

## Conoscere per scegliere: gli infermieri e le sfide dell'etica in uno Stato di diritto

**U**na società che accetta l'evoluzione delle conoscenze, della scienza e delle sue applicazioni tecniche sulla vita delle persone, deve riconoscerne anche le conseguenze ultime e, in merito, prendere delle decisioni.

L'attuale contesto socio-culturale induce le persone a pretendere trattamenti sanitari anche estremi, senza avere piena consapevolezza di tutte le implicanze, non solo positive, che tali trattamenti comportano.

Sul versante medico-sanitario, evidentemente, si praticano i trattamenti (richiesti) ma che, forse con troppa leggerezza, non sono bilanciati da un'adeguata informazione ed assunzione di responsabilità personali e collettive. Il risultato di queste indeterminanze è che le persone coinvolte dalle sofferenze che conseguono a questi trattamenti – i soggetti più deboli – diventano, loro malgrado, le vittime reali di tale stato di cose.

Non è più possibile continuare ad accettare queste situazioni ormai molto diffuse, in cui il corpo diventa prigioniero e nel quale tuttavia, può permanere una coscienza consapevole di un destino infausto e non migliorabile. Ci sono anche situazioni opposte, in cui non esiste più una mente che guida, con un tempo che passa ridotto a misura del degrado dell'organismo e dell'affievolirsi della speranza per chi gli è accanto. Quella che era una *persona* non vive più, ma il suo organismo "è reso vitale" da altri e in modo del tutto artificiale.

Il rispetto del diritto alla dignità e all'autonomia personale è riconosciuto da tutti ed ai massimi livelli. È chiaro che la persona stessa è l'unica ed ultima titolare della propria idea di autonomia e dignità, oltre che della propria disponibilità ad accettare la sofferenza. Non può appartenere ad una società civile la negazione di un diritto così fondamentale.

Nei casi in cui una persona abbia espresso in vita, chiaramente e nella piena consapevolezza, le proprie volontà di non accettare trattamenti di supporto vitale qualora venisse a trovarsi in condizioni sicuramente senza speranza alcuna, è fuorviante evocare il pericolo dell'eutanasia nel momento in cui si trattasse di prendere la decisione di rispettare la sua volontà. Una cosa è intervenire attivamente sulla richiesta di morte ed altro è consentire, nella umana *pietas*, la cessazione di un processo biologico irreversibile e legato solo allo scorrere del tempo.

È indispensabile fare chiarezza su questo equivoco di fondo, soprattutto perché il servizio sanitario pubblico ed universalistico, rappresenta una forte garanzia proprio in questo senso. Una società interessata a proteggere la salute, nella misura in cui si impegna per il benessere e la riduzione delle sofferenze delle persone, allontana il rischio dell'eutanasia.

Prendersi cura in queste situazioni deve significare invece aumentare ancora l'attenzione, la garanzia dell'assistenza alle persone perché sia supportata la loro libertà piena, a partire dalla libertà dal condizionamento opprimente del dolore e della sofferenza.

Questo, tragicamente, la nostra società non intende ancora accettare e decidere. Tutto ciò richiede intelligenza, energie e risorse molto più consistenti di quelle dedicate finora: richiede un ripensamento profondo del concetto di assistenza dato per acquisito con troppa superficialità. Va fatta una scelta consapevole, come cittadini e come sanitari, di accettazione reale e garanzia del diritto.

Il problema reale è l'insostenibilità della sofferenza, il degrado della dignità, l'*obbligo* a prolungare un'agonia senza esito, la violenza imposta a chi non può impedire un trattamento su di sé, che potendo esprimersi, rifiuterebbe.

Riflettere su questo non significa voler negare le cure in situazioni estreme:

significa solo attribuire consistenza nuova alle forme della libertà personale oggi.

Gli infermieri non devono defilarsi dal dare il loro essenziale contributo culturale.

Se i modi stessi di concepire la vita e la morte sono oggi modificati, le relazioni umane che sono la sostanza della vita delle persone, devono considerare che la salute e la vita non sono più, da tempo, il risultato del solo processo naturale, ma sono già molto condizionate dalla scienza e dalle tecnologie. Medicine, interventi e trattamenti sono totalmente artificiali e certamente decisi molto al di là dei processi della natura. Noi esigiamo di ricorrere a medicinali, antibiotici, trasfusioni, trapianti, protesi artificiali, attrezzature e procedure operative sofisticatissime quando si tratta di far continuare una vita che altrimenti cesserebbe. Nella nostra realtà socio-economica possiamo permettercelo.

Dunque, non è più ragionevole pretendere di pensare al semplice "corso della natura" quando ci si riferisce ai percorsi vitali o di recupero della salute.

Le tecnologie consentono ormai di scindere completamente la vita relazionale dalla vita biologica, prolungando le funzioni biologiche per tempi indefiniti.

Non c'è onestà intellettuale ed etica a giustificare gli interventi artificiali sulla salute e sulla vita stessa e non volerne poi considerare le conseguenze indesiderate o non più sopportabili per coloro che tali conseguenze sono costretti solo a subire.

Se in passato l'uomo era sotto il dominio della natura, oggi, dopo esserci svincolati da pesanti condizionamenti, non possiamo accettare di ricadere sotto il dominio di una tecnica invadente, usata da chi ha il potere di applicarla e gestirla.

Né si può accettare che la semplice difficoltà di trovare le soluzioni possibili, giustificati dilazioni nel cercare con tutti i mezzi queste soluzioni certamente complesse.

Per focalizzare il problema in merito alle decisioni che già prendiamo sulla vita, pensiamo ai processi di prelievo d'organo a scopo di trapianto. Si arriva ad indicare il soggetto senza speranza di vita con l'appellativo di "cadavere a cuore battente", al fine di usare molti dei suoi organi per altre persone. Con la

dichiarazione di morte cerebrale, la convezione della *morte biologica* viene già da molto tempo legalmente riconosciuta, ed anche formalmente dichiarata, ben prima della cessazione naturale del battito cardiaco.

Ciò, di fatto, è il risultato della decisione della società di porre fine alla vita di quell'organismo/individuo. La Chiesa stessa, che spesso interviene opponendosi a molte forme di interferenza nei processi vitali, ha riconosciuto la valenza positiva dei prelievi d'organo e dei trapianti...

In questi casi riteniamo che il nostro sia un intervento legittimo, il cui fine di salvare o anche solo migliorare la qualità di altre vite ci autorizza ad intervenire sui processi naturali del morire.

Ma di contro, in altre situazioni, ci si oppone fermamente all'accettare il naturale corso biologico cercando di rallentarlo con la tecnologia o con procedure che portano in là nel tempo un corpo svuotato di consapevolezza senza speranza alcuna.

Sembra di leggere in tali comportamenti delle valutazioni che corrono parallele, che non intendono, quasi per partito preso, comporsi ed incontrarsi...

Facciamo alcune considerazioni sui fondamenti filosofici che sottendono alle due prassi attualmente dibattute sul fine vita:

- a) *la decisione di interrompere legalmente la vita biologica in occasione del prelievo d'organo, si fonda sull'accertamento della morte cerebrale (convenzione giuridicamente riconosciuta fondata sulla clinica) ma è giustificata dal prevalente valore attribuito alla possibilità di salvare/migliorare altre vite, che solo con un trapianto possono proseguire;*
- b) *la decisione (quando richiesta) di lasciare che si concluda con l'esaurimento delle risorse dell'organismo la vita di una persona in stato vegetativo irreversibile, si fonda sull'accertamento della riduzione a sola vita biologica e dell'impossibilità di un futuro recupero superiore. È giustificata dall'attribuzione di valore al rispetto della volontà consapevole espressa dall'interessato o, quando ciò è impossibile, dalle persone per lui significative, sulla base dell'interpretazione autentica delle sue volontà presunte ed accertate.*

Ai fini della giustificazione della deci-

sione da parte della comunità/società di lasciare che si concluda una vita *solo* biologica, nella nostra realtà storicamente collocata, il rispetto per la dignità, la volontà e la libertà di scelta delle persone, viene ad assumere un riconoscimento equiparabile al valore finora attribuito alla vita (o alla sua qualità) di altre persone (nel caso, quelle destinate a ricevere un organo trapiantato).

Siamo di fronte ad una percezione nuova dell'effettivo riconoscimento del valore attribuito ad alcuni elementi finora solo enunciati teoricamente. Con l'evolvere delle possibilità tecniche ed assistenziali e delle sensibilità per la dignità e libertà della persona, gli elementi qualificanti la persona stessa trovano, devono trovare applicazioni nuove nell'esperienza dell'umanità.

Se così non fosse, non si comprende per quale ragione la possibilità di garantire la vita *biologica* con il trapianto (e, come effetto conseguente, il proseguimento della vita di persona pienamente intesa) debba essere considerato superiore alla possibilità di garantire (accogliendo la volontà di non essere sottoposto a trattamenti artificiali) il rispetto degli elementi come libertà di autodeterminazione, volontà e dignità, che attribuiscono al soggetto la *pienezza* di persona.

Ossia, per quale motivo il livello *biologico* dovrebbe essere, ancora, considerato superiore al livello della *personalizzazione*? Soprattutto in un'epoca ed in un contesto culturale che, da molto tempo, attribuisce alle funzioni superiori valore irrinunciabile.

Naturalmente, è fuor di dubbio che l'adesione alla possibilità di lasciare che si concluda una vita biologica, in ogni caso deve rimanere legato alla scelta consapevole individuale (o supplita dalle persone significative) e mai obbligatoria o legata ad una qualunque prassi. Questo nella ferma convinzione che comunque, anche il proseguimento di una vita di sola biologia, può rappresentare un valore ed un significato per l'uomo.

Va da sé, che nessuno può essere sottoposto a trattamenti contro la sua volontà.

Le persone, sempre più spesso, si trovano senza possibilità di esprimere le proprie volontà, in situazioni drammatiche

di sofferenza, di dipendenza assoluta, di esposizione totale alle decisioni di altri, di perdita del controllo sulla propria idea di dignità per sé.

Il problema è dunque: come manifestare la propria volontà nelle situazioni in cui non vi fossero più possibilità di decidere autonomamente perché sono intervenuti impedimenti non temporanei ma definitivi?

Un nuovo equilibrio va trovato nel bilanciamento delle possibilità tecniche e professionali con il sentire soggettivo consapevole del malato e la relazione con il suo mondo di vita circostante.

Non è accettabile demandare al solo medico l'ultima decisione, se ancora intendiamo attribuire valore alla persona ed alla comunità.

Raggiungere un tale equilibrio non è certo semplice. Ma può derivare solo da un intenso rapporto fra l'interessato o le sue persone di riferimento, con il supporto da una parte delle istituzioni, che devono garantire servizi di reale assistenza per le persone e dall'altra, di tutti gli operatori che a vario titolo sono coinvolti nel processo complessivo dell'assistere.

Solo in questa fase storica l'umanità (o quanto meno una sua parte...) si trova a dover decidere su questi problemi totalmente nuovi. Il grado delle difficoltà da affrontare per rispettare la persona è elevato. Ma questo non giustifica la negazione di un diritto inviolabile come la libertà di scelta del livello della propria dignità o della propria sofferenza ed anzi, dovrebbe spronare a trovare migliori soluzioni per un suo profondo rispetto.

La contrapposizione nel dibattito che queste situazioni generano è sintomatica di profonde e gravi carenze presenti nella nostra società. Carenze che vanno sanate a partire dalla comprensione che la salute non dipende solo dalla medicina e dalle tecnologie, ma anche dall'assistenza, ampiamente intesa, alle persone.

E qui dobbiamo affermare con forza che manca nella nostra società, una consapevolezza realistica che, per garantire un buon livello di assistenza, serve una cultura sviluppata ed orientata in tal senso, servono competenze e risorse elevate che devono essere trovate ed attribuite. Competenze e risorse che significano infermieri che abbiano la possibilità di dedicare oltre che cono-

scenze e capacità tecniche indiscutibili, anche tempo, tempo!, maturità personale e serenità di rapporti.

