici, utilizzare i dispositivi di protezione individuale (DPI) idonei in base alla pratica assistenziale che si sta compiendo o al tipo di paziente che si assiste.**

L'utilizzo di materiale informativo per i visitatori che illustra le motivazioni e ricorda detti comportamenti igienici, consente alle persone di comprenderne pienamente le motivazioni e favorisce la loro applicazione. Si riportano in allegato, come esempio, le indicazioni e una scheda informativa elaborate per le UTI della Regione Emilia Romagna e indicate per la loro applicazione a partire dall'anno 2008.

Bibliografia

1. TINTENIAC A, *A multicenter survey of visiting policies in French intensive care units*. Intensive Care Med. 2002 Oct; 28(10):1389-94
2. VELASCO BUENO J. M. ET AL., *Organización de las visitas de familiares en las unidades de cuidados intensivos en España*. Enferm Intensiva 2005; 16 (2):73-83
3. DIAZ DE DURANA SANTA COLOMA S. ET AL., *Organization of the visits in an intensive coronary care unit: opinion of all the implied people*. Enferm Intensiva 2004; 15(2):63-75.
4. WEBSTER J, PRITCHARD MA, *Gowning by attendants and visitors in newborn nurseries for prevention of neonatal morbidity and mortality* (Review) The Cochrane Collaboration, 2007.
5. BY MARK H. EBELL ET AL. *Gowning in Newborn and Special Care Nurseries*. American Family Physician 2004, July Vol 70. No 1.
6. KOSTIUK N., RN, BN. *Does gowning prevent infection in the NICU?* Canadian Nurse, November 2003, vol. 99, N. 10
7. OLIVER TK JR., *Gowning does not affect colonization or infection rates*, Arch Pediatr Adolesc Med. 1994; 148 (10):1012
8. PELKE S, CHING D., FASA D., ET AL., *Gowning does not affect colonization or infection rates in a neonatal intensive care unit*. Arch Pediatr Adolesc Med 1994; 148: 1016-1020.
9. EASON S., RNC, BSN, *Are Cover Necessary in the NICU for parents and visitors?* Neonatal Network 2005 vol. 14 N. 8.
10. HARTLEY J, *Nurses set strict visiting and uniform rules to tackle HAIs*. Nurs Times 2004, Vol 100 (49):2
11. HOBAN V, *The visitors*, Nurs Time 2005 Mar 15-21; 101(11):20-2
12. GIANNINI A., MICCINESI G., LEONCINO S., *Visiting policies in Italian Intensive care units: a nationwide survey*, Intensive Care Med. 2008;
13. GIANNINI A., *Open intensive care: the case in favour* Minerva Anestesiologica 2007; 73: 299-306
14. MELISSA D. LEE, MD; ALLISON S. FRIEDENBERG, MD; ET AL., *Visiting hours policies in New England intensive care units: strategies for improvement*, Crit Care Med 2007, Vol 35, No 2 .
15. JUDITH D. POLAK ET AL., *Unit Based Procedures: Impact on the incidence of nosocomial infections in the newborn intensive care unit*. Newborn and Infant Nursing Reviews 2004, Vol 4, N. 1
16. *Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in health care setting* CDC, 2007.

Riferimento per eventuali contatti:
Dr.ssa Maria Mongardi
Regione Emilia Romagna
Area di Programma Rischio Infettivo
mmongardi@regione.emilia-romagna.it
Tel ufficio 051 6397132

Abstract

Aim: In the last years came out the need for improvement and humanizing ICU's care, also by interventions on the rules for admittance of relatives. The non-dressing/protection of visitors implies inquiring whether this can influence the control of the infections of the patient. A literature review was performed to evaluate the real effectiveness of the dressing protection for the relatives before entering the ICU and, after this, to define the operative directions for the ICUs of the Emilia Romagna Region - Italy.

Materials and Methods: Two questions of research were identified and we consulted the most important database and websites. We included the articles published in the last ten years (1998 - 2007) from any language of publication and concerning all age classes. We excluded the articles in which the measures for dressings were justified by the presence of infected illness, pathogenic multi-resistant colonisation, or for isolation needs of the patient.

Results: No scientific evidence supports the procedure of dressing visitors. The dressing does not influence the rate of care-related infections, while it increases the use of material and human resources. This is what the studies performed in the Neonatal Intensive Care Units report. There is no research on the effectiveness of this measure for an adult population.

Conclusions: With the exception for the visits to infective-contagious or severe immuno-compromised patients, the dressing for the visiting is not necessary. It is fundamental, instead, either for visitors and health operators entering the unit, an accurate handwashing with water and soap or by frictioning hands with an alcohol solution before and after the contact with a patient. The health operators from other units entering in a ICU, must wear the protection devices accordingly with the actions they need to perform.

Key words: Critical care, Intensive care unit, Gown, Over gown, Protective clothing, Visiting patients, Protective devices, Visitors.



Allegato - Le indicazioni raccomandate nelle UTI della Regione Emilia Romagna - Anno 2008

La vestizione degli operatori sanitari e dei visitatori per l'accesso in una Unità di Terapia Intensiva

La vestizione degli operatori sanitari

Il personale sanitario che opera nelle unità di terapia intensiva è tenuto a indossare la divisa messa a disposizione dall'Azienda Sanitaria di appartenenza che solitamente consiste in una divisa composta da un paio di pantaloni e da una casacca e/o un camice. La divisa è completata da un paio di calzature che devono rispondere alle norme di sicurezza (Decreto LG 626 del 1994). La divisa del professionista, in relazione alle prestazioni che deve erogare, sarà completata con un copricapo monouso, mascherine, protezioni oculari, guanti e sopracamici monouso.

Le calzature da indossare esclusivamente durante l'attività in terapia intensiva sono a discrezione dell'unità operativa e possono avere la finalità di evitare che lo sporco presente in altre superfici venga trasportato sul pavimento della unità di terapia intensiva. Non sono presenti evidenze scientifiche o studi che mettono in relazione le superfici del pavimento con il controllo delle infezioni nei pazienti in terapia intensiva anche se va comunque garantito un ambiente adeguatamente pulito e igienicamente controllato.

La divisa sporca e/o contaminata da liquidi biologici, deve essere sostituita con una divisa pulita, per la propria protezione e quella dei pazienti.

La vestizione degli operatori sanitari (medici, infermieri, ecc.) provenienti da un'altra unità operativa

La cura dei pazienti ricoverati in unità di terapia intensiva richiede talvolta la consulenza di un medico o di un infermiere con competenze specialistiche che opera in un'altra unità operativa.

Questi operatori solitamente indossano la propria divisa e quando entrano in una unità di terapia intensiva sono tenuti a:

- eseguire l'igiene delle mani (lavaggio con acqua e sapone o frizione alcolica)
- indossare il copricapo, la mascherina, un copricamiche e i guanti in base alla prestazione da eseguire e alle condizioni cliniche del paziente. La discrezionalità del comportamento dell'operatore sanitario trova fondamento nelle conoscenze specialistiche dei singoli professionisti.

Il personale infermieristico e medico dell'unità di terapia intensiva è tenuto ad informare i colleghi provenienti da altre unità operative, delle regole igieniche da rispettare.

La vestizione dei visitatori

A oggi, non sono presenti evidenze scientifiche che raccomandano la modalità di vestizione dei parenti/visitatori che accedono in unità di terapia intensiva.

Numerosa è la letteratura favorevole ai benefici delle visite di familiari e conoscenti alle persone ricoverate in terapia intensiva, ma occorre considerare anche i potenziali rischi di trasmissione di microrganismi patogeni ai pazienti.

Verosimilmente il beneficio della visita dei parenti può essere più efficace se questi non si "travestono" da operatore sanitario (copriabito, copricapo, mascherina, copriscarpe); nessuna evidenza scientifica supporta questo comportamento che assume le caratteristiche di un rito che si perpetua nel tempo. Al contrario alcuni studi dimostrano che i parenti/visitatori devono essere informati sulla pratica dell'igiene delle mani da eseguire prima e dopo il contatto con il paziente e di evitare la visita ad un familiare ricoverato, se si è affetti da raffreddore, sindrome influenzale o altra malattia trasmissibile.

Sulla base della letteratura presa in esame si raccomandano le seguenti indicazioni*:

- La vestizione dei familiari con camice, copricapo e copriscarpe non è supportata da alcuna evidenza scientifica e indossare i copriscarpe è una manovra a rischio per la contaminazione delle mani del visitatore; pertanto non è necessario procedere alla vestizione dei visitatori e far indossare i copriscarpe tranne quando le scarpe sono molto sporche (es. fango). In questo caso l'uso del soprascarpe ha esclusivamente la finalità di non portare macro sporco sulla superficie del pavimento.
- L'igiene delle mani con acqua e sapone o la frizione delle mani con soluzione alcolica è una pratica da far eseguire ai visitatori dei pazienti ricoverati in unità di terapia intensiva.
- Sviluppare e implementare politiche e procedure per limitare la visita ai pazienti da persona con segni e sintomi di infezione trasmissibile. Selezionare i visitatori per le aree di cura ad alto rischio (es. unità oncologiche, unità di trapianto, unità di terapia intensiva, altri pazienti con il sistema immunitario severamente compromesso) di possibile infezione. Raccomandazione Cat. IB – Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in health-care settings 2007
- È vietata la visita di persone con segni e sintomi di malattia trasmissibile, pertanto è consigliata l'adozione di un opuscolo

lo informativo e/o di un questionario, da far compilare al visitatore prima di accedere alla visita del paziente ricoverato in UTI.

- È necessario informare i familiari:
 - dell'utilità e dell'obbligo di eseguire l'igiene delle mani prima di recarsi dal familiare e al termine della visita,
 - che è opportuno raccogliere i capelli qualora questi siano lunghi,
 - che le scarpe potranno essere coperte da un soprascarpe quando visibilmente sporche come ad esempio nei giorni di pioggia, al fine di non portare macro sporco sulla superficie del pavimento dell'unità operativa che si devono astenere dalla visita se affetti o convalescenti di malattia trasmissibile, compresi il raffreddore e l'influenza,
 - l'informazione sul comportamento igienico da tenere durante la visita viene supportata da un foglio informativo, che comprende un questionario per indagare la presenza o lo stato di convalescenza di malattie trasmissibili. Si riporta un facsimile di foglio informativo.

* Dalle seguenti indicazioni sono escluse le terapie intensive post trapiantologia d'organo.



Opuscolo Informativo

Azienda Sanitaria: Unità di Terapia Intensiva:

INFORMAZIONI SUL COMPORTAMENTO DEL VISITATORE

Per la sua sicurezza e per quella del paziente è necessario eseguire il lavaggio delle mani con acqua e sapone oppure la frizione alcolica delle mani con una soluzione antisettica, prima e dopo il contatto con il paziente.



**Le mani:
TOCCANO
TRASPORTANO
TRASFERISCONO
i microbi.**

Inoltre occorre:

- Sono ammessi max due visitatori per volta
- Concordare la durata della visita con gli operatori sanitari
- Raccogliere i capelli se lunghi
- Proteggere le proprie calzature se sono molto sporche (es. nei giorni di pioggia)
- Astenersi dalla visita se si è affetti da raffreddore, influenza o altra malattia trasmissibile, si chiede pertanto di rispondere alle seguenti domande:
 1. Attualmente è affetto da raffreddore NO SI (indossare la mascherina)
 2. Recentemente ha avuto una malattia infettiva-contagiosa NO SI (rivolgersi ad un operatore sanitario prima della visita al parente)
 3. Attualmente ha ferite, escoriazioni alle mani NO SI (lavarsi le mani e indossare un paio di guanti)

Nota Bene: Se risponde SI ad una o più delle tre domande, prima della visita al parente/conoscente, rivolgersi ad un operatore sanitario.



Grazie per il suo contributo a mantenere un ambiente igienicamente sicuro

Patrizia Di Giacomo, Presidente Collegio IPASVI Rimini, Dott.ssa in Scienze Infermieristiche e ostetriche, Master in metodologia e analisi della responsabilità infermieristica

Un'analisi della responsabilità infermieristica: riferimenti normativi e giurisprudenziali



Riassunto

In relazione all'esercizio della professione la responsabilità dell'infermiere come delineata dalla Legge 42, si coniuga indissolubilmente con i concetti di attività e di competenza e assume il significato di impegnarsi per mantenere un comportamento congruo e corretto; si esprime quindi nella capacità di rispondere ai bisogni dell'assistito, ... ad attivarsi, ... ad assumere una condotta attiva, prendendo le necessarie iniziative. (D.Rodriguez 1999)

La responsabilità professionale diventa espressione della propria competenza in prestazioni e funzioni orientate ai bisogni e al diritto alla salute della persona e fondate su valori condivisi in cui l'assunzione di una posizione di garanzia nei confronti dell'assistito, obbliga il professionista a farsi carico di tutte le implicazioni (prevedibili, valutabili, e evitabili) che le prestazioni professionali includono, secondo le conoscenze scientifiche e tecniche che appartengono alla propria professione.

L'articolo vuole descrivere la responsabilità professionale dell'infermiere come viene ad individuarsi in base ai riferimenti normativi e ai contenuti disciplinari propri del professionista. In particolare, a partire dall'attuale interpretazione della colpa professionale in ambito sanitario nella dottrina e nella giurisprudenza, vuole declinarla in relazione all'ambito proprio della competenza infermieristica, lo specifico assistenziale, inteso come processo di "raccolta dei dati, identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica, pianificazione, gestione e valutazione dell'intervento assistenziale infermieristico", messo in atto dall'infermiere in risposta ad un bisogno specifico della persona assistita. La piena assunzione di responsabilità da parte dell'infermiere non è comunque esaurita dalla produzione di norme, ma deve essere declinata nella quotidianità, in tal senso le norme in una logica non esclusivamente sanzionatoria possono essere considerate strumenti per orientare i comportamenti del professionista a tutelare gli assistiti.