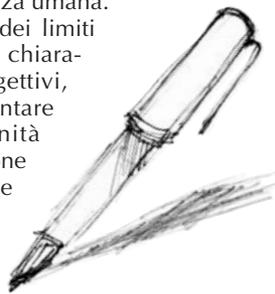
È indispensabile che le persone e la politica assumano fino in fondo, le responsabilità delle scelte in fatto di metodi e strumenti adottati per la protezione della salute, per le condizioni che questi strumenti generano in questo momento storico, anche sui nuovi problemi di fine vita.

Situazioni che si presentano drammatiche, probabilmente sarebbero più chiaramente affrontate e risolte se vi fosse una capacità di mettere a disposizione più generosamente l'assistenza da parte della nostra società, che rischia invece di involvere.

È nel *qui ed oggi* che siamo chiamati a prendere delle decisioni. Come riferimento non possiamo continuare a guardare al passato, quando la vita si concludeva solo per via naturale, né ad un futuro in cui, probabilmente, avremo conoscenze e capacità più approfondite ed avanzate. Quel futuro non esiste ancora, mentre le persone nella sofferenza esistono oggi. A queste va data una risposta.

Gli infermieri possono e devono oggi aiutare questa assunzione di responsabilità. Devono essere portatori di equilibrio e di scienza pragmatica che demitizzino le possibilità della tecnica e aiutino a rieducarsi al riconoscimento del *limite* come costitutivo dell'esperienza umana.

La gestione dei limiti oggi ormai chiaramente oggettivi, deve diventare un'opportunità di maturazione per chiunque ci si debba confrontare.



Il Comitato Direttivo Aniarti

Giulia Tarini, Infermiere Asur Marche ZT n. 3  
 Tamara Campanelli, Dr.ssa, Professore a contratto Università Politecnica delle Marche  
 Mauro Fallani, Dr., Direttore Pronto Soccorso e Medicina d'urgenza Asur Marche ZT n. 3

## La maxiemergenza ospedaliera: utilizzo del triage S.M.A.R.T.



### Riassunto

In questi ultimi anni la gestione delle calamità è oggetto di molte discussioni fra sanitari e "laici" a causa della poca capacità di gestire questa tipologia di eventi. Per questo si è alla ricerca di un sistema che apporti un miglioramento della qualità dell'assistenza alle vittime, cercando contemporaneamente la risposta più opportuna a questi eventi.

Queste calamità impongono alle strutture sanitarie, in particolar modo ai Pronto Soccorso, di dover assistere contemporaneamente un numero di pazienti enormemente più alto rispetto alla norma e con patologie tipiche di una maxiemergenza (traumatizzati gravi, ustionati, pazienti con gravi emorragie, in shock, ecc ...)

In questo studio si è voluto validare uno strumento di triage di massa, il metodo S.M.A.R.T. (Simple Method for Advanced and Rapid Triage), mettendolo a confronto con quello attualmente in uso per verificarne innanzitutto la sua attendibilità e quindi il suo possibile utilizzo routinario.

Sono stati valutati 301 pazienti afferiti al Pronto Soccorso dell'Ospedale di Fano nel mese di luglio 2007. Tutti sono stati esaminati sia con il metodo di triage S.M.A.R.T. che con quello tradizionale.

I risultati hanno dimostrato un indice di attendibilità molto elevato del metodo S.M.A.R.T.: l'83.4% dei codici è sovrapponibile a quello usuale. L'utilizzo del nuovo sistema di valutazione non ha comunque provocato un ritardo nella valutazione dei pazienti.

Le differenze individuate fra i due metodi sono legate al fatto che lo S.M.A.R.T. nasce per una pratica straordinaria per cui il suo obiettivo è quello di garantire un triage veloce trattando immediatamente i codici rossi avanzati (pazienti che necessitano di manovre salvavita). I pazienti con i codici bianchi non hanno trovato corrispondenza nel nuovo metodo in quanto non sono presenti durante una maxiemergenza.

In conclusione si può affermare che il metodo S.M.A.R.T. è risultato valido ed efficace nella valutazione del paziente che accede al Pronto Soccorso sia in condizioni ordinarie che durante una maxiemergenza.

**Parole chiave:** Triage, Metodo S.M.A.R.T., Maxiemergenza

### Introduzione

L'obiettivo di questo lavoro è quello di validare un nuovo strumento di triage, lo S.M.A.R.T. (Simple Method for Advanced and Rapid Triage)<sup>1</sup> e vedere quindi come questo risponda alle esigenze del personale sanitario e quanto si avvicini, in termini di risultati, ad un normale processo di triage.<sup>2</sup>

Si intende inoltre verificare se questo metodo possa essere utilizzato nella quotidianità, per far sì che l'infermiere di triage disponga di uno strumento unico per la sua pratica, sia "ordinaria" che "straordinaria".

È stato scelto il pronto soccorso dell'ospedale di Fano (Asur Marche ZT 3) che, essendo anche città turistica, in estate aumenta sensibilmente la popolazione. La peculiarità del protocollo S.M.A.R.T. è quella di poter valutare i soggetti con un "colpo d'occhio": l'operatore deve

porsi cinque domande fondamentali, seguendo lo schema ABCDE, per rilevare le funzioni vitali; potrà avvalersi di un saturimetro come supporto tecnologico in determinate condizioni. (Tabella n.1)

L'operatore, in base ai dati rilevati, assegnerà al soggetto un codice colore (Rosso avanzato, Rosso, Giallo, Verde). I codici-colore sono assegnati in ordine crescente di gravità, dal Verde al Rosso, senza poter tornare indietro: la rilevazione di un parametro alterato porta il paziente al codice Giallo e rimarrà in questa categoria se non ci sono altri parametri che mettono in pericolo la vita. Per semplificare il lavoro ed evitare errori, il protocollo S.M.A.R.T. adotta una grafica apposita: il triage avrà termine qualora si incontri l'esagono e continuerà nel caso in cui ci si trovi nel rettangolo (Tabella n. 1). Fa eccezione l'attribuzione del Codice Rosso Avanzato, assegnato nel caso in cui il paziente necessiti di manovre salva-vita: questo

### ARTICOLO ORIGINALE

pervenuto il 28/11/2008  
 approvato il 21/12/2008

fa concludere immediatamente il triage e la persona viene trattata subito.

### Materiali e metodi

La ricerca è stata svolta al triage del Pronto Soccorso di Fano. È stato scelto il mese di Luglio perché, a causa dell'afflusso di numerosi turisti, il numero delle prestazioni tende quasi a raddoppiare. Il campionamento dei soggetti è di tipo probabilistico randomizzato semplice: ogni soggetto ha un'eguale e indipendente probabilità di essere valutato.<sup>3</sup> I campioni non sono stati selezionati sulla base di caratteristiche comuni, ma sono stati presi in considerazione tutti coloro che giungevano in ospedale nei giorni e negli orari in cui si svolgeva lo studio.<sup>4</sup> Lo strumento con cui è stato svolto lo studio è la scheda del protocollo S.M.A.R.T. (Tabella n. 1)

I giorni sono stati scelti casualmente durante il mese di luglio, mantenendo alcune caratteristiche: le fasce orarie in cui è stata svolta e la cadenza costante di esse, in modo da ottenere una scientificità dei dati ed una sovrapponibilità degli stessi.

È stato utilizzato un metodo quantitativo per la raccolta dati, perché consente il trattamento diretto o sotto forma di categorie, dei dati stessi; inoltre permette di estendere i risultati anche ad altre popolazioni. Sono state scelte sei giornate, una ogni cinque giorni, in modo da comprendere tutti i giorni della settimana, a partire dal 05/07/2007.

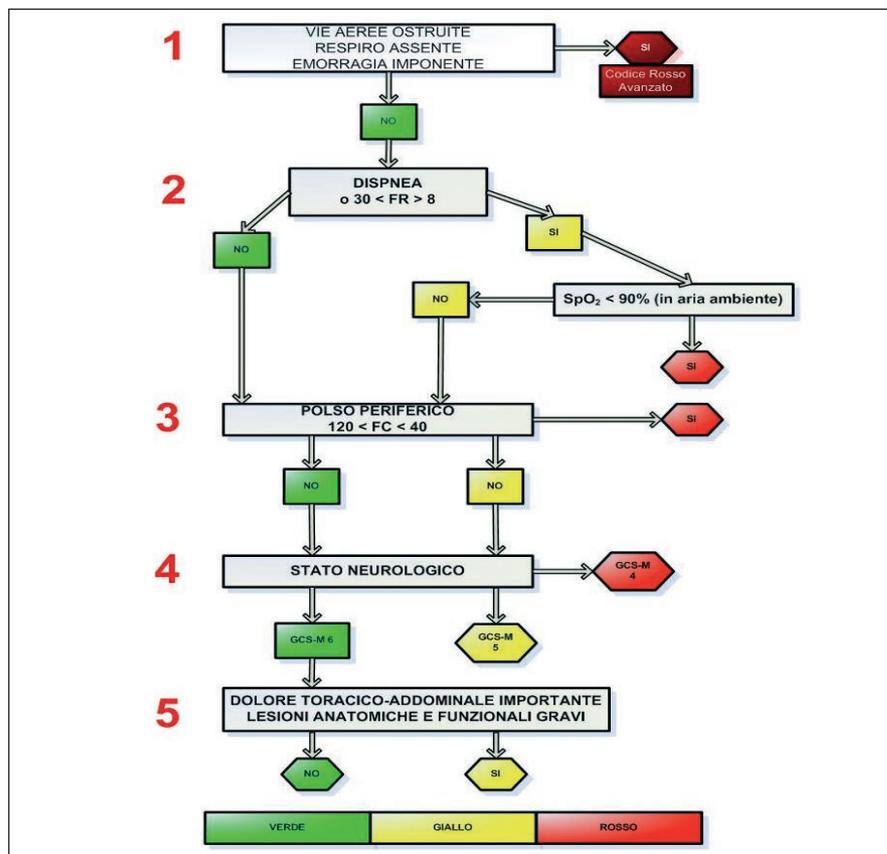
Le fasce orarie scelte per lo studio sono state le seguenti: dalle 09.00 alle 13.00, dalle 15.00 alle 18.00 e dalle 21.00 alle 24.00. Ciò ha permesso di considerare tutti i momenti di una giornata, il mattino, il pomeriggio e la sera, per far in modo che i dati sono rappresentativi dell'intera giornata.<sup>5</sup>

### Analisi dei dati

Il numero di casi raccolti è 301; possono essere schematicamente analizzati come segue:

Codici assegnati dal Pronto Soccorso			Codici assegnati dal Triage S.M.A.R.T.		
Codice Rosso	tot. 5	1,7%	Codice Rosso Avanzato	tot. 1	0,3%
Codice Giallo	tot. 49	16,3%	Codice Rosso	tot. 1	0,3%
Codice Verde	tot.240	79,7%	Codice Giallo	tot. 26	8,7%
Codice Bianco	tot. 7	2,3%	Codice Verde	tot.273	90,7%

Tabella n.1



Dai casi totali, nelle varie fasce orarie, si sono riscontrati i seguenti risultati:

notte, ma il rapporto tra i codici rimane costante.

Mattino	Pomeriggio	Notte
<b>118 casi (39,2%)</b>	<b>124 casi (41,2%)</b>	<b>59 casi (19,6%)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 codice Rosso (1,01%)</li> <li>• 13 codici Gialli (10,9%)</li> <li>• 104 codici Verdi (88%)</li> <li>• Nessun codice Rosso Avanzato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 codici Gialli (8,1%)</li> <li>• 114 codici Verdi (91,9%)</li> <li>• Nessun codice Rosso</li> <li>• Nessun codice Rosso Avanzato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 codice Rosso Avanzato (1,7%)</li> <li>• 3 codici Gialli (5,1%)</li> <li>• 55 codici Verdi (93,2%)</li> <li>• Nessun codice Rosso</li> </ul>

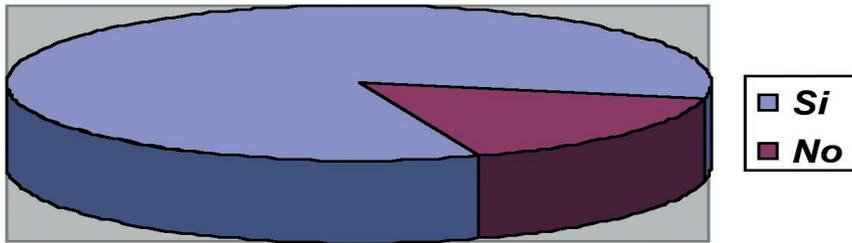
Si nota con chiarezza che non vi sono differenze sostanziali tra le diverse giornate, né di numero di casi, né di codici colore, in quanto le percentuali tra i vari codici sono pressoché simili. Tra le diverse fasce orarie, invece, si nota una diminuzione del numero totale di casi nella

### Discussione

La corrispondenza dei codici tra i due metodi presi in considerazione si è verificata in 251 su 301 (83,4%) casi. (Grafico 1) Questo ci porterebbe a dire subito che il metodo è valido e riproducibile, ma soffermiamoci a commentare i casi in cui i codici non corrispondono.