Parole chiave: Infermieristica, Responsabilità professionale, Colpa, Autonomia, Competenza

*"Ci troviamo di fronte al fatto che domani è già oggi...
La speranza spetta a noi, e per quanto potremmo desiderare altrimenti,
dobbiamo scegliere(Martin Luther King)*

EDITORIALE

pervenuto il 05/05/08
approvato il 29/05/08

In questi ultimi anni, si sta assistendo ad un cambio radicale di lettura e di interpretazione dei fenomeni legati alla responsabilità professionale. Le motivazioni sono da ascrivere ad un maggior livello culturale dei cittadini e alla maggiore diffusione attraverso i mass-media delle conoscenze mediche e sanitarie, che comporta una crescente attenzione alle forme di tutela e di auto-tutela dell'assistito nei confronti degli operatori sanitari; alla progressiva identificazione dell'obbligazione di mezzi con quella di risultati, che comporta, per il professionista della salute, una responsabilità sia per le modalità con cui opera, sia per gli effettivi esiti della sua azione; alla diffusione dell'EBP e al ruolo delle organizzazioni e delle istituzioni che insieme alle società scientifiche, attraverso la diffusione e l'adozione di

protocolli e linee guida, rendono l'attività professionale meno libera e più uniforme.

I riferimenti per poter analizzare e declinare la responsabilità professionale derivano non solo dalle norme per l'esercizio professionale, ma anche dagli orientamenti della dottrina giurisprudenziale e dalle sentenze emanate, soprattutto da parte della Cassazione.

In tal senso pertanto si intende inquadrare la responsabilità professionale prima alla luce degli attuali orientamenti giurisprudenziali e poi dell'evoluzione normativa.

La responsabilità professionale per colpa in ambito sanitario: evoluzione e orientamenti giurisprudenziali

In ambito giuridico la responsabilità con-

cerne l'obbligo di rispondere di un'azione illecita.

Illecito è tutto ciò che la norma considera vietato e a cui attribuisce una sanzione. È illecita una condotta umana (azione od omissione) che dà luogo alla violazione di una norma dell'ordinamento giuridico, e, in base alla specifica natura degli interessi violati, a una responsabilità civile, penale o amministrativa:

- *la responsabilità penale: si pone in essere una condotta che di per sé corrisponde o che provoca un fatto che costituisce un reato contemplato dal Codice Penale (C.P.) o da un'altra legge dello Stato e che comporta l'obbligo di rispondere per azioni che costituiscano un reato;*
- *la responsabilità civile: si provoca un danno ingiusto in conseguenza di una condotta, a cui consegue l'obbligo di risarcire il danno ingiustamente causato;*
- *la responsabilità amministrativo-disciplinare: si mette in atto una inosservanza dei doveri di ufficio e di servizio a cui si riferiscono gli obblighi contrattuali e di comportamento professionale e comporta sanzioni di carattere amministrativo erogate con un provvedimento interno, per chi opera alle dipendenze di enti pubblici o privati, mentre diventa, per i liberi professionisti, una responsabilità di tipo ordinistico-disciplinare.*

Si qualifica giuridicamente come colposo un comportamento che costituisce una violazione di un obbligo. Il reato colposo nasce sempre e soltanto dall'inosservanza di norme sancite dagli usi, a cui il codice si riferisce parlando genericamente di negligenza, imprudenza o imperizia, o espressamente prescritte dalle autorità allo scopo di prevenire eventi dannosi, richiamate con l'espressione *inosservanza di norme, leggi regolamenti*¹.

Si parla di colpa se, nel caso concreto, si riscontra nel comportamento dell'agente un'imprudenza o una negligenza, in quanto ha trascurato le precauzioni cui era tenuto². (Tabella 1)

Nel caso di inosservanza di leggi, norme e regolamenti invece la responsabilità sorge alla violazione di una delle regole che disciplina l'attività posta in essere dal soggetto, in quanto l'inosservanza delle norme precauzionali sancite espressamente da un'autorità di fatto concretizza quella imprudenza o negligenza che costituisce la

Tabella 1. Responsabilità professionale: colpa

Colpa generica	inosservanza delle regole comuni di diligenza, prudenza, perizia (atteggiamenti psichici)	<ul style="list-style-type: none"> ✗ Negligenza: trascuratezza, insufficienza di attenzione o di sollecitudine, dimenticanza, svogliatezza, superficialità ✗ Imprudenza: avventatezza, insufficiente ponderazione, eccessiva precipitazione, implica sempre una scarsa considerazione per gli interessi altrui ✗ Imperizia: insufficiente preparazione o inettitudine rispetto alle abilità professionali richieste, di cui l'agente pur essendo consapevole non abbia voluto tener conto (diventa imprudenza); è deficienza di cultura professionale o di abilità tecnica o di esperienza specifica richiesta per l'esercizio di determinate professioni
Colpa specifica	inosservanza di norme, leggi, regolamenti	<ul style="list-style-type: none"> ✗ Codice Penale ✗ Codice Civile ✗ Normativa di riferimento per l'esercizio professionale: legge 833/1978, D.L.vo 502/1992, e rispettive modificazioni e/o integrazioni, Codice deontologico

caratteristica essenziale della colpa. Il rispetto delle norme d'altronde, sempre che non siano violate altre regole, determina il venir meno della responsabilità penale, e non si risponde dell'evento, anche se questo era prevedibile.

L'accertamento della responsabilità del professionista sanitario per colpa, risente fortemente di alcune tesi presenti nel contesto sociale che enunciano un diritto assoluto alla salute intesa come condizione di benessere psico-fisico e sociale dell'individuo. L'utente oggi crede che sia possibile raggiungere e/o mantenere un completo benessere di natura fisica, psichica e sociale e pertanto è portato a pretendere dalla prestazione sanitaria un esito sicuro.

Dal punto di vista giuridico, il rapporto tra medico/professionista sanitario e l'utente è un contratto d'opera intellettuale, regolato dal Codice Civile³ e che ha le caratteristiche di bilateralità e consensualità obbligatori tra le parti.

Nel contratto di prestazione di opera intellettuale le obbligazioni assunte dal professionista sono, secondo la teoria prevalente, obbligazioni di mezzi. Di conseguenza il medico/il professionista sanitario risponde della adeguatezza o meno del proprio comportamento professionale e non dei risultati raggiunti.

Alla base della disciplina delle obbligazioni c'è il concetto di diligenza che, scaturendo dall'esercizio di un'attività professionale, deve considerare la specifica attività posta in essere dal professionista e deve essere valutata con riguardo alla natura di tale attività. Il medico/il professionista sanitario si obbliga nei confronti dell'assistito a svolgere l'attività professionale necessaria ed utile in relazione al caso concreto e

in vista del risultato che, attraverso il mezzo tecnico-professionale, il paziente spera di conseguire. Di conseguenza si obbliga a prestare la sua opera con la dovuta necessaria diligenza⁴.

In tale ottica il medico/professionista sanitario risponderà quando non abbia posto in essere le cure appropriate, da valutare sulla scorta delle conoscenze medie e dei protocolli terapeutici, oppure abbia commesso un errore terapeutico^{a-b-c}.

Una rapida rassegna della giurisprudenza penale della Cassazione degli ultimi anni, evidenzia come i capitoli più ricorrenti della responsabilità professionale sanitaria e in specifico quella medica riguardino:

1. *l'addebito di colpa nell'attività individuale o in équipe,*
2. *l'accertamento del nesso di causalità, rispetto al danno subito dal paziente in caso di omissione da parte del medico della condotta adeguata e doverosa,*
3. *il consenso informato. Quest'ultimo tema non di interesse in questa discussione.*

Sulla valutazione della colpa, l'orientamento della Cassazione, appare attualmente ispirato al criterio di distinguere tra i tipi di colpa: se si tratta di negligenza o di imprudenza si deve dare rilievo a qualsiasi grado, anche lieve, di colpa. Lo stesso rilievo è da darsi all'imperizia, a meno che la prestazione richiesta al medico/professionista sanitario non risulti assai complessa e difficile.

Le novità più significative da parte della Suprema Corte sono intervenute riguardo al profilo dell'accertamento del nesso causale, tra l'omissione della pre-

stazione medica/sanitaria dovuta e l'esito lesivo ai danni dell'assistito.

Nel campo giuridico, il rapporto di causalità è il criterio di imputazione oggettiva di un evento alla condotta di un soggetto, in quanto l'individuazione della responsabilità personale in ordine all'evento dannoso verificatosi è strettamente legata alla riconducibilità causale (rapporto di causalità) dell'evento all'azione/omissione compiuta dal soggetto stesso: l'evento deve essere necessariamente conseguenza della sua condotta⁵.

Nella responsabilità del sanitario assume particolare rilevanza la condotta omissiva e la causalità omissiva: "non impedire l'evento... equivale a cagionarlo"⁶, per cui si considera reato la violazione di uno specifico obbligo di agire, al quale il medico/il professionista sanitario è tenuto nello svolgimento delle sue funzioni.

La Suprema Corte perviene ad ammettere che pur dinanzi all'evidenza del comportamento omissivo, se non è possibile dimostrarne il ruolo condizionante nei confronti dell'evento, questo comporta il *proscioglimento del medico*⁷⁻⁸⁻⁹⁻¹⁰.

Non è il comportamento omissivo dunque (come poteva dirsi fino a qualche tempo addietro) che la giurisprudenza deve sanzionare, ma la colpa come risultante del danno condizionato da quello.

Ulteriormente è stato precisato ai fini dell'accertamento causale omissivo, sotto il profilo della fonte attributiva dell'obbligo di azione in favore del soggetto interessato che *la presa in carico del bene protetto è fonte di obbligo di garanzia e di attivazione, ai fini dell'individuazione della causalità omissiva. L'obbligo di attivazione può derivare anche da un contatto sociale* (Cassazione penale 25527/2007).

L'attività medica e sanitaria è la risultante di un insieme di azioni concorrenti ad un fine unitario e da queste complessivamente acquista più competenze ed efficacia. L'azione complessiva, e complementare, spesso non esime dalla responsabilità dell'atto professionale, ma fa parlare oggi di ripartizione della colpa medica nel lavoro d'équipe¹¹.

Si può parlare di attività professionale medica/sanitaria svolta in équipe ogni volta che sono presenti operatori sanitari – medici e non medici – ciascuno dei quali sia titolare di una specifica com-

petenza. In base al principio di affidamento, il singolo membro della équipe confida che gli altri componenti lavorino nel rispetto delle regole e valorizzando al massimo le proprie conoscenze e competenze professionali; si circoscrive così la responsabilità del singolo componente della équipe all'attività svolta¹². La Cassazione ha ribadito la specifica posizione di garanzia riservata al Primario o comunque al soggetto apicale, titolare di doveri di organizzazione, coordinamento e sorveglianza sull'attività dei collaboratori e la correlativa responsabilità penale ogni volta in cui potrebbe essergli mosso un rimprovero per carenze che si traducano in condotte lesive dell'incolumità fisica del paziente, anche ove ascrivibili ai collaboratori medesimi.

Si deve evidenziare che è presente allo stato attuale un orientamento giurisprudenziale che sembra propendere verso una enfattizzazione di tipo risarcitorio del danno da responsabilità, ridimensionando l'ambito di competenza della tutela penale.

L'evoluzione della responsabilità infermieristica

I fondamenti dell'esercizio infermieristico risultano profondamente mutati e innovati negli ultimi anni, ma nella riflessione si deve tenere presente come caratteristica peculiare del sistema sanitario italiano, la posizione dominante che la professione medica ha esercitato a partire dalla fine dell'Ottocento sulle occupazioni sanitarie. Il concetto di dominanza professionale indica appunto la relazione di potere che la professione medica ha instaurato nei confronti delle altre occupazioni sanitarie e che ha assunto varie forme: dominanza gerarchica nell'organizzazione sanitaria; dominanza funzionale attraverso il controllo delle fasi cruciali del processo di cura (la diagnosi e la scelta della terapia); dominanza scientifica attraverso il controllo del sapere medico e della stessa definizione di salute e malattia; dominanza istituzionale attraverso il controllo delle istituzioni-chiave del settore sanitario (Tousjin 2001). Tale dominanza spiega le criticità presenti nella applicazione pratica delle leggi, nell'approccio culturale alla responsabilità ancora tipicamente di tipo esecutivo e nell'attenzione quasi esclusiva all'ambito

di attività collaborativa da parte dell'infermiere¹³.

Elemento originario dell'evoluzione della responsabilità professionale e dei conseguenti radicali cambiamenti normativi nella formazione e nell'esercizio professionale che si sono determinati per l'infermiere è stata l'abrogazione del DPR 225/74 e dell'ausiliarietà attraverso l'emanazione della legge 42/99.

Dall'analisi dell'evoluzione normativa, deontologica e professionale infermieristica, si individuano alcuni elementi di innovazione che costituiscono e caratterizzano l'attuale responsabilità infermieristica, sia di tipo clinico assistenziale sia di tipo gestionale-organizzativa, ulteriore aspetto di innovazione per l'infermiere, ma sempre riconducibile all'esercizio di una professione intellettuale. La responsabilità clinico-assistenziale dell'infermiere viene determinata peculiarmente dalla Legge 42/99 che, citandolo come criterio discriminante del *campo proprio di attività e responsabilità delle professioni sanitarie ... è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali...*, individua come prima e essenziale fonte normativa il DM 14 settembre 1994, n. 739, "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere".

Il Profilo definisce l'infermiere (art 1, comma 1) attribuendogli la piena responsabilità per quanto riguarda l'assistenza generale infermieristica, con assunzione quindi della responsabilità dell'intero processo assistenziale (art 1, comma 2 e 3) *dalla raccolta dei dati all'identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica alla pianificazione, gestione e valutazione dell'intervento assistenziale infermieristico*, inteso come processo messo in atto dall'infermiere come risposta ad un bisogno specifico della persona assistita. Con tale enunciazione la norma sancisce l'utilizzo di una metodologia scientifica, il processo di assistenza infermieristica, e indirettamente l'adozione di una documentazione infermieristica, necessaria per certificare correttamente e storicamente le prestazioni infermieristiche. Quello della registrazione della propria attività è del resto un'attività che si affianca in modo ineludibile alla nuova sfera di autonomia operativa dell'infermiere¹⁴, ed esprime una valenza legale, come atto pubblico¹⁵ di incaricato di pubblico servizio¹⁶.

Il Profilo dichiara inoltre che l'infermiere svolge delle attività che contribuiscono al risultato di salute in collaborazione con altri professionisti, la partecipazione all'identificazione dei bisogni di salute, la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche, l'azione sia individuale sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali. Il termine partecipa fa riferimento ad un'azione che l'infermiere attua insieme ad altre figure professionali, ma che può verificarsi, rispetto all'intervento di queste ultime, anche in momenti cronologicamente diversi: accertamento infermieristico, valutazione e poi visita del medico che avvia il processo diagnostico-terapeutico di propria competenza, visita e diagnosi medica, prescrizione diagnostica e/o terapeutica seguite da valutazione, esecuzione delle prescrizioni, valutazione e monitoraggio da parte dell'infermiere¹⁴. Si sviluppa quindi una logica interpretativa di una responsabilità condivisa con altre professioni, dove ognuno risponde del proprio ambito professionale peculiare¹⁵. Il Profilo legittima poi gli ambiti di esercizio dell'infermiere sul territorio, a domicilio o in regime di libera professione e non più limitati all'ambito ospedaliero sotto la supervisione di un altro professionista.

La definizione e l'identificazione dell'infermiere, ai sensi del DM 739/94 in quanto responsabile dell'assistenza infermieristica, comporta giuridicamente l'evidenziazione di due concetti che si associano al concetto di responsabilità, l'*autonomia professionale* e la *specificità disciplinare dell'assistenza infermieristica*. Tali concetti sono ulteriormente evidenziati, nelle finalità e nello spirito della norma, dalla scansione precisa dei termini "*partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività; identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi; pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico*" e dalla loro differenziazione nelle varie fasi operative, che evidenziano una professionalità autonoma ed individuale dell'infermiere e una potestà gestionale dell'assistito, quanto meno in una ben definita fase dell'azione e del trattamento¹⁴.

La legge 42/1999 individua nella definizione delle attribuzioni di competenza infermieristica tre criteri-guida che pone alla base dell'esercizio professionale

come filo conduttore del comportamento professionale ed un criterio-limite dai contorni meno precisi¹⁶.

Il criterio-limite, esplicitato dalla legge con l'inciso "*fatte salve le competenze previste per le professioni mediche*" rimanda alla nozione di atto medico¹⁷⁻¹⁸⁻¹⁹ di cui non esiste una definizione in positivo, quanto piuttosto una definizione di ambiti residuali contenute in varie leggi²⁰, ma il cui presupposto fondamentale e qualificante resta la diagnosi medica (e segnatamente la diagnosi differenziale) e la connessa prescrizione terapeutica²¹.

L'infermiere, non più ausiliario del medico, opera ad un duplice livello, di autonomia e di collaborazione: l'individuazione delle sue attribuzioni, del ruolo e delle funzioni è caratterizzata da una situazione di flessibilità, suscettibile di una lettura di carattere storico e formativo, particolarmente in relazione all'evolvere delle conoscenze necessarie per compiere determinati atti.

La legge 42/99 rimanda al Codice Deontologico, al Profilo Professionale e all'Ordinamento Didattico l'individuazione del campo proprio, quindi esclusivo di autonomia e responsabilità dell'assistenza infermieristica ed è all'interno del Profilo che si delinea la specificità disciplinare come campo esclusivo di attività del professionista.

L'autonomia professionale e la specificità disciplinare dell'assistenza infermieristica diventano i presupposti per l'analisi dell'attività infermieristica dal punto di vista giuridico e disciplinare e definiscono l'assunzione della responsabilità professionale, come disposta dalla Legge 42/99.

Altro elemento da considerare è il Codice Deontologico che nell'espressione dei valori professionali di riferimento diventa non solo uno strumento di autoregolamentazione ma una vera e propria guida all'esercizio professionale (Barbieri G. 2007)²²⁻²³.

Il Profilo individua anche una responsabilità gestionale/organizzativa, l'infermiere "*pianifica, gestisce e valuta l'intervento infermieristico, garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche; agisce sia individualmente sia in collaborazione con altri operatori sanitari e sociali; si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto*" definita e ampliata dalla legge 251/2000, che rafforza e legittima l'autonomia e la

responsabilità infermieristica in ambito clinico - assistenziale ma soprattutto a livello gestionale-organizzativo e formativo²⁴.

Tale norma esplicita al comma 1 dell'art.1, l'autonomia professionale dell'infermiere²⁵ e, enfatizzando gli elementi fondanti tale autonomia, esprime il pieno riconoscimento dell'evoluzione normativa e professionalizzante in atto, sviluppata da tutto il percorso normativo. Anche la previsione legislativa della metodologia di lavoro per obiettivi di assistenza, dichiara l'avvenuta professionalizzazione dell'infermiere e riafferma il concetto di autonomia come processo decisionale nell'applicazione delle conoscenze al proprio ambito di competenza nella logica di risultato per la persona assistita.

"*L'attribuzione della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni*" cui consegue "*la revisione dell'organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata*" e "*promuovere la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristiche e ostetriche*", rinforza l'autonomia organizzativo-gestionale dell'infermiere²⁵. Il dettato normativo riconosce e sostiene gli aspetti organizzativi e gestionali attinenti all'assistenza infermieristica e amplia pertanto l'ambito di responsabilità.

La pubblicazione degli Ordinamenti Didattici dei Corsi di diploma di laurea, sia triennale che specialistica²⁶ conclude, sancendo l'entrata ufficiale in università, il processo di professionalizzazione con una necessaria ridefinizione delle competenze, secondaria alla legge 42/1999²⁷.

Il percorso normativo sancisce il passaggio dell'infermiere dall'ausiliarità al rango di professione sanitaria laureata, con pieno riconoscimento della titolarità di professione intellettuale che si caratterizza per:

1. *autonomia di azione nella prestazione dell'opera professionale,*
2. *discrezionalità, intesa come libertà di esercitare la propria professione anche nel caso di inquadramento in un rapporto di lavoro subordinato, con piena autonomia in ordine alle modalità di estrinsecazione dell'attività stessa,*
3. *carattere personale della prestazione, come rapporto fiduciario che si instaura tra il professionista e il suo cliente*²⁸.

Analisi della responsabilità infermieristica

Nell'analisi della responsabilità professionale, alla luce della evoluzione normativa e con riferimento alla colpa come inosservanza delle comuni regole di perizia, prudenza e diligenza o di leggi, norme e regolamenti, l'infermiere, ai sensi della L.42, è titolare del proprio atto sanitario, transitando da una responsabilità limitata e circoscritta al mero atto esecutivo (DPR 225/74), all'assunzione di responsabilità dell'atto infermieristico²⁹, come delineato nel DM 739/94³⁰ e realizzato in base alle competenze acquisite con la formazione di base e postbase e ne risponde.

L'infermiere è passato dal *prestare assistenza al medico al prestare assistenza al paziente*, assumendo così responsabilità propria per il percorso sanitario-infermieristico del paziente.

In relazione all'esercizio professionale la responsabilità si coniuga indissolubilmente con i concetti di attività e di competenza e assume il reale significato di impegnarsi per mantenere un comportamento congruo e corretto³¹, mettendo in atto le indicazioni esplicitate nel proprio Profilo. (Tabella 2)

La responsabilità si esplicita quindi in due specifiche accezioni: l'una negativa che emerge quando ormai il danno è avvenuto, l'altra positiva *come capacità di rispondere ai bisogni dell'assistito, ... in correlazione con l'attività intesa non come semplice esecuzione di atti, bensì come stimolo a prendere le necessarie iniziative*. (D. Rodriguez 2001)

L'aver connesso il campo proprio all'associazione dei due termini attività e responsabilità, caratterizza in modo preciso l'esercizio della professione nel senso dell'impegno ad assumere il comportamento adeguato, sia pure all'interno di un campo costituito dalle citate fonti normative, assumendosi cioè le responsabilità che l'esercizio professionale comporta e che si declina in una condotta che si ispira al rispetto dei presupposti scientifici delle attività e delle funzioni proprie della professione, di valori etici condivisi ed indicazioni che derivano dalla coscienza personale e delle norme di riferimento³²⁻³³.

Ai sensi quindi delle norme e dei valori di riferimento la responsabilità professionale diventa espressione della propria competenza in prestazioni e funzioni orientate ai bisogni e al diritto alla salute della persona assistita, e fondate su valori condivisi in cui l'assunzione di una posizione di garanzia nei confronti della persona presa in cura obbliga il professionista a farsi carico di tutte le implicazioni (prevedibili, valutabili, e evitabili) che le prestazioni professionali includono, secondo le conoscenze scientifiche e tecniche che appartengono alla propria professione. L'infermiere è responsabile dell'assistenza infermieristica *... cura e si prende cura della persona ..., assume responsabilità in base al livello di competenza raggiunte*, esprime una responsabilità organizzativo-gestionale orientata a raggiungere risultati per l'utente, *nell'agire professionale si impegna a non nuocere, e orienta la sua azione all'autonomia dell'assistito, di cui attiva le risorse*³⁴.

Dalle norme di riferimento scaturiscono, a vario titolo, ambiti di responsabilità diversificati. La responsabilità professionale dell'infermiere nasce in definitiva da una prestazione inadeguata che ha prodotto effetti negativi sulla salute del paziente e può comportare per l'infermiere, un obbligo al risarcimento del danno, una condanna per reato o un provvedimento disciplinare³⁵. (Tabella 3)

Una notazione merita infine l'acquisizione del consenso e soprattutto l'erogazione di un'informazione precisa e puntuale sull'attività che l'infermiere intende porre in essere o che deve essere erogata ed il consenso assunto, sugli atti che professionalmente ed in modo specifico a lui competono, e sulle cui caratteristiche può fornire la più esaustiva e propria descrizione³⁶.

Dall'analisi dei riferimenti normativi si evidenzia come è ormai superata, anche se non sempre le sentenze rispettano questa lettura⁸, la concezione dell'infermiere responsabile esclusivamente della corretta esecuzione di indicazioni altrui, riferite per lo più alla somministrazione della terapia farmacologica, all'esecuzione di semplici procedure diagnostiche e alla sorveglianza dei pazienti.

L'attuale orientamento, pur se parzialmente mutato, attenziona la responsabilità infermieristica quasi sempre accompagnandola alla colpa concorrente del medico, in considerazione del dovere di vigilare e di controllare in capo a quest'ultimo.

È infatti consolidato principio, che il medico qualora si avvalga di personale infermieristico conserva su di esso l'obbligo di vigilanza, onde può essere richiamato a rispondere degli errori colposi ad essi riconducibili³⁷.

L'analisi della responsabilità infermieristica trova pertanto il suo punto di partenza, oltre che dai riferimenti normativi per l'esercizio, dall'ambito delle competenze dell'infermiere come esercente una professione intellettuale³⁸, nello specifico sanitaria³⁹, e quindi portatore ai sensi dell'art. 32 della Costituzione di una posizione di garanzia⁴⁰⁻⁴¹. L'ambito di competenza specifica e esclusiva dell'infermiere pertanto si ritrova nel Profilo, che riempie di contenuti la definizione dell'infermiere come responsabile dell'assistenza infermieristica generale: *"identifica...pianifica,*

Tabella 2. La duplice accezione della responsabilità professionale, (modific. da D. Rodriguez)

Ottica positiva	Ottica negativa
Coscienza degli obblighi connessi con lo svolgimento di un incarico	Essere chiamati a rendere conto del proprio operato; colpevolezza
Impegno dell'operatore sanitario ex ante	Valutazione da parte di un giudice ex post
Impegno a realizzare una condotta professionale corretta nell'interesse di salute o in risposta a un bisogno della persona	Attitudine a rispondere del proprio operato professionale, in caso di errore od omissione, davanti ad un giudice
Valutazione prima e durante la prestazione d'opera da parte dello stesso soggetto agente.	Valutazione a posteriori da parte di un soggetto esterno
Accezione positiva: consente di evitare rischi o danni alla persona	Accezione negativa: perchè il danno emerge quando è ormai avvenuto.
Assunzione di impegni: attivarsi per	Violazione di doveri connessi ad una norma
Obiettivo: tutela della salute- libertà dal bisogno	Obiettivo: prevenzione di sanzioni
Centralità della persona	Centralità del professionista
Conoscenze scientifiche aggiornate come guida	Sentenze della Magistratura come guida ed appiattimento della cultura scientifica
Esercizio professionale ispirato alla solidarietà con la persona	Medicina difensiva e danni al paziente da intervento non qualificato.
Valorizzazione degli aspetti sostanziali	Esasperazione degli aspetti formali

Tabella 3. Esercizio professionale: responsabilità di natura giuridica e ambiti normativi
(modific. da D. Rodriguez)

Ambito di riferimento	Condotta	Fondamentali fonti normative
Penale	Si pone in essere una condotta che di per sé corrisponde o che provoca un fatto che costituisce un reato contemplato dal C.P. o da un'altra legge dello Stato	Codice penale
Civile	Si provoca un danno ingiusto in conseguenza di una condotta, che obbliga a risarcire il danno	Codice civile
Amministrativo	Inosservanza dei doveri di ufficio e di servizio e comporta sanzioni di carattere amministrativo erogate con un provvedimento interno, per chi opera alle dipendenze di enti pubblici o privato	Varie: ad es. legge 833/78, D.P.R. 761/79, D.L.vo 502/92, D.L.vo 29/93 e rispettive modificazioni e/o integrazioni D.P.R. 13 marzo 1992, CCNL 2001; L. 165/2003 D.M. 739/94
Deontologico-disciplinare	Inosservanza norme deontologiche	Codice deontologico
Etico		Valori etici

gestisce e valuta, descrive la natura dei suoi interventi, gli ambiti operativi, la metodologia del lavoro, le interrelazioni con gli altri operatori, e definisce insieme alla legge 42 le modalità di presa di decisione e di scelta da parte del professionista. L'ambito di competenza è ulteriormente specificato dal Codice Deontologico del 1999 e nell'attuale revisione in corso: *"L'assistenza infermieristica è servizio alla persona e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari, di natura tecnica, relazionale ed educativa. ...1.3. La responsabilità dell'infermiere consiste nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo, fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiornate..."*.