Naturalmente alcune di queste incongruenze sono date proprio dalla diversità dei due metodi che non sono sempre sovrapponibili. Il metodo S.M.A.R.T. tende a sovrastimare quelli che sono i codici Bianchi del Pronto Soccorso tra-

Grafico 1. Le Corrispondenze dei Codici



sformandoli in Codici Verdi; il metodo del Pronto Soccorso, a sua volta, tende a sottostimare quelli che sono i Codici Rossi Avanzati "declassandoli" a Codice Rosso.

Per quanto riguarda quelle situazioni in cui la diversità di risultato non dipende dalla diversità dei protocolli bensì dai diversi criteri di stima adottati nei due, ricordiamoci che queste incongruenze sono date dal fine per cui ognuno dei due protocolli nasce: se il protocollo adottato dal Pronto Soccorso nasce per fronteggiare le "questioni ordinarie", il protocollo S.M.A.R.T. nasce per fronteggiare quelle "straordinarie" quale una maxiemergenza.<sup>6</sup>

Lo S.M.A.R.T. tiene in forte considerazione quelle che sono le condizioni più probabili con cui un paziente si presenterà in ospedale dopo la catastrofe. Il sistema utilizzato dal Pronto Soccorso ha una visione più globale delle situazioni che si possono fronteggiare nella quotidianità.<sup>7</sup>

Si giunge quindi ad affermare che il protocollo S.M.A.R.T. può equiparare quello ordinario, seppur utilizzato con un certo pensiero critico.<sup>8</sup>

Il metodo S.M.A.R.T. si è rivelato un ottimo protocollo d'indagine: si ricorda l'estrema oggettività dello stesso che riduce al minimo il margine di errore dell'operatore.

I codici colore ottenuti con l'uso di questo protocollo rispecchiano il più realisticamente possibile il problema che ci viene sottoposto: raramente si è sottovalutato, anzi si è mantenuta l'oggettività di ogni caso preso in esame.

L'uso di un Codice Rosso Avanzato, il cui scopo è quello di identificare rapidamente quei casi "border-line" e trattarli immediatamente, può essere considerato un'innovazione nel normale svolgimento del lavoro in Pronto Soccorso: esso infatti può aiutare tutta l'équipe di lavoro nel prepararsi a fronteggiare il caso in modo più specifico e

repentino, descrivendo in modo inconfondibile quale sia lo stato attuale del paziente.<sup>9</sup>

Punto debole del metodo S.M.A.R.T. nel suo uso routinario rimane la mancanza di un codice Bianco: esso infatti è una circostanza ricorrente, in quanto comprende tutti quei casi che non richiederebbero la prestazione del Pronto Soccorso ma di altre strutture.

Tale problematica potrebbe essere ovviata, qualora si decida di utilizzare il metodo S.M.A.R.T., introducendo il codice-colore mancante senza andare ad inficiare il valore dello strumento e l'utilità che ne deriva anche in ambito routinario.<sup>10</sup>

### Conclusioni

Dai dati raccolti e tenute presenti le considerazioni fatte, si evince chiaramente che il protocollo S.M.A.R.T. è uno strumento valido nel caso di una maxiemergenza, in quanto la corrispondenza tra i codici ottenuta è elevata.

Durante lo studio, tutte le caratteristiche peculiari del metodo S.M.A.R.T sono emerse fortemente, dall'accuratezza, all'oggettività ed alla rapidità di compilazione.

Lo S.M.A.R.T. è quindi un protocollo che risponde in maniera ottimale alle esigenze del paziente, in quanto lo pone al centro del processo di valutazione e lo contempla nella sua globalità; è allo stesso tempo ottimo per il personale che si trova ad utilizzarlo in quanto facilita e velocizza le operazioni di valutazione e trattamento delle vittime.

La sua immediatezza è tale da renderlo ben utilizzabile nel caso di una catastrofe che è un evento improvviso ed inatteso: qui uno strumento come lo S.M.A.R.T., rapido e preciso, può facilitare l'attività degli operatori, con tutto beneficio delle vittime.

Questa comprovata validità ci permette

inoltre di affermare che lo S.M.A.R.T. è uno strumento utilizzabile nel caso di una catastrofe; è vero che è anche utilizzabile in condizioni "ordinarie" in quanto la stessa elevata uguaglianza di risultati lo dimostra.

Sarebbe opportuna un'integrazione dello stesso qualora s'intenda utilizzare il protocollo nella quotidianità, sempre senza trascurare l'importanza dell'educazione sanitaria affinché gli utenti classificati come codici bianchi decidano di intraprendere percorsi più idonei alle loro necessità.

Questa oramai dimostrata doppia possibilità di impiego, ci porta ad affermare che questo sia un protocollo bivalente, nonché un economico metodo di triage: se ci si dovesse trovare improvvisamente a dover fronteggiare una maxi-emergenza, il protocollo da utilizzare sarebbe lo stesso, con chiaro minor dispendio di tempo nell'organizzare il personale e gli spazi da adibire.

In questo modo il personale sarà formato una sola volta e svolgerà un lavoro più sistematico ed efficace quando dovrà affrontare la catastrofe.

### Bibliografia

- GIUBELLI N. *Il triage nella maxiemergenza, valutazione prospettica di un nuovo modello di triage (S.M.A.R.T.)*. Tesi di Laurea in Infermieristica Università Politecnica delle Marche, Facoltà di Medicina e Chirurgia, a.a 2006/07
- MURAY M, BULLARD M, GRAFSTEIN E. *Revision to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale Implementation Guidelines 2*. CJEM Vol 6, November 2004
- GARNER A, LEE A, HARRISON K, SCHULTZ CH. *Comparative analysis of multiple-casualty incident triage algorithms*. Annals of Emergency Medicine 38/5, November 2001
- ORDONELLI T, GIULIANI R. *L'intervento sanitario nelle grandi emergenze. Il triage extra-ospedaliero nella maxiemergenza. Confronto di Protocolli*. Corso di Alta Formazione Permanente e Ricorrente Università degli studi di Bari, Facoltà di Medicina e Chirurgia a.a. 2003-2004
- DEBACKER M. *Triage and regulation of mass burn casualties*. Int Rev Armed Forces Med Serv 1992; 65: 135-140
- DEBACKER M. "Disaster Medicine. In concepts and developments in Emergency Medicine" Leuven, 1992
- BOSSI M, MANGHI M, PIAZZI F, VOLENTIERI MG. *Soccorso in Azione: complementi per l'addestramento del personale addet-*

to al soccorso extraospedaliero. McGraw Hill, Milano 1995

8. FAIN JA. *La ricerca infermieristica: leggerla, comprenderla e applicarla*. II edizione, McGraw-Hill, Milano 2004
9. DEGANO A, PELAIÀ P. *Triage S.T.A.R.T.: protocollo di classificazione delle vittime in caso di catastrofe. Analisi critica e sviluppo di una simulazione informatizzata*. Corso di Laurea in Infermieristica Università Politecnica delle Marche, Facoltà di Medicina e Chirurgia. a.a. 2002-2003
10. CUNIAL ME, CIPOLLOTTI G, BENCI L. *Un servizio integrato per l'Emergenza Territoriale*. McGraw Hill, Milano 1999

#### Abstract

*In the last years, disaster management has been discussed among health professionals and lay people, due to the poor general ability of handling this kind of matter.*

*For this reason a system which improves the quality of assistance to victims is a matter of research, which could give at the same time the most suitable answer.*

*These disasters require health care facilities, especially First Aid, having to attend both a number of patients dramatically higher than normal and with pathologies typical for "maxi-emergencies" (severe trauma, burn, serious hemorrhage, shock, etc).*

*An instrument of mass triage has been validated in this study, the S.M.A.R.T. method (Simple Method for Advanced and Rapid Triage) comparing with the currently in use to verify its reliability and therefore its possible routine use.*

*In July 2007, 301 patients coming from the First Aid of Fano Hospital, have been evaluated using both S.M.A.R.T. triage and traditional method.*

*The results showed an index of very high reliability of S.M.A.R.T. method: 83.4% of the codes is similar to that usual. The use of the new evaluation system has not caused a delay in the assessment of patients. The differences identified between the two methods are related to the fact that S.M.A.R.T. was born to an extraordinary practice so its objective is to ensure a quick triage immediately treating advanced red code (patients who need life-saving maneuvers). Patients with white codes have not found correspondence in the new method because they are not present during a maxi emergency. In conclusion, S.M.A.R.T. is a valid and effective method's to evaluating patient who accesses in the First Aid both in a routine that in "maxi-emergency" conditions.*

**Key words:** Triage, S.M.A.R.T. method, Maxi-emergency

## Corso di aggiornamento teorico pratico Il Triage infermieristico Intraospedaliero attuato attraverso l'analisi del processo assistenziale



**Perugia 29 Maggio 2009**

Centro congressi Mater Gratiae

Sono disponibili:

50 posti per Infermieri accreditati ECM

20 posti per uditori non accreditati ECM

Responsabile scientifico: **Francesco Dottori** 3933754661

Segreteria organizzativa: **Marco Zucconi** 3391345044

#### Iscrizioni

- Soci Aniarti [€ 37,50 + iva € 7,50] € 45,00
- Non Soci Aniarti [€ 54,17 + iva € 10,83] € 65,00
- Altri\* [€ 20,83 + iva € 4,17] € 25,00

\*Altre figure professionali **non accreditate ECM** quali studenti, operatori di soccorso, ostetriche, ecc...

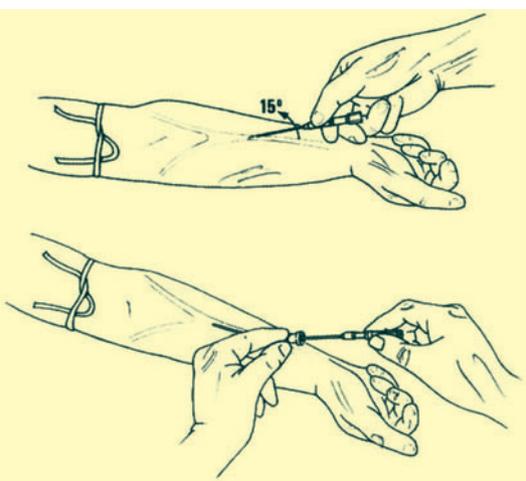
L'iscrizione da diritto alla partecipazione ai lavori congressuali, kit congressuale, coffe break e al materiale didattico.

- Opzione pasto [€ 20,00 + iva € 4,00] € 24,00

La quota pasto va specificata al momento dell'iscrizione

Mirella Molinari, A. Rocchina Tumolo, Alessandra Mastroia, E. Luiza Grigoros, Infermiere  
Lucia Ruggeri, Coordinatore infermieristico, Clinica neurologica N.O.C.S.A.E. di Modena

## Studio pilota sulle infiltrazioni accidentali in corso di infusione endovenosa in stroke unit



### Riassunto

**Introduzione:** in letteratura i dati, i protocolli, i trattamenti riguardanti gli stravasi da chemioterapici, sono consistenti e facilmente reperibili. Non altrettanto diffuso è lo studio di infiltrazioni causate da altri farmaci.

**Obiettivi:** valutare l'ampiezza e la frequenza del fenomeno degli stravasi e delle infiltrazioni in Stroke Unit.

**Materiali e metodi:** lo studio pilota è stato condotto osservando per 90 giorni le complicanze locali della terapia endovenosa attraverso vena periferica.

**Risultati:** nel periodo di osservazione sono stati ricoverati 68 soggetti con età media 65 anni (18 donne e 50 uomini), il 78% con un ictus.

Sono stati segnalati 44 casi, ovvero quasi il 30% della popolazione (9 donne e 11 uomini; età media 67,5 anni) ha subito una complicanza locale legata alla terapia farmacologica endovenosa; il 79,5% è avvenuta in pazienti in terapia antiedemigena con mannitolo (RR=7,3 di stravaso).

**Conclusioni:** quasi il 30% dei pazienti è interessato al fenomeno; il sesso femminile (RR 2,27) e il mannitolo (RR=7,3) somministrato attraverso agocannula risultano fattori di rischio.

**Parole chiave:** Mannitolo, Stravasi, Stroke unit.

La somministrazione attraverso catetere venoso periferico (cvp) di liquidi irritanti e vescicanti è prassi consolidata, anche se le raccomandazioni che possono essere estrapolate dalla revisione della letteratura suggeriscono il ricorso ad altri *devices* per la somministrazione intravenosa quando queste cure si prolungano nel tempo.<sup>1-2</sup>

Il protrarsi dei trattamenti, infatti, determina in breve il dissipamento del patrimonio venoso periferico, con conseguente notevole difficoltà nel reperimento di vene di calibro adeguato alla terapia infusiva aggressiva verso l'endotelio vasale e la difficoltà nell'esecuzione dei prelievi ematici.

Il ricorso a vene di piccolo calibro, l'uso di pompe di infusione, l'alterazione dello stato neurologico, possono essere causa di ritardi nella individuazione di stravasi accidentali delle terapie endovenose (e.v.) con conseguente determinazione di cellulite, ulcere da stravaso, impotenza funzionale degli arti interessati fino ai casi più gravi di sindrome compartimentale.

Mentre in letteratura le evidenze riguar-

danti il trattamento e la gestione degli stravasi di chemioterapici sono consistenti e i protocolli di gestione facilmente reperibili, nel caso di infiltrazioni sottocutanee ed intramuscolari di altri farmaci come il mannitolo, le notizie e le fonti sono limitate a casi report.<sup>3-4-5-6-7-8</sup>

Il mannitolo è un farmaco di elezione per il trattamento dell'edema cerebrale e i protocolli di trattamento attualmente più usati prevedono la somministrazione veloce di 0,25 gr/kg ogni 4/6/8/12 ore ma i possibili effetti collaterali locali sono chiaramente indicati nei foglietti illustrativi e includono necrosi cutanea e tromboflebite.

L'assenza di studi specifici in materia complica notevolmente il lavoro e la pianificazione infermieristica soprattutto in quando si adoperano metodologie risolutive molto eterogenee e di dubbia efficacia nel trattamento degli stravasi.

### Obiettivi

Valutare l'ampiezza e la frequenza del fenomeno degli stravasi e delle infiltrazioni in stroke unit (S.U.) e ricercare i fattori di rischio o favorenti. Individuare

### ARTICOLO ORIGINALE

pervenuto il 30/11/2008  
approvato il 09/01/2009

Figura 1. Scheda raccolta dati

SCHEDEGGIAZIONE STRAVASO FLEBITE									
Codice a barre									
Diagnosi di ammissione									
Data ricovero									
A		V		P		U		Trattamento	
AFASIA TOT		AFASIA GRAVE		AFASIA LIEVE		NO PROBLEM			
FARMACO STRAVASATO									
ARTO SUP DX		ARTO SUP SN		ARTO INF DX		ARTO INF SN			
Data inserzione cvp									
Tipo CVP									
SEGNALAZIONE POMPA PRESS MAX					SI		NO		
ENTRATE TOT EV ml/24H									
0-500		501-1000		1001-1500		>1500			

possibili approcci assistenziali preventivi ed interventi risolutivi<sup>9-10-11-12</sup>.

**Materiali e Metodi**

Lo studio pilota è stato condotto osservando per 90 giorni le complicanze in corso di terapia endovenosa attraverso vena periferica.

Figura 2. Infiltration Scale - Infusion Nurses' Society Standards of Practice -

Grado	Criterio clinico
0	<ul style="list-style-type: none"> <li>nessun sintomo</li> </ul>
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>cute pallida</li> <li>edema inferiore a 2,5 cm in ogni direzione</li> <li>cute fredda al tatto</li> <li>presenza o assenza di dolore</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>cute fredda al tatto</li> <li>presenza o assenza di dolore</li> <li>cute pallida</li> <li>edema da 2,5 a 15 cm in ogni direzione</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>cute pallida e translucida</li> <li>edema superiore a 15 cm in ogni direzione</li> <li>cute fredda al tatto</li> <li>dolore moderato</li> <li>possibile intorpidimento</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>cute pallida e translucida</li> <li>cute arrossata</li> <li>cute livida</li> <li>cute sudate</li> <li>grosso edema superiore a 15 cm in ogni direzione</li> <li>segno della fovea</li> <li>difficoltà circolatorie</li> <li>dolore importante</li> <li>infiltrazione in caso di emotrasi-fusione</li> <li>infiltrazione di farmaco irritante o vescicante</li> </ul>

Gli eventi sono stati segnalati su un'apposita scheda (Figura 1) dove venivano registrati età, sesso, capacità comunicative, risposta agli stimoli, diagnosi d'ingresso, tipo e calibro del device adoperato e data di posizionamento, farmaco stravasato, localizzazione, estensione del danno e la sua evoluzione nel tempo, volume di liquidi introdotti attraverso ago cannula nelle 24 h. Per valutare l'entità delle infiltrazioni/stravasi è stata adoperata la Infiltration Scale della Infusion Nurses' Society Standards of Practice (Figura 2) mentre le flebiti sono state stadiate per mezzo della Visual Phlebitis Assessment. (Figura 3)<sup>13</sup>.

La somministrazione dei farmaci prescritti è avvenuta attraverso cvp di calibro variabile da 14 a 22 ch., per mezzo di pompe volumetriche dello stesso tipo e marca, dotate di sistema di allarme di

pressione massima, le cui impostazioni standard sono rimaste immutate nel corso dell'osservazione. Tutte le somministrazioni attraverso gli accessi erano precedute dalla verifica della pervietà e del corretto posizionamento del cvp. Dove possibile, l'evento è stato documentato attraverso immagine fotografica.

**Risultati**

Nel periodo di osservazione sono stati ricoverati in S.U. 68 pazienti, la popolazione maschile rappresentava quasi il triplo di quella femminile, l'età media dei sessi era praticamente sovrapponibile. (Tabella 1)

Tabella 1. Caratteristiche del campione

	totale		
Campione	18	50	68
Età media anni	63	65,9	65,1
Paz. con complicanze	9	11	20

I pazienti incorsi nelle complicanze locali della flebo terapia erano poco più anziani degli altri ricoverati. (Tabella 2)

Tabella 2. Età del campione

Età (anni)	media	mediana
Pz no strav/fleb/ no tp cvp	64±12,4(SD)	65
Pz con strav/fleb	67,5±14,1(SD)	71

La diagnosi d'ingresso per il 78% dei casi era CVA (ictus ischemico, emorragico), per il 21% crisi comiziali; 3 presentavano un catetere venoso centrale all'ingresso, in altri tre casi è stato necessario un impianto successivo per

Figura 3. Scala di accertamento delle flebiti

il sito di inserzione appare integro	0	nessun segno di flebite OSSERVARE LA CANNULA
leggero dolore oppure leggero arrossamento	1	possibile primo segno di flebite OSSERVARE LA CANNULA
ci sono due di questi segni: dolore - eritema - gonfiore	2	primo stadio di flebite RIMUOVERE LA CANNULA
sono presenti tutti questi segni: dolore lungo il decorso della vena - eritema - indurimento	3	flebite ad uno stadio medio RIMUOVERE LA CANNULA probabile necessità di trattare la flebite
sono presenti tutti questi segni: dolore lungo il decorso della vena - eritema - indurimento - cordone palpabile	4	flebite in stato avanzato o inizio di tromboflebite RIMUOVERE LA CANNULA necessario trattamento della flebite
sono presenti tutti questi segni: dolore lungo il decorso della vena - eritema - indurimento - cordone palpabile - febbre	5	tromboflebite in stato avanzato RIMUOVERE LA CANNULA Trattamento della flebite

Grafico 1. Percentuale di soggetti con e senza complicanze locali da terapia ev

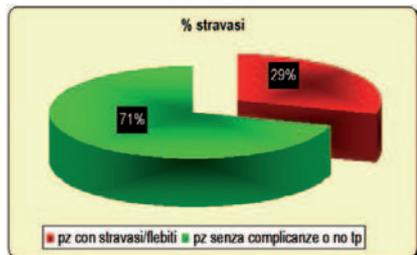


Grafico 2. Distinzione dei casi fra stravasi/infiltrazioni e flebiti

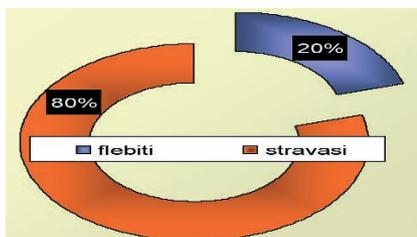


Tabella 3. Risposta allo stimolazione secondo la scala AVPU dei soggetti con complicanze locali da terapia ev

Stato neurologico	N° stravasi
A(alert)	29
V(verbal)	8
P (painful)	4
U (unresponsive)	3

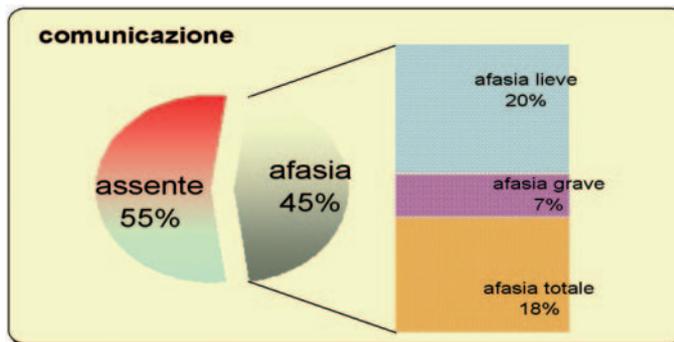
Tabella 4. Tabella di contingenza stravasi (i soggetti esposti sono in terapia con mannitolo 1° riga)

	Stravaso si	Stravaso no	
Mannitolo si	16	8	24
Mannitolo no	4	40	44
totale	20	48	68

Tabella 5. Farmaci registrati nelle schede come causa di stravasato o flebite \* Piperacillina, Aciclovir, Vancocina, ceftriaxone; \*\*lorazepam, fentoina; \*\*\*furosemide, ferlixit, canreonato, urapidil

	Casi	Flebite	Stravaso
Mannitolo 18%	20	SI	SI
Anti.biotici/virali*	8	SI	SI
Antiepilettici**	5	SI	SI
NPT	1	SI	NO
Iso.osmolari	4	NO	SI
Altro***	4	SI	SI
non noti	2	NO	SI

Grafico 3 Capacità comunicative verbali dei soggetti con complicanze locali da terapia ev e legenda afasia



**assente** 55%

**afasia** 45%

- afasia lieve** 20%: Afasia da lieve a moderata. Nell'eloquio spontaneo, fluenza o comprensione sono un po' ridotte, ma le idee vengono espresse senza significative limitazioni. La conversazione può essere difficile o impossibile, ma le risposte del paziente consentono di identificare la figura o gli oggetti denominati.
- afasia grave** 7%: Afasia grave. L'espressione è frammentaria e l'ascoltatore è costretto a fare domande e a tentare di estrapolare i contenuti dalle risposte. La quantità di informazioni scambiata è modesta e la comunicazione è possibile solo grazie allo sforzo dell'ascoltatore. Le risposte del paziente non consentono di identificare la figura o gli oggetti denominati.
- afasia totale** 18%: Muto, afasia totale. Fluenza e comprensione totalmente inefficaci.

dissipazione del patrimonio venoso periferico.