La responsabilità che si delinea è ulteriormente declinata e rinforzata dalle indicazioni della Legge 251/2000 *"svolge con autonomia le funzioni identificate dal Profilo e dal Codice, utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi"*.

In tal senso quindi la responsabilità non è limitata al *"garantire la corretta applicazione delle procedure diagnostiche e terapeutiche"* ambito di collaborazione con altri professionisti, ma trova il suo significato più ampio nel discendere dall'essere un professionista in qualunque ambito e contesto di esercizio, e consegue alla specificità della professione, declinata nei contenuti disciplinari. La responsabilità si esprime nella capacità di assicurare a ogni paziente il miglior livello di assistenza possibile in relazione ai suoi bisogni e di rispondere

delle proprie azioni con motivazioni scientifiche convalidate e aggiornate; diventa criterio fondante dell'attività la competenza espressa nella doverosità della prestazione da parte dei professionisti sanitari finalizzata alla tutela della salute.

A tale principio è legato il dovere di assistenza al paziente, la cui salute deve essere tutelata contro qualsivoglia pericolo che ne minacci l'integrità e l'obbligo di protezione perdura per l'intero tempo in cui si ha in cura il paziente e si esplicita *nell'assumere una condotta attiva prendendo le necessarie iniziative* (D. Rodriguez). Il non assumere tale condotta diventa violazione di doveri connessi a una norma e, se ne deriva un evento dannoso per il paziente, l'infermiere può ricadere nell'ambito della responsabilità penale⁴² (Tabella 4).

Gli aspetti peculiari su cui si declina la

responsabilità infermieristica quindi sono relativi alla presa in carico della persona, attraverso la quale si esprime la competenza richiesta, le modalità di presa di decisioni nell'interesse del paziente e la conseguente certificazione della propria attività. La tenuta della documentazione infermieristica, intesa come strumento operativo gestito dall'infermiere per la raccolta di tutte le informazioni utili riguardanti il paziente, permettendo una corretta ed efficace organizzazione delle fasi dell'assistenza infermieristica, l'identificazione dei problemi assistenziali, una puntuale registrazione degli atti e delle azioni infermieristiche, costituisce, oltre che una buona pratica professionale e un obbligo giurisprudenziale⁴³, uno strumento che orienta l'attività dell'infermiere agli obiettivi di assistenza e di tutela della salute del paziente⁴⁴⁻⁴⁵.

L'infermiere esplica la sua professionalità nell'autonoma individuazione e soddisfazione di una serie di bisogni e problemi dei clienti e in stretta collaborazione con il medico per la risoluzione di altri (C. Calamandrei 2003). Nella presa in carico della persona assistita e nella gestione degli interventi infermieristici come ambito di autonomia ai sensi del Profilo rientrano oggi a pieno titolo:

1. la tutela della sicurezza,
 2. la cura della persona,
 3. la gestione del dolore,
 4. la promozione dell'autonomia nella gestione del proprio stato di salute,
 5. il monitoraggio,
- che si sviluppano lungo tutto il processo assistenziale (Figura 1).

Figura 1. La tutela della sicurezza della persona assistita: elementi della presa in carico



Tabella 4. La responsabilità penale: fattispecie di reato penale (D. Rodriguez)

Delitto ed articolo del C P.	possibile condotta del professionista e del connesso evento
lesione personale colposa; 590	errore (od omissione) colposo connesso a intervento del professionista che abbia causato il decesso della persona assistita
omicidio colposo; 589	errore (od omissione) colposo connesso a intervento del professionista che abbia causato il decesso della persona assistita
lesione personale dolosa;	intervento del professionista, intrinsecamente lesivo della persona assistita, ad esito fausto, ma posto in essere senza il consenso della persona quando sia consapevole
omicidio preterintenzionale; 584	intervento effettuato senza consenso della persona assistita e che ha causato il decesso della stessa a prescindere da errori del professionista che è intervenuto
violenza privata; 610	intervento del professionista contro la volontà dell'assistito
omissione di soccorso; 593	mancata prestazione di assistenza occorrente nei confronti di persona inanimata, ferita o altrimenti in pericolo da parte di professionista sanitario, al di fuori di obblighi istituzionali, nel solo caso che egli si imbatte nella persona
rifiuto di atti di ufficio, omissione; 328	mancato intervento del professionista, quando sia istituzionalmente dovuto senza ritardo dallo stesso, in qualità di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio
rivelazione di segreto professionale; 622	violazione della segretezza da parte del professionista in rapporto ad attività libero professionale
rivelazione di segreto d'ufficio; 326	violazione della segretezza da parte del professionista in relazione a fatti inerenti la propria pubblica funzione o pubblico servizio
falsità ideologica in certificati; 481	falsa attestazione in certificati in genere da parte del libero professionista
falsità ideologica in atti pubblici; 479	falsa attestazione in documentazione sanitaria redatta del professionista nell'ambito dello svolgimento di pubbliche funzioni o di pubblico servizio
omissione di referto; 365	mancata segnalazione di delitti perseguibili d'ufficio all'autorità giudiziaria da parte del professionista che presti opera od assistenza
omissione di denuncia; 361-362	mancata segnalazione all'autorità giudiziaria di reati perseguibili d'ufficio da parte del professionista che ne venga a conoscenza, in quanto riveste la qualifica di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio

Per l'infermiere oggi è ineludibile associare le conoscenze all'esperienza, conoscenze e competenze che obbligatoriamente devono essere aggiornate allo standard medio richiesto dallo sviluppo delle conoscenze della medicina e della disciplina specifica.

All'infermiere oggi è richiesto in base alle conoscenze medie, alla esperienza professionale e alla situazione concreta che si trova a dover gestire di:

1. *attuare una valutazione iniziale prevista dalla competenza specifica,*
2. *valutare durante tutta la presa in carico al fine di identificare precocemente possibili fattori/situazioni di rischio/complicanze/alterazioni e di progettare e realizzare interventi preventivi;*
3. *progettare e attuare interventi assistenziali a garanzia della salute e della soddisfazione dei bisogni della persona assistita, declinandoli nella specifica situazione assistenziale e misurandone i relativi risultati raggiunti come diritto del cittadino, come valutazione del proprio operato e come elemento di sviluppo disciplinare.*

L'infermiere deve mettere in atto, documentando il proprio processo decisionale e la propria progettualità riconosciutagli dalla normativa, dalla giurisprudenza e soprattutto dall'essere una professione intellettuale.

Non solo l'applicazione delle procedure diagnostiche e terapeutiche ma lo specifico accertamento finalizzato a identificare i bisogni/problemi assistenziali, la definizione dei risultati orientati al soddisfacimento dei bisogni e alla risoluzione dei problemi assistenziali identificati in base alle priorità e alle risorse, gli interventi assistenziali (che comprendono l'informazione, la relazione, l'educazione terapeutica, la promozione dell'autonomia della persona assistita) in quanto elementi costituenti dell'assistenza infermieristica (art 1 DM 739/94) e conseguentemente dati per acquisiti nell'esercizio professionale, per non incorrere in una tipologia di azione omissiva dalla quale possono conseguire eventi altrimenti prevedibili⁶ e di cui può trovarsi a rispondere.

Il non attuare le indicazioni del Profilo, e per la normativa ciò che non è docu-

mentato non è attuato, indica inosservanza di norme, leggi, regolamenti e *si rappresenta la concreta possibilità di verificarsi di una diversa conseguenza della propria azione o di non avere adeguati elementi per assumere adeguate iniziative o incorrere in imprudenza o negligenza.* Oltre a non rispondere al proprio mandato professionale, nella concreta attuazione delle indicazioni della legge 42/99.

Il non assumersi anche inconsapevolmente le responsabilità che l'esercizio professionale comporta - valutare, prevedere, progettare, documentare e misurare oltre che fare - pone in essere una imprudenza e/o una negligenza che, nell'eventuale verificarsi di un evento lesivo, può far ricadere la propria azione nell'ambito della colpa professionale come conseguenza della propria condotta omissiva.

La conseguente piena assunzione di responsabilità quindi non si esaurisce nella produzione di norme, ma richiede la sua declinazione nella quotidianità per rispondere a specifici bisogni della popolazione e in tal senso le norme, in una logica non solo sanzionatoria, possono essere considerate strumenti per orientare i comportamenti del professionista e tutelare gli assistiti.

Note

a.Si fa riferimento ad uno standard medio di riferimento, che dovrebbe costituire la discriminante tra la prestazione diligente o non diligente del professionista in genere; si fa riferimento a tale standard per comparare la prestazione a quella che avrebbe dovuto porre in essere, secondo quanto prescrivono le pratiche comunemente espresse dal professionista medio appartenente alla categoria di riferimento che interessa.

b.*Il professionista risponde anche per colpa lieve quando per omissione di diligenza ed inadeguata preparazione provochi un danno nell'esecuzione di un intervento operatorio o di una terapia medica, mentre risponde solo se versa in colpa grave se il caso affidatogli sia di particolare complessità o perché non ancora sperimentato o studiato a sufficienza, o perché non ancora dibattuto con riferimento ai metodi terapeutici da eseguire (Cass. civ. Sez. III, 12 agosto 1995, n. 8845).*

c.*La colpa grave del medico è esclusa quando deve risolvere problemi diagnostici e terapeutici di difficile soluzione, alla presenza di quadro patologico complesso e passibile di diversificati esiti, ovvero si trovi nella necessità di agire in una situazione di emergenza o di urgenza, e la sua scelta nel*

caso concreto appaia comunque ragionevole avuto riguardo alle conoscenze scientifiche e alla prassi medica. Corte dei Conti sez. Giur. Sicilia - sent. n. 238 del 22/01/2008.

d.Sentenza TAR di Trento 10 febbraio 2005 "se l'infermiere professionale è riconosciuto come incaricato di pubblico servizio dalla prevalente giurisprudenza, per valutarne le competenze e le responsabilità occorre riferirsi, ... al vigente quadro normativo, dal D.M. n. 739/94 e dalla legge 42/1999. In particolare l'art. 1 L. n. 42/99 prevede che: "1. La denominazione «professione sanitaria ausiliaria» ..., è sostituita dalla denominazione "professione sanitaria".

e.Sentenza TAR di Trento 10 febbraio 2005 "Al diario infermieristico, secondo la giurisprudenza (soprattutto penale) si deve invece riconoscere la qualifica di atto pubblico in senso lato, sia pure atto interno, posto in essere da un pubblico impiegato incaricato di un pubblico servizio per "documentare fatti inerenti all'attività da lui svolta e al pubblico servizio per uno scopo inerente alle sue funzioni". Natura quantomeno analoga deve presumibilmente riconoscersi alla cosiddetta cartella infermieristica"

f.Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici e utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza.

g. ...Viceversa, il personale paramedico ha compiti di natura esecutiva e di ausilio al medico nelle prestazioni sanitarie mentre non è istituzionalmente preposto ad adottare scelte terapeutiche ovvero a formulare diagnosi o infine ad assumere decisioni che implicano valutazioni di tipo medico. Pertanto, pur non essendo esenti dall'obbligo di sorveglianza del paziente, per le motivazioni anzidette gli odierni imputati non possono essere ritenuti responsabili della omessa adozione di cautele atte ad evitare la caduta del paziente dalla barella. In ogni caso, una diversa valutazione diagnostica sulla entità più seria dello stato di agitazione psicomotoria perdurante e sul rischio specifico della possibile caduta dalla barella del paziente avrebbe dovuto essere operata dal medico di turno, tenuto ad impartire direttive agli infermieri sulla necessità di adottare cautele ulteriori al fine di impedire al paziente il movimento ed evitare la caduta dall'alto. (Tribunale Penale di Nola, Giudice Monocratico Dr.ssa Diana Bottillo, sentenza del 07.05.07 -07.07.07

h.Peraltro, in mancanza di una puntuale determinazione normativa inerente i dati assistenziali e sanitari da riportarsi nella

predetta, il contenuto della cartella deve ricavarsi dall'attività infermieristica, così come oggi la intende il quadro normativo dopo le innovazioni apportate con le riforme all'esercizio professionale operate dalle leggi 42/1999 e 251/2000. Al riguardo dalla suddetta normativa e dallo stesso D.M. 739/94 possono evincersi gli elementi costitutivi della cartella infermieristica anche quale documentazione ai fini giuridici, degli atti assistenziali, identificabili nelle sottoelencate parti: la raccolta di dati anamnestici; la pianificazione degli interventi; il diario infermieristico; le schede della terapia, dei parametri vitali e degli esami diagnostici; la valutazione dell'assistenza prestata all'utente. Sentenza TAR di Trento 10/02/2005

Bibliografia

- MANTOVANI, citato in Antolisei F. *Manuale di diritto penale. Parte generale*. Giuffrè, Milano, 1997
- FIANDACA G, MUSCO E. *Diritto penale. Parte generale*. 4° ed. Zanichelli, Bologna, 2005
- Codice Civile, Titolo III Capo II Delle professioni intellettuali; articoli 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238
- Codice civile art. 1176, comma 2
- BILANCETTI M. *La responsabilità penale e civile del medico*. 6° ed. CEDAM, Padova, 2006
- Codice penale art. 40 comma 2
- Cassazione penale SS.UU. 30328/2002; Cassazione penale 25233/2005
- Cassazione penale 25233 /2005
- Cassazione penale 41943 /2006
- Cassazione penale 4177/2007
- FIORI A. *Medicina Legale della responsabilità medica*. Giuffrè, Milano, 1999
- NORELLI GA E AL. *Il ruolo dei professionisti dell'area infermieristica nell'assistenza domiciliare integrata. Un primo passo verso il riconoscimento di un autonomo ambito di operatività e responsabilità*. Riv diritto delle professioni sanitarie 2002 5 (1); 14-20
- BENCI L. *L'evoluzione dell'autonomia e della responsabilità giuridica dell'infermiere e dell'ostetrica*. in Atti 1° Convegno Medico-Giuridico Regionale, Università di Bologna, Medicina legale Azienda Ospedaliera Policlinico S.Orsola Bologna "La responsabilità professionale del personale sanitario e delle strutture sanitarie" Bologna 09-10 maggio 2003, www.med.unibo.it/reparti_servizi/ medicina-legale. Ultimo accesso il 22 febbraio 2008
- NORELLI GA, MAGLIONA B. *Aspetti medico legali del triage infermieristico in pronto soccorso*. Riv Diritto Professioni Sanitarie, 1999; 2(4): 291-298
- MANGIACAVALLI B. *La nuova dimensione della responsabilità professionale infermieristica*. Nursing Oggi 3,2002; 8-12
- BARBIERI G. *Ma non c'è autonomia senza responsabilità*. Sole 24 ore Sanità 25-31 ottobre 2005; 30-31
- BENCI L. *L'evoluzione della Professione Medica Problemi giuridici e giurisprudenziali*. Toscana medica 3/2001;31-38
- BENCI L. *L'evoluzione dell'autonomia e della responsabilità giuridica dell'infermiere e dell'ostetrica* op.cit.
- BENCI L. *Aspetti giuridici della professione infermieristica*. 4° ed., McGraw-Hill, Milano, 2006
- MOTTA G, MAGLIONA B. *Le nuove professioni sanitarie: una riforma incompiuta? Sanità pubblica e medicina pratica*, 9, 2000
- NORELLI GA E AL. *L'evoluzione del concetto di responsabilità professionale: aspetti giuridici e assicurativi*. op.cit
- AAVV. *Il codice deontologico. Una guida per gli infermieri. Aggiornamenti professionali*, L'Infermiere 2/99
- RODRIGUEZ D. *Il codice deontologico come criterio per l'esercizio professionale: breve commentario*. In: Rodriguez D. Il nuovo codice deontologico degli infermieri. Foglio Notizie 2 (5), 55, 51-60. 1999
- MANGIACAVALLI B. op.cit.
- MANGIACAVALLI B. op.cit
- DM 2 aprile 2001 *Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie e Determinazione delle classi delle lauree specialistiche delle professioni sanitarie* G.U. 5 giugno 2001
- BENCI L. *Professioni sanitarie... non più ausiliarie. Il primo contratto di lavoro privatizzato*. Riv. Diritto Professioni Sanitarie 1999; 2(1):3-10
- Codice Civile art. 2232
- BARBIERI G. *Elementi di responsabilità dell'assistenza infermieristica*. Presentazione al Corso organizzato dal Collegio IPASVI di Ferrara, Ferrara 26 ottobre 2006
- RODRIGUEZ D, APRILE A, ARSINI A. *Il triage infermieristico aspetti giuridici e medico legali*. Riv diritto delle professioni sanitarie 2006 9 (2); 100-119
- BENCIOINI P, APRILE A. *Responsabilità dell'infermiere in pronto soccorso*, in Menon C, Rupolo G. Pronto soccorso per l'infermiere professionale. Ambrosiana ed., Milano 1995, pp. 281-288
- RODRIGUEZ D. *Dopo l'abrogazione del mansionario: gli aspetti medico legali per la professione infermieristica con la Legge 42/99*. Atti del Convegno "Professione infermiere: dalle competenze le responsabilità" 26-27/5/2000, Rimini Collegio IPASVI
- RODRIGUEZ D. *Contrastare i luoghi comuni fuorvianti per educare alla responsabilità i futuri professionisti della salute*. Rivista Diritto delle Professioni Sanitarie, 2004, 3; 136-143
- Il Codice deontologico dell'Infermiere* 12 maggio 1999
- RODRIGUEZ D, APRILE A. *Medicina legale per infermieri*. Carocci Faber, Roma, 2004
- NORELLI GA, MAGLIONA B. *Aspetti medico*

- legali del triage infermieristico in pronto soccorso op.cit.
37. Cassazione penale sezione IV 26 maggio 2004, Cassazione penale sezione IV 26 gennaio 2005
38. Codice Civile, art. 2229
39. Legge 26 febbraio 1999 n. 42 Disposizioni in materia di professioni sanitarie
40. RODRIGUEZ D. a cura di. Cassazione Penale sez IV sentenza 1 dicembre 2004-11 marzo 2005 n 9739, citata e commentata in Rivista del Diritto delle professioni sanitarie, 2005:8(1); 40-43
41. PAPI L. *L'infermiere è titolare di una posizione di garanzia nei confronti del paziente.* (corte di appello di Milano sez. II sentenza del 16 dicembre 2005) Riv diritto delle professioni sanitarie, 2006 9 (2); 122-135
42. RODRIGUEZ D. *Medicina legale per infermieri.* op.cit.
43. BENCI L. *Manuale giuridico professionale per l'esercizio del Nursing.* Agg. 2004, McGraw-Hill, Milano, 2002
44. CASATI M. *La documentazione infermieristica.* 2° ed., Mc Graw-Hill, Milano, 2006
45. VANZETTA M, VALLICELLA F. *Documentazione infermieristica e qualità.* Management Infermieristico 4/2002; 35-39
46. Cassazione Penale sez. 1, 23 ottobre 1997, n 5969.

Bibliografia per l'approfondimento

- AA VV. *Guida all'esercizio della professione dell'infermiere.* Aggiornamenti 2003-04, Edizioni medico scientifiche, Torino, 2002
- AA VV. *Autonomia Competenza Responsabilità Infermieristica.* Atti del XIX° Convegno Reg.le Collegi IPASVI Emilia Romagna, Bologna, 1999
- AMBROSETTI M. *La responsabilità nel lavoro sanitario d'équipe.* Utet, Torino 2003
- BARBIERI G. *La nuova responsabilità dell'infermiere.* Professione Infermiere, Periodico del Collegio IPASVI della Provincia di Bologna, n. 1/99
- BARBIERI G. *La ricetta dell'infermiere.* Sole 24 ore sanità 30 ott-5 nov 2007; 30
- CAVANA E. *Considerazioni sulla legge 42/99.* Rivista Diritto Professioni Sanitarie 2, 86-88, 1999.
- COMANDÈ G, TURCHETTI G. *La responsabilità sanitaria.* Cedam, Milano, 2004
- Editoriale *Autonomia professionale e lavoro d'équipe Le nuove basi della collaborazione interdisciplinare Nursing Oggi* 4, 2002
- Federazione IPASVI. *Linee di orientamento alla lettura del Codice deontologico.* Aggiornamenti professionali, L'infermiere 6/99
- Federazione IPASVI. *Una professione che cresce.* L'infermiere n. 9/2002
- Federazione IPASVI. *Le leggi e gli infer-*

mieri. I quaderni dell'infermiere n°5 suppl. L'infermiere n.2/2003

- FRATENTI A. *Problemi di Responsabilità sanitaria.* Giuffrè, Milano, 2007
- FRATI P, CELI F. *Il nuovo ruolo dell'infermiere: tra norme morali, deontologiche e giuridiche.* Rivista di diritto professioni Sanitarie, 2,2000; 14-22
- FRESA R. *La colpa professionale in ambito sanitario.* UTET, Torino 2008
- MAGAZZÙ S, PIAZZA C. *Ruolo e funzioni dell'infermiere alla luce della Legge 26/02/1999 n°42,* Scenario 2000:17(3); 14-17
- MARGIOCCO M. *Profili generali di responsabilità penale a carico dell'Infermiere professionale.* Professione Infermiere (Periodico del Collegio IPASVI della Provincia di Bologna), n. 2/2000
- NORELLI GA. *L'autonomia e l'equivalenza per le professioni sanitarie nella interpretazione della Corte di Cassazione.* Riv diritto delle professioni sanitarie 2005 8 (1); 10-14
- PARODI C, NIZZA V. *La responsabilità penale del personale medico e paramedico,* Utet Torino 1996
- TIRATERRA MF, TORRETTA C. *L'infermiere alla luce della nuova normativa: quale autonomia e responsabilità? Spunti di riflessione.* Professioni infermieristiche, n.54, 2001.

Riferimenti normativi

- Codice civile
- Codice penale (aggiornato al 2.5.2007)
- D.M. 14 settembre 1994 n°739 Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere
- Codice Deontologico Testo approvato dal Comitato centrale Federazione IPASVI Febbraio 1999
- Legge 26 febbraio 1999 n. 42 Disposizioni in materia di professioni sanitarie
- Legge 10 agosto 2000, n. 251 Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica
- DM Murst 2 aprile 2001 Determinazione delle classi di laurea delle professioni sanitarie infermieristiche e della professione di ostetrica
- DM Murst 2 aprile 2001 Determinazione delle classi di laurea specialistica delle professioni sanitarie
- Legge n 1 del 8 gennaio 2002 Conversione in legge con modificazioni, del decreto -legge 12 novembre 2001, n°402, recante Disposizioni urgenti in materia di personale sanitario.

Abstract

In relation to the practise of the profession and according to Law no.42, nurses' responsibility is indissolubly combined with the concepts of activity and skill and it assumes the meaning of working to keep an adequate and fair behaviour; therefore it expresses itself in the ability of answering to patients' needs, ... of making oneself active, .. of assuming an active conduct, taking the necessary initiatives. (D. Rodriguez 1999).

Professional responsibility becomes the expression of one's ability in services and functions oriented to the needs and to the person's right of health and founded on shared values in which the assumption of a position of guarantee towards the patient obliges the professional to assume the responsibility of all the implications (predictable, assessable and avoidable) which professional services include, according to scientific knowledge and techniques belonging to the profession.

The article aim is to describe nurses' professional responsibility, how it takes shape on normative references and on disciplinary contents of the professionals themselves. Starting from the actual interpretation of professional guilt in the health field in doctrine and jurisprudence, this paper points out how the nurses' professional responsibility must be in relation to the compass of nurses' skills, nursing care, as the process of 'collecting data, identification of nursing care needs, management and valuation of nursing care intervention, done by nurses in response to a specific patients' needs.

The full assumption of responsibility by nurses is not exhausted by production of regulations, but has to take place in everyday life. In this sense regulations, not merely in the logic of sanction, may be considered instruments to orient professional behaviour and to protect patients.

Key words: Nursing, Professional responsibility, Guilt, Autonomy, Skill.

Temi di fine vita

Il nostro paese soffre di un grave ritardo in campo legislativo per quanto attiene alle tematiche della fine della vita. I medici e più in generale tutti gli operatori sanitari, operano nel loro impegno quotidiano secondo scienza e coscienza e, fortunatamente, le loro competenze e il loro buon senso fanno sì che nella maggioranza dei casi le situazioni di fine vita si risolvano con la dovuta serenità. Alcune vicende drammatiche finiscono però regolarmente sotto i riflettori dei media e ci fanno ricordare che esiste una carenza legislativa e che la politica non riesce a colmare un vuoto rispetto a cui i cittadini chiedono chiarezza e risposte.

La vicenda di Eluana Englaro, per fare solo un esempio che ci rimanda alla cronaca degli ultimi mesi, può offrire lo spunto per una riflessione seria e pacata, che esuli dai toni urlati del dibattito televisivo e possa aiutare i cittadini a formarsi un'opinione a riguardo.

Nel momento in cui viene scritta questa riflessione, Eluana Englaro si trova in stato vegetativo permanente, in una condizione in cui non vi è più nessuna ragionevole possibilità di recupero dell'integrità intellettiva, a causa di un grave danno cerebrale. Dopo sedici anni, il Tribunale di Milano ha autorizzato la sospensione dell'alimentazione artificiale alla ragazza dal momento che lei, quando era nel pieno possesso delle sue facoltà, aveva indicato che non avrebbe voluto condurre un'esistenza come quella a cui è costretta da sedici anni.

La sospensione dell'alimentazione implica inevitabilmente la fine della vita di Eluana ragazza, ma è importante sottolinearlo, si tratta semplicemente di accettare una fine naturale, un processo verso la fine della vita che è stato interrotto artificialmente molti anni fa con il ricorso a tecnologie e terapie straordinarie che non sono servite tuttavia a restituire la coscienza a Eluana. Lasciare che la natura faccia il suo corso vuole dire non accanirsi più, vuole dire non prolungare l'agonia, accettare che non c'è più nulla da fare e rispettare le volontà che, sebbene non siano state scritte in un documento (cosa che sarebbe invece auspicabile) hanno comunque un valore che non può essere ignorato.