Sono stati segnalati 44 casi fra infiltrazioni, stravasi e flebiti, ovvero quasi il 30% della popolazione (20 pazienti) ha subito con certezza una complicanza locale legata alla terapia farmacologica endovenosa e di questa quota l'80% dipendeva da uno stravasato mentre il 20% da flebiti. (Grafico 1 e 2) Dalla lettura delle schede emergeva che il device risultava inserito sempre da meno di 72 ore dall'evento.

Fra i 44 casi segnalati, 29 erano a carico di pazienti privi di deficit della vigilanza, altri 15 riguardavano soggetti con alterazioni della coscienza. Nel 45% dei casi è stato riscontrato un deficit della comunicazione da un grado di afasia lieve fino ad un grado di afasia severa o totale. (Tabella 3, Grafico 3)

Le vene reperite per gli accessi venosi

erano prevalentemente quelle dell'arto superiore, il 42% degli eventi riguardava un arto plegico.

Il ricorso ai vasi su arti inferiori e parietici era una seconda scelta (necessità di far riposare delle zone già colpite da edema, intolleranza da parte del degente) o una scelta forzata (estinzione del patrimonio venoso sull'emisona sano). Il 79,5% degli incidenti è avvenuto in pazienti in terapia antiedemigena con mannitolo al 10% (549 mOsm/l) e al 18% (988mOsm/l).

Il rischio relativo (RR) di generare uno stravasato in pazienti in terapia con mannitolo è risultata essere estremamente alta (RR= 7,3). (Tabella 4 e Figura 4)

I farmaci che hanno determinato delle complicanze, e il tipo di complicanza sono riportati nella tabella 5; anche attraverso questa rappresentazione il mannitolo risulta essere la principale causa di problemi.

Figura 4. Schema di interpretazione del RR



**Foto 1. Stravaso da mannitolo al 18% su avambraccio con presenza di edema >15 cm in ogni direzione e flitteni.**



In due casi l'edema generato dall'infiltrazione era pari ad un grado 4 della Infiltration Scale. (Foto 1)

Al 65% degli stravasi è stato attribuito un grado 2 prevalentemente sulla base dell'estensione del danno. (Foto 2). Al caso più grave di flebite (Foto 3) è stato attribuito un grado 3.

**Foto 2. Stravaso da mannitolo al 18% con cvp ancora in sede (via venosa pervia con reflusso ematico presente) di 2° grado.**



In tutte le situazioni segnalate l'intervento conseguente è stato in primo luogo la rimozione del presidio.

In nessun caso la segnalazione dell'evento è partita dal sistema di allarme della pompa volumetrica.

I sistemi adottati per gestire l'infiltrazione subito dopo l'evento sono stati

**Foto 3. Flebite classificata come 3 stadio a 48h dall'inserimento del cvp**



piuttosto variegati, dalla postura in scarico dell'arto interessato, al trattamento con il freddo o con impacchi caldo umidi.

### Discussione

Trattandosi di uno studio pilota sia l'intervallo di osservazione che il campione preso in considerazione ci permettono solo di affermare che potrebbero esistere delle tendenze che andrebbero osservate più a lungo e meglio.

Dai dati raccolti emerge che gli eventi avversi legati alla somministrazione della terapia endovenosa per via periferica classificati come stravasi/infiltrazioni/flebiti sono numerosi, quasi il 30% dei pazienti è interessato al fenomeno. Anche senza fare dei confronti con gli altri dati in letteratura - in quanto risulta arduo se non impossibile confrontare metodi, standards e criteri diversi fra loro - questo risultato appare evidentemente degno di attenzione e impone di formulare nuove domande ed anche delle proposte.

A fronte di un dato così eclatante è stata valutata l'importanza di alcuni fattori come:

1. età;
2. sesso;
3. farmaco che ha generato il problema;
4. posizione del catetere venoso;
5. presenza di fattori che ritardano l'in-

individuazione o che predispongono alla stravasazione e/o alla flebite.

In dettaglio è emerso che:

1. l'età media dei soggetti interessati non diverge molto dal resto della popolazione studiata;
2. il sesso femminile (RR 2,27) e il mannitolo (RR=7,3) somministrato attraverso agocannula risultano fattori di rischio;
3. non ci sono sufficienti indizi che mettano in relazione la posizione del cvp fra arto plegico e non e lo sviluppo di stravasati e flebiti;
4. alcuni deficit neurologici possono essere assunti a priori come fattore predittivo di danni più evidenti o più estesi rispetto a quelli riscontrabili in soggetti esenti da tali deficit. Ad esempio in caso emianestesia o neglect il paziente non avverte fastidio o dolore che altrimenti verrebbero precocemente segnalati.

È emerso inoltre che l'uso di pompe da infusione con segnalazione di raggiungimento di pressione massima impostata, non è stato un valido sistema nella individuazione precoce di problemi lungo la linea infusiva, anche perché in molti casi l'infiltrazione sottocutanea della soluzione non era accompagnata da difficoltà od ostacoli al percorso intravasale, ma al richiamo di liquidi che la presenza di mannitolo esercitava nelle regioni perivascolari per ragioni di tipo evidentemente osmotico.

### Conclusioni

Questi due ultimi punti comportano l'inevitabile conclusione della necessità di una sorveglianza frequente del sito di inserzione nel corso delle infusioni di farmaci associati al fenomeno degli stravasati.

Per la prevenzione, l'esito sicuramente più importante dell'analisi è stata la possibilità di discutere da professionisti sulle alternative alla somministrazione di soluzioni iperosmolari e/o irritanti attraverso l'agocannula; grazie all'evidenza dei dati raccolti, attualmente si valuta con maggiore interesse il possibile ricorso a cateteri venosi centrali inseriti per via periferica (PICC) e con minore riluttanza si richiede il posizionamento di un CVC.

Per il trattamento è stato intrapreso, considerata l'eterogeneità degli inter-

venti registrati, un percorso di redazione di un protocollo di gestione dello stravasato da mannitolo allo scopo di ridurre dolore, impotenza funzionale e prevenire la temuta sindrome compartimentale e favorire così un più rapido recupero della zona sottoposta a insulto.

### Note

1. AAVV. La gestione dei Dispositivi Intravascolari Periferici. vol 5, N 4,1- 8, 2001 Traduzione a cura di: Forni C. Best Pratic vol. 2, Issue1,1998, 1329- 1874.
2. Centers of Disease Control and Prevention. Linee-guida per la prevenzione delle infezioni associate a catetere intravascolare. Giornale delle Infezioni Ospedaliere Vol 9(3) gennaio-marzo 2002.
3. Stahl S, Lerner A. Compartment syndrome of the forearm following extravasation of mannitol in an unconscious patient. Acta Neurochir (Wien) 2000.
4. Edwards JJ, Samuels D, Fu ES. Forearm compartment syndrome from intravenous mannitol extravasation during general anesthesia. Anesth Analg. 2003.
5. Erickson BA, Yap RL, Pazona JF, Hartigan BJ, Smith ND. Mannitol extravasation during partial nephrectomy leading to forearm compartment syndrome. Int Braz J Urol. 2007 Jan-Feb; 33(1):68-71.
6. Chang KA, Jawan B, Ning H, Bullous L. Eruptions caused by extravasation of Mannitol. A case report. Acta Anaesthesiol Sin 39: 2001,195-198.
7. Eroglu A, Uzunlar H. Forearm compartment syndrome after intravenous mannitol extravasation in a carbosulfan poisoning patient. J Toxicol Clin Toxicol. 2004; 42: 649-52
8. M. L. Spenny; K.Y.Moen; J. Dinulos. Acute Bullous Eruption With Compartment Syndrome Due To Intravenous Infiltration. Arch Dermatol /Vol 140, July 2004;798-800. www. Archdermatol.Com Ultimo Accesso 8/04/2008.
9. Kumar MM, Sprung J. The use of hyaluronidase to treat mannitol extravasation. Anesth Analg. 2003
10. Barbara J. Few Hyaluronidase For Treating Intravenous Extravasations. MCN Vol. 12 Jan/Feb 1987.
11. Gil ME, Mateu J. Treatment of Extravasation from Parenteral Nutrition Solution www.extravasation.org.uk ) Ultimo accesso 29/11/08.
12. Thigpen JL. Peripheral intravenous extravasation: nursing procedure for initial treatment. Neonatal Netw. 2007 Nov-Dec;26(6):379-84
13. Intravenous Nurses Society. Infusion nursing standards of practice. Journal of intravenous nursing 2000;23:1-72. www.gavecelt.org Ultimo accesso 29/11/08.

### Abstract:

**Introduction:** In literature dates, protocols and treatments concerning to extravasations of chemotherapy, are extensive and easily available. Less common is the study of infiltrations caused by other medicines.

**Objectives:** To assess the frequency of extravasations and infiltrations in Stroke Unit.

**Materials and methods:** The pilot study was conducted for 90 days observing local complications of intravenous therapy through peripheral vein.

**Results:** In the period of observation were hospitalized 68 patients with mean age of 65 years (18 women and 50 men), 78% with a stroke. 44 cases have been signalled, nearly 30% of people (9 women and 11 men, age middle 67.5 years) had a local complication related to intravenous drug therapy; 79.5% occurred in patients treated with mannitol antiedema (RR = 7.3 of extravasations).

**Conclusions:** Almost 30% of patients are interested in the phenomenon. Female sex (RR 2.27) and mannitol(RR = 7.3) administered through peripheral vein i.v.catheter are risk factors.

**Key words:** Mannitolo, Extravasation, Stroke unit.

**Francesco Burrai**, PhD. Dott. Magistrale, Professore a contratto di Teoria del Nursing e di Infermieristica Olistica, Università degli Studi di Bologna. Sede formativa Bo1-Scuola CRI.

**Stefano Sebastiani**, Dott. Magistrale, Settore Formazione e Aggiornamento Professionale (Ricerca - Innovazione - Governo Clinico e Valutazione della Performance), Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna. Referente Scientifico Master di primo livello in "Assistenza Infermieristica in Area Critica". Università degli Studi di Bologna.

**Rocco Mergola**, Infermiere Specialista in Area Critica, Servizio 118, Ospedale Infermi, Rimini

# Proprietà psicometriche del Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI): la percezione degli infermieri di terapia intensiva rispetto ai bisogni dei familiari dei pazienti



## Riassunto

Questo studio è stato disegnato per rispondere alla seguente domanda di ricerca: il Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) rappresenta un valido strumento per la valutazione della percezione che hanno gli infermieri italiani rispetto ai bisogni delle persone con familiari ricoverati in terapia intensiva? Il CCFNI è un questionario validato a livello internazionale, utilizzato per la valutazione della percezione che hanno gli infermieri di terapia intensiva, rispetto ai bisogni dei familiari dei pazienti. Il Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) fu somministrato a un campione di convenienza di 400 infermieri che lavora nelle terapie intensive, di cui 340 sono stati riconsegnati (85%). È stata eseguita l'analisi di affidabilità del questionario sotto l'ipotesi della monofattorialità. Successivamente è stato eseguito il test di sfericità di Barlett e il test di Kaiser-Meyer-Olkin (KMO test) in riferimento alla possibilità di eseguire l'analisi fattoriale. L'analisi fattoriale, utilizzata per la riduzione della complessità del test e l'identificazione dei quattro fattori del Critical Care Family Needs Inventory, ha utilizzato la metodologia delle componenti principali con estrazione dei fattori tramite la rotazione ortogonale varimax. I risultati indicano che gli items presentano una sostanziale correlazione, che determina un coefficiente  $\alpha$  di Cronbach pari a .93. Tutti gli items presentano una correlazione molto elevata con il totale della scala. L'analisi delle componenti principali ha individuato quattro fattori: Attenzione e Rassicurazione; Prendersi Cura di Se Stessi; Informazione Cliniche e Assistenziali; Prossimità e Accessibilità. La intercorrelazione tra i quattro fattori è statisticamente significativa e l'analisi di affidabilità attesta un'elevata coerenza interna delle quattro subscale. In conclusione, il questionario utilizzato ha buone qualità psicometriche, ma necessità di ulteriori studi per esplorare maggiormente la complessità assistenziale in riferimento ai bisogni dei familiari delle terapie intensive attraverso il CCFNI.