Mi sembra evidente, mi preme sottolinearlo, che non si tratta affatto di un caso di eutanasia che consiste, invece, nel procurare volontariamente la morte del paziente attraverso

l'iniezione di un farmaco letale, anche se a scopo compassionevole.

In secondo luogo, questa triste vicenda ha messo in luce il vuoto legislativo di cui sofferiamo e che deve a mio avviso essere colmato. Non è possibile, infatti, che di fronte a situazioni così difficili i cittadini debbano rivolgersi ai tribunali e, alla fine, che siano i giudici ad essere obbligati a decidere su materie così delicate riguardanti la fine della vita, mentre la politica non trova il coraggio di legiferare. Va stabilito anche in Italia, il riconoscimento formale a tutti i cittadini del diritto all'autodeterminazione del paziente in ogni fase della vita, anche quando non sia più nella condizione di esprimersi, un diritto che peraltro è sancito molto chiaramente nell'articolo 32 della nostra Costituzione e nella Convenzione di Oviedo sui diritti dell'uomo e la biomedicina.

È auspicabile arrivare ad una legge sul testamento biologico grazie a cui ognuno, se lo vuole, possa indicare le proprie volontà sulle terapie che ritiene accettabili per se stesso nel caso in cui un giorno diventasse incapace di intendere e di volere. A questo proposito, il 29 aprile 2008, primo giorno di questa nuova legislatura, ho presentato un progetto di legge in materia che tiene rigorosamente conto di tante riflessioni fatte negli ultimi anni. Mi sono molto impegnato su questo percorso da quando sono stato eletto per la prima volta al Senato nel 2006, perché ritengo davvero importante colmare l'inaccettabile vuoto legislativo italiano, e credo che il mio disegno di legge possa essere un punto di partenza per una discussione serena e costruttiva tra maggioranza e opposizione.

Il disegno di legge non riguarda solo il testamento biologico ma anche le cure palliative e le terapie del dolore perché l'obiettivo è di affrontare in maniera complessiva tutte le questioni in sospeso che riguardano la fine della vita. Mi auguro sinceramente che attraverso un dibattito serio e costruttivo, dentro e fuori il Parlamento, si possa arrivare ad una soluzione condivisa, in modo che i giudici non siano più costretti ad occuparsi di questioni che dovrebbero essere regolate dalla legge. Personalmente, considero quella sul testamento biologico una battaglia di civiltà, e la vicenda di Eluana ha dimostrato, ancora una volta, come una regolamentazione della materia sia necessaria e ormai francamente improrogabile.

Daniel Sulmasy, St. Vincent's Hospital Manhattan, New York Medical College

Direttive anticipate come estensione della tradizione morale di rinuncia all'uso dei mezzi straordinari di cura



In questo intervento toccherò tre punti centrali. *Primo*, le direttive anticipate di trattamento non sono un'idea rivoluzionaria, ma piuttosto l'estensione di una tradizione centenaria che prevede la rinuncia all'utilizzo di mezzi di cura straordinari. *Secondo*, è vitale separare il dibattito circa le direttive anticipate da quello sul tema dell'eutanasia. Non si può permettere che delle divisioni rispetto alla questione dell'eutanasia precludano il raggiungimento del consenso legislativo in materia di direttive anticipate. *Terzo*, benché non siano una panacea, le direttive anticipate possono essere molto utili in campo sanitario nei processi decisionali riguardanti lo stato di malattia terminale.

Le direttive anticipate dovrebbero essere percepite come strumenti utili nel progetto più vasto di aiutare pazienti, famiglie e medici a pervenire alla scelta migliore per il malato terminale e rientrano perfettamente all'interno della tradizione di rinuncia dell'utilizzo di mezzi straordinari. Questa tradizione si fonda su quattro principi.

Il primo principio è la dignità della persona. Ogni essere umano, in virtù del semplice fatto di essere umano, ha un valore intrinseco che chiamiamo dignità. Questo è il principio fondamentale di tutta la moralità interpersonale. La medicina si prende cura dei malati innanzitutto perché ciascuno di essi ha una dignità intrinseca che deve sempre essere rispettata.

Il secondo principio è il dovere *prima facie* di preservare la vita. Questo principio ha diverse origini, la più ovvia delle quali è l'interesse personale. Poi abbiamo anche un dovere di gratitudine per il dono della vita almeno verso i nostri genitori e verso i loro antenati se non verso Dio. Per ultimo, il nostro dovere di preservare la vita deve tenere

conto del nostro ruolo e responsabilità verso altri.

Il terzo principio è il fatto del limite. Come esseri umani siamo limitati dal punto di vista morale, intellettuale e fisico. Ci ammaliamo e moriamo. Anche la medicina è un'arte imperfetta e, prima o poi, tutti i pazienti muoiono. Anche le nostre risorse, sia individuali che collettive, sono limitate da un punto di vista fisico, psicologico, sociale, economico e morale. La nostra finitezza costituisce il limite del dovere *prima facie* di preservare la vita.

Il quarto principio è la diversità degli esseri umani. Ciascuno di noi è unico. Per esempio, possiamo reagire diversamente alla somministrazione della stessa medicina. Siamo diversi anche da un punto di vista psicologico, sociale, economico e morale. Ciascun medico sa che Aristotele aveva ragione quando diceva che i medici non curano l'umanità in generale ma curano Socrate o Callio, o altri singoli individui affetti da malattia. Ciascun caso è unico nel suo genere.

La tradizione di rinuncia all'utilizzo di mezzi straordinari è fondata su questi principi. Di conseguenza, tradizionalmente, il suicidio e l'eutanasia sono considerati immorali. Questi atti violano la dignità della persona e al contempo minano il dovere di preservare la vita. Tale dovere ha certamente dei limiti, ma non può mai corrispondere all'intenzione di eliminare la vita.

Riconosco che alcuni potrebbero non essere d'accordo con queste affermazioni, ma vorrei sottolineare, per coloro che sono seriamente impegnati in Italia a stabilire una legislazione in merito alle direttive anticipate di trattamento, che questa legislazione deve prendere le distanze dalla questione dell'eutanasia. È necessario raggiungere un forte consenso in merito alle direttive anticipate

Testo della relazione tenuta al Convegno sul tema "Testamento biologico: le dichiarazioni anticipate di volontà sui trattamenti sanitari" promosso dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica a Roma il 29-30 marzo 2007. Si ringrazia il Presidente della Commissione Sen. Ignazio Marino per l'autorizzazione alla pubblicazione.

nonostante ci sia un dissenso per quanto riguarda l'eutanasia. Infatti, la maggior parte delle leggi sulle direttive anticipate negli Stati Uniti riporta esplicitamente che la legge non può essere interpretata come condono, aiuto o permesso alla pratica dell'eutanasia, del suicidio assistito o di altri atti che sono considerati illegali in altre parti del codice legale. Se si vuole che in Italia la legge sulle direttive anticipate passi, sarebbe saggio includere tali precisazioni.

Nonostante l'eutanasia sia tradizionalmente vietata, il pensiero morale occidentale ha sempre ammesso il fatto del limite. Il dovere di preservare la vita è limitato. La medicina è un'arte finita. Il giuramento di Ippocrate non dice di continuare il trattamento del paziente fino alla fine, ma di usare la medicina a beneficio dei malati, evitando di nuocere. In un altro testo Ippocrate sollecita i medici a non trattare pazienti sopraffatti dalla malattia, riconoscendo che in tali casi la medicina è impotente. A tutt'oggi dobbiamo ammettere che, anche con la tecnologia più sofisticata, non è possibile tenere in vita pazienti all'infinito. Il fine della medicina non è di liberare la condizione umana dalla condizione umana stessa.

È a partire da questi principi, affermando simultaneamente la dignità della persona umana e riconoscendo il nostro stesso limite, che nasce la tradizione morale di rinuncia all'utilizzo dei mezzi di cura straordinari. In generale, affermare che un intervento è straordinario significa che è opzionale, cioè che non è necessario usarlo. Il termine "straordinario" è utilizzato qui come termine tecnico con il significato di "non obbligatorio". Non ci si lasci confondere dall'uso comune dei termini "ordinario" e "straordinario". In un senso tecnico e morale "ordinario" significa obbligatorio mentre "straordinario" significa opzionale. Secondo la tradizione, un intervento è ritenuto straordinario se è futile (per esempio: se non funziona, se non cura il paziente, se non cambia il decorso della malattia o se non previene una morte imminente) o se l'onere imposto dall'intraprendere o dal continuare una certa cura eccede i benefici ottenuti da un punto di vista fisico, psicologico, sociale, economico, morale e spirituale. Secondo la tradizione, non bisogna soffermarsi sull'intervento medico stesso, a priori, separato da un caso clinico, ma bisogna prestare attenzione all'uso di un

intervento medico in un caso specifico. Qui si vede l'importanza del **principio di diversità**. Ogni caso è diverso, quindi non si può mai dire che un certo intervento è sempre ordinario mentre un altro intervento è sempre straordinario. Questi giudizi dipendono sempre dalle circostanze. Così, per esempio, non si può affermare che "l'uso del respiratore è straordinario e l'uso di antibiotici è ordinario". Se a qualcuno fosse riscontrata, in questo momento, la diagnosi di appendicite acuta con peritonite, il chirurgo dovrebbe portarlo in sala operatoria, dovrebbe somministrargli l'anestesia generale e dunque usare il respiratore prima di operarlo. Il dovere di preservare la vita e il beneficio della ventilazione meccanica suggeriscono, a parità di condizioni, che l'uso del respiratore sarebbe ordinario in tali circostanze. Ma si pensi al caso dell'uso del respiratore per una donna che soffre molto con un tumore all'esofago allo stadio terminale, e che sviluppa una polmonite e dunque ha gravi difficoltà respiratorie. Presumendo che questa donna sia già stata sottoposta a numerosi interventi chirurgici, a vari cicli di radioterapia e chemioterapia e che non ci siano altri trattamenti oncologici possibili, l'uso del respiratore sarebbe semplicemente futile per lei, non la curerebbe e non aiuterebbe a prevenire una morte imminente. E anche se non è completamente futile, l'onere del trattamento supererebbe di gran lungo i possibili benefici e così l'uso dello stesso trattamento, dello stesso respiratore sarebbe straordinario per lei nelle circostanze in cui si trova, mentre sarebbe ordinario nel caso dell'appendicite con peritonite.

Per assicurarmi che questo concetto sia chiaro propongo di prendere in considerazione un altro trattamento: gli antibiotici. Se qualcuno si ammalasse di polmonite in questo momento, gli antibiotici sarebbero il trattamento medico indicato. Dato che i benefici sono largamente maggiori degli svantaggi, a parità di condizioni, gli antibiotici sarebbero una cura ordinaria e l'ammalato avrebbe il dovere morale di prenderli. Eppure si pensi nuovamente al caso della donna con il cancro all'esofago. Se il cancro le avesse formato un buco dall'esofago alla trachea, tale per cui i succhi gastrici raggiungessero i polmoni causando la polmonite, questa donna avrebbe il dovere di prendere gli antibiotici?

Sospetto che tutti converrebbero che la risposta sia no, il suo dovere di preservare la sua vita è limitato. Nonostante gli antibiotici siano spesso economici e semplici da somministrare, dato che essi preserverebbero la sua vita al massimo forse per un paio d'ore, in questo caso si potrebbe ritenere che persino lo svantaggio della puntura dell'ago superi i benefici. In tali circostanze, gli antibiotici sono straordinari o moralmente opzionali. Quindi, ricapitolando, il giudizio dipende sempre dal caso individuale. Nessun intervento può essere considerato ordinario o straordinario al di fuori di un contesto specifico.

Quali interventi possono essere considerati straordinari?

Qualunque trattamento di sostegno vitale, nelle circostanze giuste, può essere considerato straordinario. La lista non si limita solo agli interventi medici. Secoli fa, quando la medicina poteva fare molto poco, ad alcuni esperti di morale fu chiesto se un paziente fosse obbligato a seguire il consiglio medico di mangiare pernici o di abbandonare la Sicilia alla volta delle Alpi. Questi saggi risposero che questi interventi potrebbero considerarsi straordinari. Se il paziente non poteva permettersi le pernici, poteva mangiare il pollo. Se trasferendosi sulle Alpi avrebbe isolato il paziente dalla sua famiglia e lasciato sul lastrico la moglie e i figli, poteva restare a casa e accettare di morire. Questi interventi sono da considerarsi straordinari o moralmente opzionali. Perfino il timore della condizione in cui uno si troverebbe dopo il trattamento potrebbe rendere un trattamento straordinario. Quindi un monaco che non fosse preoccupato tanto dal dolore dell'amputazione quanto invece dalla possibilità di vivere la vita da invalido potrebbe moralmente rifiutare l'amputazione in quanto mezzo straordinario. Il suo abate non avrebbe potere di obbligarlo ad accettare l'amputazione.

Si noti che ho usato il termine "mezzi straordinari" e non il termine "accanimento terapeutico". Questa è stata una scelta ben ponderata. Talvolta avere la prospettiva di uno straniero aiuta ad evidenziare sottigliezze linguistiche che possono non risultare evidenti alle persone di madrelingua che sono immerse in un certo ambiente linguistico, e a indicare come le parole che usiamo possono impercettibilmente cambiare il nostro modo di pensare. Il termine

“accanimento terapeutico” è un’aggiunta recente al lessico morale italiano.

Quando udii questo termine per la prima volta durante un congresso di etica medica in Italia mi parve molto strano. Non è utilizzato in altre lingue come per esempio in tedesco, inglese, o spagnolo. Da quanto ho potuto apprendere questo termine proviene dal termine francese *acharnement thérapeutique* negli anni '80. È attribuito all'autore francese Patrick Vespieren la cui opera venne tradotta in italiano da Enrica Carboni con il titolo “*Eutanasia? dall'accanimento terapeutico all'accompagnamento dei morenti*” nel 1985. Forse questa frase piacque agli italiani poiché è così viscerale dal punto di vista linguistico. Forse la confusione sull'uso tecnico della parola *straordinario* come termine filosofico e teologico in contrapposizione al ben diverso significato non tecnico della parola portò gli italiani a considerare questa come una opportunità per rimpiazzare il termine *straordinario*. Forse poiché il problema morale nella pratica clinica nel 1985 in Italia veniva giustamente descritto come “accanimento terapeutico”, questo termine può aver contenuto un aspetto di verità. Comunque sia, questo termine è usato molto frequentemente nell'italiano contemporaneo. Si noti però che l'espressione “accanimento terapeutico” non rientra nella tradizione come l'ho descritta. Forse il termine “*entusiasmo*” sarebbe stata una traduzione migliore dal francese, ma sia la parola francese *acharnement* che quella italiana “accanimento” si distaccano dalla tradizione in modo significativo. In primo luogo, questi termini enfatizzano le responsabilità morali dei medici. La moralità tradizionale invece enfatizza il punto di vista del paziente, che è **colui che stabilisce cosa ritenere ordinario o straordinario**.

In secondo luogo la parola “accanimento” indica che è necessario raggiungere uno standard molto elevato prima che l'intervento possa essere interrotto. Accanimento indica “*l'ira ostinata dei cani*”, e per estensione “*perseveranza rabbiosa e crudele*”. Un medico che raccomanda a un paziente di mangiare pernici o di trasferirsi sulle Alpi è difficilmente accusabile di accanimento terapeutico! Eppure mangiare pernici o andare a vivere sulle Alpi erano considerate indicazioni straordinarie, moralmente opzionali, secondo la tradizione

morale e le norme di quel tempo. La moralità tradizionale affronta queste decisioni chiedendosi solo se ciò che è richiesto al paziente, secondo le circostanze e il suo giudizio in materia, eccede ciò che ci si può aspettare da una persona che ha un forte, ma limitato, dovere di preservare la sua vita. Gli interventi da interrompere non devono necessariamente essere “accaniti”.

Terzo, l'espressione “accanimento terapeutico” si concentra eccessivamente sulle sofferenze causate dal trattamento stesso, piuttosto che sulla sofferenza complessiva associata al proseguimento delle cure. La moralità tradizionale prende in considerazione non solo la sofferenza causata direttamente dalle cure, ma anche quella causata dalla malattia stessa che viene prolungata dal trattamento medico, la sofferenza causata dagli effetti collaterali delle cure e gli effetti della continuazione del trattamento sulla famiglia e sulla comunità. La tradizione include tutte queste ed altre considerazioni per stabilire se un certo trattamento sia straordinario. L'espressione “accanimento terapeutico” tende a restringere l'estensione di ciò che un individuo può tenere in considerazione quando si tratta di decidere se rinunciare ai trattamenti di sostegno vitale.

I lettori sono pregati di non fraintendermi. Spero che essi non considerino questa digressione come un altro esempio dell'arroganza della iperpotenza, cioè un americano che parla male l'italiano che vuole insegnare agli italiani a parlare la loro lingua. Vorrei piuttosto richiamare il fatto che recenti ed impercettibili modificazioni della lingua italiana hanno creato una cultura che riduce inutilmente le possibilità di scelta in materia di decisioni nell'ambito della cura dello stadio terminale per pazienti, famiglie e medici. Tali possibilità erano tradizionalmente più aperte. Vorrei sperare che la legislazione italiana in materia di direttive anticipate possa riaprire delle nuove possibilità di scelta per il popolo italiano, usando termini più appropriati come “*mezzi straordinari o sproporzionati*”.

Le direttive anticipate aiutano a puntare l'attenzione su quello che deve essere il punto focale sia per la medicina, sia per le famiglie e gli amici, sia per la legge, che è il paziente.

Questo in virtù del fatto che tradizionalmente è il paziente a decidere se l'one-

re del trattamento è sproporzionato ai benefici, almeno secondo i confini della ragione e il giudizio della comunità. Cioè, è quasi completamente a discrezione del paziente decidere quale intervento sia straordinario. Saggiamente sono tracciati dei limiti molto ampi, non a motivo di una idea di sfrenata autonomia importata dal Nord America, ma motivati dal fatto della diversità. Le persone infatti sono diverse.

Hanno differenti soglie del dolore. Reagiscono in modo diverso alla somministrazione della stessa medicina. Hanno diverse risorse dal punto di vista psicologico, sociale, economico, morale e spirituale. E nessuno può capire bene la portata di tutti questi fattori meglio del paziente. Così, immaginate un paziente affetto da linfoma, dopo il fallimento di 5 trattamenti, tutti con terribili effetti collaterali: se l'oncologo propone un sesto trattamento con una nuova combinazione di chemioterapici, tale paziente potrebbe giudicare questo nuovo trattamento esagerato, cioè come un trattamento straordinario. Ma un altro paziente con lo stesso tipo di linfoma, che si è sottoposto senza miglioramento a 5 cicli di chemioterapia, tuttavia con effetti collaterali meno gravosi, e in attesa di partecipare al matrimonio della figlia tra 2 mesi, potrebbe considerare giustificato il sottoporsi ad un sesto trattamento. La scelta dipende dal singolo individuo e non da un giudizio a priori sulla chemioterapia fuori da un contesto specifico. Ciascun individuo è quasi sempre il miglior giudice del proprio caso.

Secondo la tradizione, l'unico caso in cui il medico è tenuto a stabilire che un trattamento è straordinario, è il caso in cui il trattamento stesso è futile, cioè non funziona.

Anche in tal caso, naturalmente, il medico è tenuto a spiegare al paziente lo scopo del trattamento, perché la futilità è sempre relativa ad uno scopo. Usare il respiratore può essere inefficace a curare un paziente, ma efficace a prolungare la sua vita in attesa che il figlio lontano ritorni a vedere la madre un'ultima volta prima che lei muoia. Sempre secondo la stessa tradizione, se il paziente non è più in grado di pensare o di comunicare, **la decisione rispetto al trattamento medico è lasciata**, non al medico ma **alla famiglia**. Prima ancora che l'espressione “*giudizio sostitutivo*” fosse inventata, il punto di vista

della morale tradizionale seguito dalla famiglia è sempre stato quello del paziente. Questo è tradizionale. La famiglia conosce il paziente meglio del medico.

Il legislatore italiano deve prendere in considerazione la legislazione delle direttive anticipate partendo da queste premesse. Quale vantaggio in questa legge? La moralità tradizionale continua ad essere ragionevole e adeguata al suo scopo analitico, oppure è cambiato drammaticamente il contesto in cui l'analisi morale si compie. Per una serie di ragioni, le direttive anticipate sono diventate uno strumento utile per mantenere la morale tradizionale nel ventunesimo secolo.

La prima ragione per cui le direttive anticipate sono utili ha a che fare col fatto che attualmente un numero sempre più elevato di individui muore dopo aver perso la capacità intellettuale. I progressi scientifici nel trattamento dei tumori e delle cardiopatie hanno portato al fatto che un numero maggiore di individui vive così a lungo da ammalarsi e poi morire con la malattia di Alzheimer. Nel passato si moriva in poche ore per shock settico, mentre attualmente alcuni pazienti riescono a sopravvivere in terapia intensiva. Il prezzo del successo medico è che molti ancora muoiono ma purtroppo dopo essere stati per settimane in terapia intensiva senza la possibilità di comunicare le loro volontà. È stato dimostrato che il 78-86 % delle decisioni di non intraprendere la rianimazione del paziente sono state prese quando il paziente non era già più in grado di partecipare alla decisione. Di conseguenza, tenendo conto del fatto che dei pazienti possono morire incapaci di intendere e di volere e, riconoscendo che ogni individuo è il giudice migliore dei suoi limiti, esiste quasi un imperativo morale per ciascuno a stilare le proprie direttive anticipate allo scopo di assistere coloro a cui sarà affidato il compito di decidere per loro.

Il secondo motivo dell'utilità delle direttive anticipate nelle decisioni circa le fasi terminali della malattia è che nelle nazioni sviluppate (con l'eccezione degli Stati Uniti) tutti i cittadini hanno libero accesso alla più avanzata tecnologia medica. Questo tipo di decisioni non è richiesto solo per la porzione abbiente della popolazione nei paesi sviluppati, ma per tutti i cittadini di

nazioni come l'Italia, dove ciascuno ha libero accesso alle cure mediche.

La terza ragione è che il potere della tecnologia medica è così grande che queste decisioni rispetto alle cure terminali riguardano tutti. Avendo a disposizione un numero così alto di possibili trattamenti, è stato dimostrato che l'84-89 % dei pazienti ospedalizzati muore dopo che è stata presa una decisione di non sottoporre il paziente ad un intervento medico che avrebbe potuto essere fatto. Così, le direttive anticipate non sono una astrazione arcana. Ciascuno di noi conosce qualcuno che è deceduto accompagnato da tali direttive. Ciascuno di noi sarà sempre più coinvolto in queste direttive col passare del tempo. Uno degli oneri della tecnologia medica che accompagna i pur molti benefici è la necessità di rivalutare continuamente quando non è più il caso di usare un certo trattamento. In caso contrario diventeremmo schiavi della nostra stessa tecnologia.

La quarta ragione consegue dalle prime tre. Proprio perché bisogna prendere così tante decisioni, soprattutto per conto di persone che non sono più in grado di comunicare, l'onere della decisione ricade sempre più spesso su un terzo. Le direttive anticipate vogliono rispondere specificamente a queste situazioni, procurando guida e assistenza alle famiglie, amici e personale medico. È stato dimostrato che affrontare tali decisioni è estremamente stressante per i familiari, paragonabile allo stress sperimentato da sopravvissuti ad un incendio o ad altre calamità. È stato inoltre dimostrato che i familiari sperimentano uno stress significativamente minore qualora il paziente fosse in possesso di direttive anticipate.

Quinto, un numero sempre maggiore di persone in fase terminale non ha familiari che possano prendere delle decisioni per loro. A volte la causa è un problema sociale come nel caso di abuso di droghe o di separazioni nelle famiglie. Altre volte, e questo è più un problema statistico, la causa va ricercata nella legge naturale per cui donne che sopravvivono ai loro cari, di cui si sono prese cura, vita natural durante, abitano da sole e non hanno nessuno di cui si fidano che possano prendere delle decisioni per loro. Come decidere per queste persone? Se da una parte vogliamo tentare di risolvere i problemi sociali, dall'altra c'è la necessità di affrontare i

bisogni di queste persone ora, non nel futuro.

Sesto, proprio perché esistono malattie sociali come ho appena descritto, i familiari hanno spesso difficoltà a prendere una decisione comune per la cura del malato terminale. La fase terminale della malattia e l'anticipazione della morte spesso riapre antiche ferite familiari ed il risultato di tutto ciò è che si tende a continuare il trattamento di sostegno vitale. Questa decisione potrebbe non essere quella che il paziente avrebbe voluto. Potrebbe inoltre non essere la decisione che il medico considera nell'interesse del paziente. Infine potrebbe non essere la decisione che la maggior parte dei familiari considera giusta. Purtroppo senza il ricorso al tribunale (che è sempre una cattiva idea) il trattamento deve continuare perché l'alternativa è irreversibile. Le direttive anticipate possono risolvere questi tipi di problemi.

Così le direttive anticipate offrono un'opportunità importante per realizzare lo scopo della tradizione di rinuncia dei mezzi straordinari nel ventunesimo secolo. Tale scopo consiste nel facilitare la presa delle decisioni, focalizzate sul bisogno e la volontà del singolo paziente, da parte di chi conosce e ama il paziente, qualora sia incapace d'intendere e di volere.

Vediamo ora come questi strumenti funzionano in pratica. Come è noto ci sono 2 tipi di direttive anticipate: il testamento biologico e la procura speciale per le cure sanitarie.

Brevemente, il testamento biologico contiene le preferenze del paziente in favore o contro certi trattamenti nella fase terminale. Mediante la procura speciale per le cure sanitarie il paziente nomina una persona a cui il medico si possa rivolgere nel caso di decisioni mediche qualora il paziente non sia in grado di farlo da sé. La stragrande maggioranza dei medici e degli studiosi di etica preferisce la procura. Infatti è molto più semplice parlare con una persona che conosce il paziente e che è stata scelta dal paziente stesso, che cercare d'interpretare un foglio di carta.

Adesso vorrei esemplificare questi principi nella pratica clinica.