**Parole chiave:** Critical Care Family Inventory, Percezione, Bisogni, Psicomatria, Olistimo.

## ARTICOLO ORIGINALE

pervenuto il 29/08/2008  
accettato il 03/11/2008

**P**er i familiari, il ricovero di un proprio caro in terapia intensiva, rappresenta un evento assistenziale che influisce negativamente sulla sfera emotiva, con possibilità di fenomeni psicologici traumatici come shock, paura, ansia, disperazione, senso di colpa, negazione, che possono portare ad una chiusura interiore rispetto al mondo esterno.<sup>1,2,3,4,5,6</sup>

Diversi studi evidenziano come i bisogni, i problemi e tutte le tematiche che riguardano i familiari con pazienti ricoverati in terapia intensiva, non ricevono attenzione da parte dell'équipe sanitaria medica e infermieristica.<sup>7,8,9,10</sup> Per studiare questo aspetto, Molter sviluppò il Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI), un questionario strutturato, costituito da 46 items, misurati su una scala Likert, che valuta la percezione

dell'équipe sanitaria di terapia intensiva rispetto ai bisogni dei familiari dei pazienti ricoverati.<sup>11</sup>

Il CCFNI successivamente fu sottoposto alla valutazione delle proprietà psicometriche, come la consistenza interna, l'affidabilità, la validità e una prima analisi fattoriale che individuava cinque bisogni dei familiari: supporto, comfort, informazione, prossimità e rassicurazione.<sup>12</sup>

Negli ultimi anni la ricerca infermieristica ha prodotto diversi studi sui bisogni dei familiari sia a livello internazionale<sup>13,14,15,16</sup> sia a livello nazionale.<sup>17,18,19</sup>

## Materiali e Metodi

### Campione

In questo studio è stato utilizzato un campione di convenienza di 400 infermieri che lavorano in terapia intensiva in diversi ospedali del nord Italia. A tutti gli infermieri è stato chiesto di rispondere in maniera volontaria e anonima agli items del questionario strutturato. Il questionario è stato approvato e autorizzato dalla direzione degli ospedali interessati ed è stato distribuito agli infermieri delle terapie intensive in un periodo di quattro settimane.

### Questionario

Il Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) è composto da 42-item, con scala Likert a 4 - punti, con un range da "non importante" a "molto importante".<sup>15</sup> Il questionario è stato tradotto dall'inglese all'italiano e successivamente ritradotto da qualificati traduttori e successivamente testato e validato da un gruppo di infermieri esperti.

### Analisi Statistica

Sotto l'ipotesi della monofattorialità del questionario, per l'analisi di affidabilità, sono stati usati l' $\alpha$  di Cronbach per la stima della consistenza interna, la statistica descrittiva per item, la statistica del totale degli items, il coefficiente della correlazione del totale item corretta, la stima dell'attendibilità con approccio dell'analisi della varianza ad una via (ANOVA), il coefficiente di correlazione interclasse e il  $T^2$  di Hotelling. Il test di sfericità di Barlett è stato usato per esaminare l'ipotesi nulla che la matrice R che contiene le correlazioni tra le variabili osservate sia uguale alla matrice d'identità I,

mentre il test di Kaiser-Meyer-Olkin (test KMO) per la valutazione dell'adeguatezza campionaria in riferimento alla possibilità di eseguire l'analisi fattoriale. Per studiare, riassumere e semplificare le relazioni dell'insieme delle variabili del questionario, dunque individuando fattori che spiegano strutture o processi latenti ipoteticamente presenti nel CCFNI, è stata utilizzata l'analisi fattoriale. L'analisi fattoriale ha usato metodologia delle *componenti principali* per l'estrazione dei fattori. L'analisi delle componenti principali, si basa sul calcolo degli autovalori, con lo scopo di generare nuove variabili che rappresentano la combinazione lineare di quelle osservate sintetizzando l'informazione, permettendo di analizzare la varianza totale delle variabili. Per migliorare l'interpretazione della soluzione fattoriale con l'analisi delle componenti principali, si è usato il processo di rotazione ortogonale di tipo *Varimax*, che massimizza la varianza delle saturazioni delle variabili all'interno di ogni fattore, permettendo di separare meglio i diversi fattori. Valori di saturazione inferiori a 0.40 non venivano inclusi in un fattore, mentre autovalori inferiori a 1 non venivano considerati significativi. Il coefficiente di correlazione  $r$  di Pearson è stato usato per analizzare le correlazioni tra i fattori. L'elaborazione statistica è stata eseguita con il *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

## Risultati

### Analisi di affidabilità

L'analisi è stata eseguita sui dati di 340 questionari ritornati sui 400 distribuiti (85 %).

Sotto l'ipotesi della monofattorialità del questionario, l'analisi di affidabilità è risultata estremamente positiva. La consistenza interna del CCFNI mostra un valore dell' $\alpha$  di Cronbach di 0,93. La statistica descrittiva per item, ha evidenziato deviazioni standard che indicano una bassa dispersione dei punteggi, con medie che cadono tutte nello stesso range. Nella statistica del totale degli item, nessun item determina un aumento dell'alfa se eliminato, confermando ulteriormente la bontà del test. Il coefficiente della correlazione del totale item

corretta, indica buoni coefficienti di correlazione. La stima dell'attendibilità con ANOVA indica un valore pari a 0.93 ( $\alpha^2 = 103,8$ ,  $P = .000$ ), dunque un valore molto elevato e di fatto identico a quello dell' $\alpha$  di Cronbach ( $\alpha = 0.93$ ), valore che attesta per una forte coerenza interna per gli item. I risultati dell'analisi del coefficiente di correlazione interclasse, indicano per la stima puntuale relativa al singolo item, comparabile con la correlazione media tra gli items, un valore di 0.244, dunque assai elevato e statisticamente significativo ( $F = 14,5$ ,  $P = .000$ ), con limiti dell'intervallo di confidenza al 95% di .216 - .277, mentre la stima relativa alla media della scala, comparabile alla stima di attendibilità della scala, mostra un valore pari a 0.931, dunque anche esso assai elevato e statisticamente significativo ( $F = 14,5$ ,  $P = .000$ ), con limiti dell'intervallo di confidenza al 95% di .920 - .941. Il  $T^2$  di Hotelling, è risultato significativo ( $F = 31.5$ ,  $P = .000$ ), dunque si rifiuta l'ipotesi nulla che le medie degli items siano tutte uguali, dunque gli items non possono essere considerati forme parallele.

### Analisi delle componenti principali

Il test di adeguatezza campionaria di Kaiser-Meyer-Olkin ha presentato un valore di 0.88, mentre il test di sfericità di Barlett è significativo ( $\alpha^2 = 6169,02$ ,  $p = .000$ ), autorizzando la successiva analisi fattoriale. L'analisi delle *componenti principali* è parte dell'analisi fattoriale, la quale viene effettuata per studiare, riassumere e semplificare le relazioni in un insieme di variabili, allo scopo di individuare uno o più fattori latenti che spiegano le similarità che accomunano una serie di variabili. L'analisi delle componenti principali è una strategia per approssimare una soluzione fattoriale, dove le componenti sono la combinazione lineare delle variabili originali. Nel nostro studio è stata eseguita con una soluzione a quattro fattori, i quali spiegano il 43,2 % della varianza. Ogni fattore aveva un autovalore sopra 1.8. Il coefficiente di Cronbach per la stima della consistenza interna del CCFNI era pari ad un  $\alpha = 93,1$ . I quattro fattori individuati sono:

- *Fattore I, che riflette il bisogno di avere sanitari sensibili a livello delle informazioni e dell'ascolto. Il valore*

della percentuale della varianza è stato del 13,8%, con un autovalore di 11,9.

- **Fattore II**, riflette il bisogno di prendersi cura di loro dal punto di vista fisico, psicologico e sociale. Il valore della percentuale della varianza è stato del 11,1% con un autovalore di 3,0.
- **Fattore III**, riflette il bisogno di sapere che tipo di assistenza viene erogata al paziente. Il valore della percentuale della varianza è stato del 9,7%, con un autovalore di 2,0.
- **Fattore IV**, riflette il bisogno di avere informazioni sulla continuità assistenziale. Il valore della percentuale della varianza è stato dell'8,4%, con un autovalore di 1,8.

Nella seguente Tabella 1, vengono mostrati i risultati dell'analisi delle componenti principali con rotazione ortogonale varimax.

La successiva Tabella 2, mostra i valori del range dei punteggi, le medie e delle deviazioni standard dei quattro fattori. A causa della differenza del numero degli items che formano ogni fattore, si evidenzia una chiara diversità tra i vari range e le rispettive medie non possono essere poste in comparazione rispetto ad un livello assoluto. Dunque le medie vengono ponderate attraverso la divisione con il numero degli items di ogni fattore, e attraverso la loro comparazione, si può evidenziare in base al parametro dell'importanza la progressione dei singoli fattori: fattore I, Attenzione e Rassicurazione; fattore III, Informazione Cliniche e Assistenziali; fattore IV, Prossimità e Accessibilità, e infine il fattore II, Prendersi Cura di Se Stessi.

Rispetto al coefficiente di attendibilità posto da Nunnally e Berstein<sup>20</sup> si considerano valori uguali a 0.90 come ottimi, valori compresi tra 0.80 e 0.90 molto buoni, valori compresi tra 0.70 e 0.80 buoni, valori compresi tra 0.60 e 0.70 sufficienti e valori inferiori a 0.60 inadeguati. Dunque in base a tali parametri, la consistenza interna dei quattro fattori è molto buona, ed è direttamente proporzionale al numero degli items che compongono ogni fattore. L'intercorrelazione tra i quattro fattori è buona ed è statisticamente significativa (P = 0.01), come mostrato dalla seguente Tabella 3.

**Tabella 1. Analisi delle componenti principali con rotazione varimax**

Item	Fattore I	Fattore II	Fattore III	Fattore IV
Rassicurazioni sulla migliore assistenza possibile per il pz	0,64			
Rassicurazioni sulla possibilità di lasciare l'ospedale	0,61			
Sentire che è accettato piangere	0,56			
Percepire che c'è speranza	0,54			
Avere qualcuno che si preoccupi delle condizioni di salute dei familiari	0,53			
Sentirsi accettati dallo staff sanitario	0,51			
Comunicazione dei programmi di trasferimento durante la loro organizzazione	0,49			
Percepire che lo staff sanitario cura il paziente	0,49			
Comunicazione di nominativi di altre persone che possono essere di aiuto in caso di problemi	0,43			
Avere un telefono nelle immediate vicinanze della stanza di attesa		0,73		
Avere un sacerdote disponibile		0,67		
Essere informati sui servizi religiosi		0,66		
Avere un WC vicino alla stanza di attesa		0,64		
Avere un luogo dove potersi isolare		0,63		
È concesso rimanere da soli in qualunque momento		0,62		
Avere qualcuno che possa fare consulenza sui problemi finanziari		0,59		
Avere disponibilità di un buon cibo in ospedale		0,54		
Avere arredi confortevoli nella stanza di attesa		0,51		
Ricevere consigli sul dafarsi quando si è affianco al letto del paziente		0,43		
Discutere dei loro sentimenti, dei loro stati d'animo, rispetto a ciò che è accaduto		0,42		
Ricevere spiegazioni rispetto all'ambiente della T.I.		0,42		
Conoscere il perché il paziente è sottoposto a varie procedure			0,71	
Parlare con i medici ogni giorno			0,66	
Ricevere giornalmente informazioni sul paziente			0,66	
Conoscere l'esito atteso			0,64	
Conoscere esattamente cosa è stato fatto al pz			0,63	
Avere risposte sincere alle domande			0,58	
Conoscere i dettagli rispetto al progresso del pz			0,53	
Conoscere le varie figure dello staff			0,52	
Conoscere quale trattamento medico il paziente sta ricevendo			0,43	
Presenza di un'assistenza riabilitativa			0,40	
Possibilità di avere un'altra persona durante la visita				0,70
Avere una persona specifica da contattare in ospedale quando si è impossibilitati a fare una visita				0,69
Parlare con lo stesso infermiere ogni giorno				0,62
Avere amici nelle vicinanze come supporto				0,61
Avere il nominativo di qualcuno che possa intervenire in caso di problemi familiari				0,52
Vedere il paziente frequentemente				0,52
Avere la sala di attesa vicina al paziente				0,42

Fattore I, Attenzione e Rassicurazione; Fattore II, Prendersi Cura di Se Stessi; Fattore III, Informazioni Cliniche e Assistenziali; Fattore IV; Prossimità e Accessibilità.