Si consideri il caso del signor Q. un uomo di 60 anni che è stato aggredito per furto 25 anni fa. Nel corso degli anni le sue lesioni cerebrali si sono risolte, il paziente ha ripreso a parlare e

a muoversi, tuttavia lamenta un profondo danno della memoria. Il signor Q. non riesce a ricordare all'ora di pranzo quello che ha mangiato a colazione, però ricorda perfettamente episodi della sua vita prima dell'incidente ed è cosciente della natura delle lesioni subite e della sua conseguente disabilità. A causa del danno cerebrale, non ha potuto mantenere il suo incarico come professore di storia all'Università del Montana. Non si è mai sposato. Nel corso degli anni i suoi genitori, che si sono sempre presi cura di lui, sono morti. Vagando qua e là, tristemente, è arrivato dal Montana fino a New York, dove è diventato un vagabondo, vaga per le strade, mangia alla mensa pubblica e dorme tra i cartoni sulle grate vicino ai grattacieli. Quattro anni fa un'associazione affiliata alla Chiesa per l'aiuto dei senza dimora ha iniziato a prendersi cura di lui. Poco per volta lui ha cominciato a fidarsi di questa associazione così ha accettato di essere ospitato in un dormitorio. Per le prime 6 settimane si è trovato bene. Era certamente un animo solitario e non parlava che raramente solo per qualche minuto, probabilmente imbarazzato dal suo problema di memoria. Era gentile e riusciva talvolta ad avere brevi conversazioni, ma non più di tanto. La sua gioia più grande era riuscire a leggere tutto il New York Times ogni giorno. Andava d'accordo con l'assistente sociale che stava cercando di procurargli una qualche forma di assistenza governativa per le spese mediche. Alcune settimane fa, durante la colazione con altri ospiti del dormitorio, ebbe un collasso. I suoi compagni trasecolarono. Il personale chiamò un'ambulanza e cominciò la rianimazione cardio-respiratoria. Il personale dell'ambulanza non riuscì a ristabilire il polso e continuò la rianimazione durante la corsa all'ospedale. All'arrivo al Pronto Soccorso la cardioversione ristabilì polso e pressione, ma lui rimase profondamente comatoso. All'inizio non erano riscontrabili neppure i riflessi vegetativi, come la costrizione delle pupille, l'ammiccamento o la respirazione autonoma. Era dipendente dal respiratore. Il giorno dopo divenne febbrile probabilmente per una polmonite. Dopo qualche giorno la febbre diminuì, ma lui rimase completamente comatoso e incapace di respirare senza il supporto del respiratore. Il suo cervello non era morto, ma gravemente dan-

neggiato. Continuò a restare comatoso, nel corso del tempo riguadagnò parzialmente la funzione delle pupille, delle palpebre, ma non la respirazione autonoma. A questo punto la prognosi del signor Q. era sopravvivenza del 50 % con la prospettiva di finire, al meglio, in uno stato vegetativo persistente. Naturalmente per accertare questa diagnosi sarebbero stati necessari almeno 6 mesi di terapia intensiva. I cardiologi si chiedevano se continuare le cure intensive fosse realmente nell'interesse del paziente. Si dicevano *"Il trattamento non può essere considerato futile perché la possibilità di sopravvivenza è reale, ma la prognosi è pessima, tanto che, se il paziente sopravvive, vivrà in uno stato che molti potrebbero giudicare profondamente oneroso"*. Il primario della cardiologia era cosciente che non avrebbe potuto decidere da solo della natura straordinaria delle cure prestate, perché la decisione avrebbe dovuto coinvolgere il paziente. Ma chi può decidere per il paziente? La famiglia non esiste. L'associazione aveva perfino contattato la polizia, nel tentativo di trovare dei familiari, ma senza risultato. Il signor Q. non aveva nessuno che poteva parlare per lui.

A questo punto fu organizzato un consulto etico. Secondo la legge dello stato di New York, per staccare qualcuno dal respiratore, quando il paziente ha perduto la capacità decisionale, è necessario avere l'evidenza *"chiara e convincente"* delle volontà del paziente. Ma il signor Q era arrivato da poco al dormitorio pubblico ed era un tipo solitario. Non aveva mai parlato con nessuno delle sue volontà nell'eventualità di una situazione del genere. Il personale del dormitorio disse che era in possesso delle direttive anticipate di circa l'80 % dei loro clienti, ma non aveva ancora affrontato il discorso con questa persona. Se c'era la possibilità di venire in possesso di un documento di direttive anticipate del signor Q. con una sua dichiarazione di non venir rianimato in circostanze simili alle attuali o che nominava un procuratore per decisioni mediche, che avesse espresso il rifiuto dell'uso del respiratore in vece sua, il respiratore avrebbe potuto essere staccato alla metà di febbraio. Invece l'associazione presentò una petizione al tribunale per essere nominata come suo procuratore. Al contempo il povero signor Q. languì in ventilazione mecca-

nica nella terapia intensiva, con duplici danni cerebrali, una prima volta per colpa dei ladri e la seconda per colpa della medicina, incapace di dargli la liberazione che tutti sospettano sia il suo desiderio. E tutto questo perché lui non ha le direttive anticipate.

Vorrei illustrare ora un secondo caso per spiegare come le direttive anticipate possono aiutare. Si consideri il caso della signora Z. una donna di 79 anni affetta da Alzheimer avanzato. La signora ha un marito totalmente devoto a lei, che è ancora in buona salute ed ha 5 figli profondamente legati a lei. Tutta la famiglia ha contribuito alle sue cure a casa con affetto, tempo e denaro. Circa 10 anni prima la donna preparò le sue direttive anticipate indicando il figlio maggiore come procuratore per le decisioni sanitarie. *"Conosco tuo padre"*, disse al figlio maggiore *"non riuscirebbe a lasciarmi andare. Per questo motivo scelgo te. Se divento inferma al punto da non potermi più esprimere e non c'è nessuna speranza di guarire, non voglio cure che prolunghino la vita. Non voglio il respiratore. Non voglio l'ospedale. Non voglio tubi. Chiama il prete e lasciarmi morire in pace. Se non posso più dire il Rosario, che vita sarebbe? Se non posso più riconoscere tuo padre, che vita sarebbe? Sarebbe doloroso per lui vedermi in quello stato. Lui penserebbe che è suo dovere tenermi in vita, ma non dovrebbe pensare così. Nessuno di voi altri dovrebbe rovinarsi la vita solo per tenermi viva, per cosa? Qualche mese in più? No, non se ne parla neanche. Se arriviamo a una situazione del genere, lasciarmi andare a casa da Gesù."* La donna ripeté una conversazione simile col figlio maggiore 5 anni dopo, quando le fu diagnosticato l'Alzheimer. Firmò la dichiarazione, indicando che quelle erano le sue volontà. Lentamente passò dal perdere la memoria fino a non riuscire più ad alzarsi. Fu ospedalizzata un anno fa per un'infezione delle vie urinarie e successivamente per polmonite circa 6 mesi fa. Divenne incapace di riconoscere i suoi familiari e cominciò ad avere piaghe da decubito. Negli ultimi 3 mesi è stata nutrita dai familiari, ma anche questo è diventato un problema perché ha perso il controllo della deglutizione e tende a soffocare anche per deglutire piccoli sorsi d'acqua. A questo punto la signora è diventata febbrile ed è stata ricoverata ancora una volta per polmo-

nite. Il dottore suggerì di inserire un tubo gastrico, vista la sua impossibilità a deglutire, e chiese consenso al marito che acconsentì dicendo "faccia tutto il possibile per aiutarla". Lo stesso giorno il figlio maggiore si reca all'ospedale, viene a sapere della decisione e subito ricorda la conversazione avuta con la madre anni prima, riguardo a decisioni del genere. Prima ancora che abbia il tempo di parlare col padre, il gastroenterologo, che è lo specialista che inserirà il tubo gastrico, entra nella stanza e spiega che è stato chiamato per esaminare la paziente prima di inserire il tubo gastrico. Il marito gli dice "benissimo, il medico curante di mia moglie mi ha spiegato che questo tubo dovrebbe prevenire la polmonite e così lei può essere mantenuta in vita". Il gastroenterologo invita marito e figlio a sedersi e spiega loro che non è esattamente così. "Questo intervento permette al cibo di raggiungere lo stomaco, però può capitare che parte del cibo sia rigurgitato dall'esofago alla trachea, provocando la polmonite. L'unico modo per evitare completamente la possibilità della polmonite sarebbe quello di chiudere le corde vocali e far respirare la signora tramite un tubo inserito nel collo, cioè la tracheotomia. Ma non credo che dovremmo farlo". A questo punto il marito chiede "ma mia moglie morirà di fame senza un tubo gastrico?" "No, non succede così. Prima diventerà disidratata. È un processo naturale, è il modo con cui la maggior parte degli esseri umani è morta a seguito di malattie croniche. Voi potete continuare a nutrirla un pochino, che prenda quello che riesce. Se la nutrite in questo modo, lei lo apprezzerà e potrà ancora gustare il cibo in bocca. Potete anche bagnare le labbra con pezzettini di ghiaccio e idratare le labbra con della vaselina. Questi costituiscono momenti molto umani e intimi. Lei non può comprendere molto a questo punto, ma questi piccoli gesti comunicheranno il vostro amore per lei. Infatti nutrirla con una infusione continua attraverso il tubo gastrico non ha nessun significato interpersonale. Non le darà neppure la sensazione di sazietà, perché lo stomaco non si distende, in quanto il cibo è infuso goccia a goccia e non avrà il piacere del gusto in bocca. Oltre a questo il suo corpo sta perdendo colpi. Tanto per cominciare lei sta perdendo l'appetito. È stato dimostrato che pazienti affetti da Alzheimer che hanno

una tubo gastrico non sopravvivono più a lungo di pazienti che non l'hanno. Il mio consiglio è che la portiate a casa". Il figlio maggiore prende la parola: "Lo sai papà, la mamma lo sapeva che sarebbe stato molto duro per te. Lei mi ha detto che non voleva nessun tubo. Guarda, ha firmato tempo fa questo foglio con le direttive anticipate e mi ha incaricato di prendere le decisioni per conto suo. Lei sapeva che tu le vuoi troppo bene per riuscire a lasciarla andare. Il tubo gastrico è un mezzo straordinario. Non servirebbe ne a lei, ne a te, ne a noi. Dai, portiamola a casa". Il padre: "Tua madre, lo sai è così, così bella, così amabile. Siamo stati così tanti anni insieme. D'accordo, capisco, hai ragione. Niente tubi. Merita il suo riposo. La portiamo a casa".

Questo è il modo tradizionale di prendere decisioni, facilitato nel ventesimo secolo dall'uso delle direttive anticipate. Nel sedicesimo secolo non era necessario avere un documento così per rinunciare al consiglio medico di trasferirsi sulle Alpi. Tuttavia per continuare quella tradizione nel ventesimo secolo, il popolo italiano può beneficiare di una legislazione che autorizzi l'uso delle direttive anticipate.

Bibliografia

La maggior parte delle morti in ospedale è accompagnata da decisioni per la sospensione di qualche trattamento:

1. FABER-LANGENDOEN K. A multi-institutional study of care given to patients dying in hospitals. *Ethical and practice implications*. Archives of Internal Medicine, 1996;156:2130-6.
2. FRIED TR, GILLYCK M.R. Medical decision-making in the last six months of life: choices about limitation of care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1994;42:303-7.

La maggior parte delle decisioni di non rianimare è presa coinvolgendo terzi perché il paziente è incapace:

1. BEDELL SE, PELLE D, MAHER PL, CLEARY PD. Do-not-resuscitate orders for critically ill patients in the hospital. How are they used and what is their impact?. *JAMA*, 1986;256:233-7.
2. JONSSON PV, McNAMEE M, CAMPION EW. The "Do not resuscitate" order. A profile of its changing use. *Archives of Internal Medicine*, 1988; 148:2373-5.
3. GLEESON K, WISE S. The do-not-resuscitate

order. *Still too little too late*. Archives of Internal Medicine, 1990; 150:1057-60.

4. WENGER NS, ET AL. Prior capacity of patients lacking decision making ability early in hospitalization: implications for advance directive administration. *The SUPPORT Investigators*. *Journal of General Internal Medicine*, 1994;9:539-43.

Lo stress familiare nelle decisioni per i propri cari è molto forte:

1. SULMASY DP, SOOD JR, TEXEIRA K, MCAULEY R, MCGUGINS J, URY WA. Prospective trial of a new policy eliminating signed consent for Do Not Resuscitate orders. *Journal of General Internal Medicine*, 2006;21:1261-1268.
2. TILDEN VP, TOLLE SW, NELSON CA, FIELDS J. Family decision-making to withhold life-sustaining treatments from hospitalized patients. *Nursing Research*, 2001;50:105-15.

Il termine "accanimento terapeutico":

1. VERSPIEREN, R. *Eutanasia? Dall'accanimento terapeutico all'accompagnamento dei morenti*. trad. it, Edizioni Paoline, Milano, 1985.
2. VERSPIEREN R. *Face a celui qui meurt. Euthanasie. Accompagnement thérapeutique*. Paris: Desclée De Brouwer, 1984.

La moralità tradizionale di rinuncia ai mezzi di cura straordinari:

1. CRONIN DA. *Conserving Human Life*. ed. Russell E. Smith, Braintree, Massachusetts: The Pope John Center, 1989, pp. 1-145.
2. SULMASY DP. *Double effect reasoning and care at the end of life: some clarifications and distinctions*. *Vera Lex*, 2005; 6(ns. 1&2): 107-145.

Etica tradizionale e alimentazione per tubi:

1. Canadian Catholic Bioethics Institute. *Reflections on artificial nutrition and hydration: colloquium of the Canadian Catholic Bioethics Institute (CCBI)*. National Catholic Bioethics Quarterly, 2004 Winter;4(4):773-82.
1. SULMASY DP. *End of life care revisited*. *Health Progress*, Jul-Aug 2006;87(4):50-56.

Non fa alcuna differenza per i pazienti dementi, che essi ricevano una PEG nell'ospedale:

- sopravvivenza media = 2 mesi: Murphy, Arch Intern Med, 2003;163:1351-3.
- sopravvivenza media = 6 mesi: Meier, Arch Intern Med, 2001 ; 161:594-9.
- sopravvivenza media = 6 mesi: Breti. Arch Intern Med, 2001;161:745-8.