**Tabella 2. Media e Deviazione standard delle quattro subscale del CCNI**

Fattore	Range	Media (DS)	Media/n. Items
Attenzione e Rassicurazione	16 -36	30,17 (3,74)	3.52
Prendersi Cura di Se Stessi	18 - 48	33,66 (6,28)	2.80
Informazione Cliniche e Assistenziali	19 - 40	33,79 (4,38)	3.37
Prossimità e Accessibilità	8 - 28	20,02 (4,09)	2.86

Attenzione e Rassicurazione, 9 items; Prendersi Cura di Se Stessi, 12 items; Informazione Cliniche e Assistenziali, 10 items; Prossimità e Accessibilità, 7 items.

Tabella 3. Consistenza interna e intercorrelazioni delle subscale del CCNI

	Fattore 1	Fattore2	Fattore 3	Fattore 4
Fattore 1	<i>0.80</i>	0.57**	0.52**	0.54**
Fattore 2	-	<i>0.87</i>	0.48**	0.62**
Fattore 3	-	-	<i>0.84</i>	0.52**
Fattore 4	-	-	-	<i>0.82</i>

*I valori in corsivo indicano la consistenza interna  $\alpha$*

*\*\*La correlazione è significativa ad un livello di  $P = 0.01$  ( a due code)*

## Discussione

Il test KMO ha indicato che il campione dello studio è sufficientemente ampio, mentre il test di sfericità di Bartlett è risultato significativo, dunque si è potuto procedere con la successiva applicazione dell'analisi fattoriale. I risultati delle diverse analisi di affidabilità, attestano una elevata coerenza interna della scala del CCFNI. Gli items presentano una sostanziale correlazione, che determina alla fine un coefficiente  $\alpha$  di Cronbach pari a .93. Nella statistica descrittiva per items nessuno degli items è risultato troppo desiderabile (medie elevate) o troppo poco desiderabile (medie basse). Tutti gli items presentano una correlazione molto elevata con il totale della scala. I risultati dell'analisi del coefficiente di correlazione inter-classe, indicano per entrambi i coefficienti valori che risultano significativamente diversi da 0 e con limiti dell'intervallo di confidenza che evidenziano una elevata correlazione tra gli items e un elevato livello di attendibilità della scala. Il  $T^2$  di Hotelling è risultato significativo, dunque gli items non possono essere considerati forme parallele. L'analisi delle componenti principali ha individuato quattro fattori. Il fattore I, composto da 9 items, riflette il bisogno di attenzione e rassicurazione dei familiari. In questo fattore sono implicate diverse componenti psicologiche che influenzano le condizioni emotive dei familiari, come l'ansia, la paura, la sofferenza, l'incertezza, la speranza, la sensibilità. L'équipe infermieristica può influenzare positivamente queste variabili attraverso l'applicazione di un'assistenza olistica, avvalendosi di svariate tecniche e strategie comunicative e relazionali per migliorare il comfort dei familiari<sup>21</sup>, il livello di comprensione tra infermieri e familiari.<sup>22</sup>

Un altro possibile intervento per intercettare e affrontare in maniera efficace questo bisogno, è la formazione di focus

group, nei quali si trattano le informazioni raccolte durante i colloqui con i familiari per poi strutturare strategie che incrementino la sensibilità, la capacità di ascolto, la sensibilità e la percezione dei bisogni dei familiari da parte degli infermieri.<sup>23</sup>

Il fattore II, composto da 12 items, riflette il bisogno dei familiari di prendersi cura di se stessi.

I familiari della terapia intensiva, consumano molto rapidamente energia fisica, psicologica e spirituale e spesso compensano con un coping inefficace, alterando il proprio equilibrio psico-fisico-spirituale. I familiari hanno bisogno di reintegrare le energie fisiche attraverso un buon cibo e riposarsi in luoghi a loro dedicati, confortevoli e moderni,<sup>24</sup> di reintegrare le energie psicologiche attraverso la riduzione dell'ansia ottenuta anche con semplici informazioni sull'ambiente della terapia intensiva, il poter avere consigli pratici su come affrontare la condizione del proprio ricoverato e la possibilità di scaricare le tensioni psicologiche, anche parlando con i membri dell'équipe, sapendo che sono ascoltati nei propri dubbi, timori, compresi nel loro stato d'animo. Un ricovero in terapia intensiva sconvolge spesso le dinamiche non solo relazionali, ma anche economiche della famiglia, soprattutto sul versante professionale. Alcune persone possono decidere di prendersi delle aspettative dal lavoro o addirittura abbandonarlo, con ripercussioni economiche sulla famiglia: la possibilità di avere una consulenza sui propri problemi finanziari, è un aspetto non marginale. Da specificare, che il questionario, essendo di origine americana, presenta items di tipo economico perché negli USA è presente un tipo di assistenza sanitaria legata spesso al regime assicurativo, dunque, la componente finanziaria entra in maniera importantissima nelle dinamiche delle famiglie. Molti familiari presentano

anche una sofferenza spirituale, componente dell'assistenza olistica, dunque è presente il bisogno di un'assistenza specifica su questo versante, come l'indicazione di un servizio di tipo religioso, la presenza di un sacerdote, le modalità e i tempi di colloquio.<sup>25</sup> Anche infermieri formati ad un'assistenza olistica possiedono competenze di ascolto profondo, di intuizione e di colloqui di tipo spirituale.

Il fattore III, riflette il bisogno dei familiari di avere informazione cliniche e assistenziali. La mancanza di informazione crea incertezza, ansia e false aspettative: il tipo e le modalità in cui le informazioni sono veicolate dall'équipe infermieristica ai familiari, sono strategiche per avere una buona relazione interpersonale. Molti familiari hanno bisogno di partecipare, conoscere, anche con un certo dettaglio, le condizioni e l'evoluzione del proprio ricoverato. Questo fattore misura la capacità, l'intenzione e l'importanza che gli infermieri attribuiscono alla variabile legata alla conoscenza e alla partecipazione dei familiari al piano assistenziale. Gli items misurano fenomeni come la confidenza tra infermieri e familiari, che si ripercuote spesso sul livello d'ansia del familiare<sup>26</sup> sulla capacità di collaborazione, sulla prevenzione di possibili conflitti, su una maggiore chiarezza rispetto al futuro del proprio caro, sul saper a quale tipo di sanitario poter chiedere un certo tipo di informazione. Il fattore IV riflette il bisogno dei familiari di prossimità e accessibilità. Questo fattore è legato all'aspetto di continuità nel rapporto con il proprio ricoverato. Un aspetto importante è la possibilità di mantenere un legame costante con il proprio caro e con l'équipe, anche quando il familiare non è fisicamente presente in terapia intensiva. Dunque questo fattore misura che tipo di percezione hanno gli infermieri rispetto a tale bisogno, se hanno una visione di integrazione con i familiari, come per esempio avere la possibilità di vedere frequentemente il proprio ricoverato, di poterlo vedere dalla sala d'attesa; avere altre persone durante la visita al paziente<sup>27</sup>; avere una persona di fiducia in ospedale da poter sempre contattare, anche per avere una consulenza sui problemi di tipo familiare; poter comunicare frequentemente con lo staff infermieristico<sup>28</sup>, meglio con un case manager.

## Conclusioni

In questo studio, come nei maggiori studi internazionali sul CCFNI, i quattro fattori definiscono dimensioni diverse, ma tra loro fortemente relazionate:

1. il fattore I (*Attenzione e Rassicurazione*) e il fattore III (*Informazioni Cliniche e Assistenziali*), sondano una dimensione intersoggettiva, legata alla sensibilità, capacità, intuizione, intelligenza, del singolo infermiere nell'intercettare, capire, incontrare i bisogni dei familiari;
2. il fattore II (*Prendersi Cura di Se Stessi*) e il fattore IV (*Prossimità e Accessibilità*), solo legati al mondo delle informazioni di tipo ambientale.

Dal punto di vista psicometrico, il questionario utilizzato in questo studio ha evidenziato buone qualità psicometriche, ma necessita però di ulteriori studi per capire meglio le correlazioni tra le variabili socio-demografiche e professionali e i quattro fattori, nonché si evidenzia la necessità di ulteriori studi per esplorare meglio la complessità assistenziale in riferimento ai bisogni dei familiari delle terapie intensive attraverso il CCFNI.

## Bibliografia

1. Daley L. The perceived immediate needs of families with relatives in the intensive care setting. *Heart and Lung* 1984;13:231-37.
2. Engli M, Kirsivali FK. Needs of family members of critically ill patients with and without acute brain injury. *Journal of Neuroscience Nursing* 1993;25:78-85.
3. Kleiber C, Halm M, Titler M, Montgomery LA, Johnson SK, Nicholson A, Craft M, Buckwalter K, Megivern K. Emotional responses of family members during a critical care hospitalization. *American Journal of Critical Care* 1994;3:70-76.
4. Johnson SK, Craft M, Titler M, Halm M, Kleiber C, Montgomery LA, Megivern K, Nicholson A, Buckwalter K. Perceived changes in adult family members' roles and responsibilities during critical illness. *International Journal of Nursing Scholarship* 1995;27:238-43.
5. Mendonca D, Warren NA. Perceived and unmet needs of critical care family members. *Critical Care Nursing Quarterly* 1998;21:58-67.
6. Neabel B, Fothergill-Bourbonnais F, Dunning J. Family assessment tools: a review of the literature from 1978-1997. *Heart and Lung* 2000;29:196-209.
7. Kleinpell RM, Powers MJ. Needs of family members of intensive care unit patients. *Applied Nursing Research* 1992;5:2-8.
8. Murphy PA, Forrester DA, Price DM, Monaghan JF. Empathy of intensive care nurses and critical care family needs assessment. *Heart and Lung* 1992;21:25-30.
9. Bijttebier P, Vanoost S, Delva D, Ferdinande P, Frans E. Needs of relatives of critical care patients: perceptions of relatives, physicians and nurses. *Intensive Care Medicine* 2001;27:160-65.
10. Delva D, Vanoost S, Bijttebier P, Lauwers P, Wilmer A. Needs and feelings of anxiety of relatives of patients hospitalized in intensive care units: implications for social work. *Social Work in Health Care* 2002;35:21-40.
11. Molter NC. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart and Lung* 1979;8:332-39.
12. Leske JS. Internal psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory. *Heart Lung* 1991;20(3):236-44.
13. Holden J, Harrison L, Johnson M. Families, nurses and intensive care patients: a review of the literature. *J Clin Nursing* 2002;11:140-8.
14. Takmana C, Severinsson E. A description of healthcare providers' perceptions of the needs of significant others in intensive care units in Norway and Sweden. *Intensive and Critical Care Nursing* 2006;22:228-38.
15. Takman C, Severinsson E. Comparing Norwegian nurses' and physicians' perceptions of the needs of significant others in Intensive Care Units. *J Clin Nurs* 2005;14(5):621-31.
16. Takman C, Severinsson E. The needs of significant others within intensive care—the perspectives of Swedish nurses and physicians. *Intensive Crit Care Nurs* 2004;20(1):22-31.
17. Magotti A, Saiani L, Drigo E. I bisogni dei familiari dei pazienti ricoverati nelle terapie intensive del Trentino. *Rdl* 1999;18(3):124-30.
18. Magotti A. Stato dell'arte degli studi sui bisogni dei familiari di un paziente ricoverato in un reparto di terapia intensiva. *Atti Congresso Anarti* 2000;163-8.
19. Moggia F, Di Giulio P. I bisogni dei familiari dei pazienti ricoverati in un reparto di terapia intensiva. *Atti Congresso Anarti* 2000;175-81.
20. Nunnally JC, Berstein IH. *Psychometric Theory*. New York:McGraw-Hill;1994.
18. Tutton E, Seers K. An exploration of the concept of comfort. *Journal of Clinical Nursing* 2003;12:689-96.
21. Takman C, Severinsson E. A description of health care professionals' experiences of encounters with patients in clinical settings. *J Adv Nursing* 1999;30(6):1368-74.
22. Lantz I, Severinsson E. The influence of focus group-oriented supervision on intensive care nurses' reflections on family members' needs. *Intensive Crit Care Nursing* 2001;17:1-10.
23. De Jong MJ, Beatty MDS. Family perceptions of support interventions in the intensive care unit. *Dimensions of Critical Care Nursing* 2000;19:40-47.
24. Wright KB. Professional, ethical, and legal implications for spiritual care in nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 1998;30:81-83.
25. Potinkara H, Paunonen M. Alleviating anxiety in nursing patients' significant others. *Intensive Critical Care Nurse* 1996;12:327-334.
26. Hupcey JE. Looking out for the patient and ourselves—the process of family integration into the ICU. *Journal of Clinical Nursing* 1999;8:253-262.
27. Heyland DK, Cook DJ, Rocker GM, Dodek PM, Kutsogiannis DJ, Peters S, Tranmer JE, O'Callaghan CJ. Decision-making in the ICU: perspectives of the substitute decision-maker. *Intensive Care Medicine* 2003;29:75-82.

### Abstract

*This study was designed to answer the following research questions:*

*The Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) is a valuable tool for assessing Italian nurses perception about people needs with family members hospitalized in intensive care units (ICU)? The CCFNI is a validated questionnaire at international level, which is used for the intensive care nurses perception assessing, about the family needs with patients in ICU. The Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI), was distributed to a convenience sample of 400 intensive care nurses, and 340 questionnaires were returned (85%). It is been performed the reliability analysis under the monofactorial hypothesis. Barlett's test of sphericity and Kaiser-Meyer-Olkin test (KMO test) for the possibility to perform the factor analysis. The factor analysis, used to reduce the test complexity and for Critical Care Family Needs Inventory four factors identification, has used the methodology of the principal components with factors extraction by orthogonal varimax rotation. The results showed that the items have a substantial relationship, with a Cronbach coefficient  $\alpha$  of .93. All items have a very high correlation with the total scale. The principal component analysis has identified four factors: Attention and Reassurance; Take Care of Yourself; Clinics and Caring Information; Proximity and Accessibility. The four factors interrelation are statistically significant, and analysis of reliability shows a high internal consistency for the four subscale. In conclusion, this questionnaire has good psychometric qualities, but the CCFNI has need further studies to explore in deep the care complexity about families needs in intensive care units by CCFNI.*

**Key words:** *Critical Care Family Inventory, Percezione, Bisogni, Psicometria, Olismo.*

Claudia Boninsegna, Gloria Giancesini, Antonio Nappo, Marco Poli, Studenti Master in EBP e Metodologia della ricerca clinico-assistenziale Università di Bologna  
Paolo Chiari, Direttore Master in EBP e Metodologia della ricerca clinico-assistenziale Università di Bologna

## La presenza dei familiari in terapia intensiva riduce l'ansia dei pazienti e dei loro familiari?

### Riassunto

**Contesto:** in Italia la maggior parte delle terapie intensive limita l'accesso ai familiari in fasce orarie più o meno ristrette, alcune non danno in alcun modo la possibilità ai familiari di entrare in contatto con i propri parenti (per ridurre al minimo l'ingresso di microbi potenzialmente patogeni), aumentando l'ansia dei parenti e dei pazienti ricoverati.

**Scopo dello studio:** il nostro bisogno di informazione è stato relativo alla presenza libera di un familiare di riferimento nelle terapie intensive come componente di riduzione dell'ansia del paziente e conseguente ripristino dei parametri vitali.

**Risultati:** uno studio pilota di Fumagalli S. (2006) fornisce informazioni sull'incremento della carica microbica in una terapia intensiva aperta e di contro non riporta incrementi di complicanze settiche e le complicanze cardiocircolatorie sono dimezzate rispetto ai periodi in cui la terapia intensiva permetteva visite ristrette dei parenti.

Lo studio di Azoulay E. (2003) osserva familiari di pazienti ed operatori addetti all'assistenza, misurando l'opinione degli esperti rispetto alle visite libere. Lo studio ha concluso che l'88.2% dei familiari sono favorevoli alla partecipazione alle cure ma solo il 33.4% alla fine decide attivamente di partecipare.

Garrouste-Orgeas M. (2008) giunge alle stesse conclusioni del precedente, arruolando familiari di pazienti e rilevando un alto livello di ansia e depressione nei parenti (non sono state specificate le scale di misurazione) confermando che la presenza dei familiari rimane, per scelta, limitata anche se la terapia intensiva è aperta.

**Conclusioni:** l'argomento è molto trattato ma non sono stati reperiti studi che trattino il problema in termini di evidenze scientifiche. Sull'argomento non vi sono evidenze consolidate, è area grigia.

**Parole chiave:** Terapia intensiva, Ansia, Familiari, Intensive care unite AND anxiety AND family member



Master in Evidence-Based Practice e  
Metodologia della Ricerca Clinico-assistenziale

### REVISIONE

pervenuta il 13/01/2009  
accettata il 15/01/2009



Centro Studi EBN  
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna  
Policlinico S. Orsola - Malpighi

Ringraziamo il dott. Paolo Chiari ed il Centro Studi EBN per la gentile concessione alla pubblicazione di questo elaborato.

**N**elle esperienze cliniche del Gruppo di Lavoro è stato osservato come tra le domande ricorrenti dei pazienti adulti ricoverati in terapia intensiva ci sia quella relativa al desiderio di poter aver vicino un familiare o una persona di riferimento; in particolare gli stessi hanno potuto osservare in molteplici occasioni come la stessa presenza di un familiare influiva positivamente sull'alterazione dei parametri vitali ed il ripristino di attività (respirazione efficace, compliance e svezzamento dal respiratore, ecc.) e sull'ansia correlata.

La maggior parte delle Terapie Intensive in Italia limitano l'accesso ai familiari a fasce orarie ristrette nell'arco della giornata o addirittura non danno la possibilità di accesso alcuno (terapie intensive

chiuse) per prevenire le contaminazioni ambientali di agenti microbici potenzialmente pericolosi per il paziente ricoverato.

I familiari – caregiver nell'esperienza del Gruppo di lavoro, risultano essere ansiosi per la situazione del congiunto – parente e per l'impossibilità di potergli stare vicino.

### Revisione della letteratura

#### 1. Quesito

L'esperienza di un ricovero in Terapia Intensiva ha un impatto emotivo intenso e molto spesso ansiogeno sia per i pazienti che per i loro familiari, a causa dell'assenza protratta di questi ultimi e ad una presenza "frazionata" durante lo stesso ricovero.

La presenza continua di un familiare di riferimento durante la degenza del

5. Tabella dei risultati:

Banca dati	Parole chiave con limiti	Documenti rilevati	Documenti selezionati	Descrizione degli articoli: Autori; Titolo; Rivista; Riferimenti.
COCHRANE Revisioni sistematiche	Intensive Care Unit AND anxiety	1	0	///
COCHRANE Clinical trials	Intensive care unit and anxiety not children not baby not infant not pediatric	37	1	Fumagalli S, Boncinelli L, Lo Nostro A, Valoti P, Baldereschi G, Di Bari M, Ungar A, Baldasseroni S, Geppetti P, Masotti G, Pini R, Marchionni N. <b>Reduced cardiocirculatory complications with unrestrictive visiting policy in an intensive care unit: results from a pilot, randomized trial.</b> Circulation. 2006 Feb 21;113(7):946-52.
JBI	Intensive Care Unit AND anxiety	0	0	
MEDLINE	Intensive Care Unit AND anxiety AND family member Le parole chiave sono state inserite non come termini mesh ma come termini TW per espandere ulteriormente la ricerca  Limiti: adulti, abstract, RCT	19	1	Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Arich C, Brivet F, Brun F, Charles PE, Desmettre T, Dubois D, Galliot R, Garrouste-Orgeas M, Goldgran-Toledano D, Herbecq P, Joly LM, Jourdain M, Kaidomar M, Lepape A, Letellier N, Marie O, Page B, Parrot A, Rodie-Talbere PA, Sermet A, Tenaillon A, Thuong M, Tulasne P, Le Gall JR, Schlemmer B; French Famirea Group. <b>Family participation in care to the critically ill: opinions of families and staff.</b> Intensive Care Med. 2003 Sep;29(9):1498-504. Epub 2003 Jul 10.
	Intensive Care Unit AND anxiety AND family member Come clinical query eziologica	8	1	Garrouste-Orgeas M, Philippart F, Timsit JF, Diaw F, Willems V, Tabah A, Bretteville G, Verdavainne A, Misset B, Carlet J. <b>Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit.</b> Crit Care Med. 2008 Jan;36(1):30-5
CINHAL	Intensive Care Unit AND anxiety AND family NOT neonatal NOT paediatric	47	0	
EMBASE	Intensive Care Unit AND anxiety AND family member NOT neonatal NOT paediatric	49	0	///

paziente adulto in terapia intensiva (Modello Aperto), rispetto alla non presenza continuativa (Modello Chiuso), che effetti comporta sul livello dell'ansia dei pazienti e dei suoi familiari.

2. Pico

L'outcome inizialmente previsto era la diminuzione dell'ansia per il paziente ma, dato che il materiale reperito è veramente poco, è stata compresa nel **Pico** anche l'ansia per i familiari.

**P** = Paziente adulto ricoverato in Terapia Intensiva

**I** = Presenza continua del familiare senza limiti di orario

**C** = Visite ad orario prestabilito

**O** = Diminuzione dell'ansia nel paziente e/o nei familiari

Nota

Per "presenza continua" intendiamo la possibilità del paziente di chiedere la visita del proprio familiare in qualsiasi momento del giorno, o la richiesta da parte degli stessi familiari all'accesso alla terapia intensiva in qualsiasi momento della giornata, nell'arco delle 24 ore in accordo con le attività assistenziali.

Invece per "presenza non continua" si intende la visita formale ad orari stabiliti da regole interne di reparto.

3. Tipo di disegno di studio da selezionare

RCT, NCCT, studi di Coorte

4. Banche dati da consultare

Cochrane Library, Joanna Briggs Institute, Pubmed (Medline), Cinahl (Rewiev e Clinical Trial), EMBASE

Conclusioni

Nonostante si parli molto delle politiche rispetto agli orari di visita dei parenti all'interno delle rianimazioni, non è stato possibile reperire molti articoli che trattino il problema in termini di evidenza scientifica.

Inoltre dei tre abstract selezionati, solo uno prende in considerazione il problema visto dalla parte dei pazien-

ti, ma tutti si focalizzano sull'ansia dei parenti che non possono trascorrere molto tempo con i propri familiari ricoverati, anche se poi descrivono di una evidenziata diminuzione dell'ansia nei ricoverati, con conseguente normalizzazione dei parametri vitali, senza incremento di complicanze infettive.

I pochi studi disponibili mettono in evidenza che il livello di ansia nei parenti dei malati ricoverati in ICU è elevato e che i tempi di visita e la disponibilità nel collaborare alle cure dei congiunti rimangono limitati anche quando si è seguita la politica di mantenere la rianimazione "aperta".

L'unico studio che ha esaminato la problematica rispetto ai pazienti, ha dimostrato che la presenza per più tempo dei parenti accanto ai congiunti non aumenta le problematiche infettive, causa un notevole decremento di ansia e stress nei malati e può essere anche concausa di una reale diminuzione delle complicanze cardiocircolatorie (minor ansia, minor aumento degli ormoni da stress, maggior stabilità emodinamica).

6. Descrizione sintetica di ogni articolo selezionato:

Autori	Pazienti	Intervento o fattore eziologico, diagnostico, prognostico	Intervento alternativo o gold standard diagnostico	Risultato (principali outcomes: misure di associazione)	Commento
Fumagalli S, 2006	226 reclutati durante un periodo di due anni	Visite libere su richiesta del paziente (111 pazienti)	Visite ad orario prestabilito 30 minuti al giorno (115 pazienti)	<p>Sono stati presi in considerazione la contaminazione microbica ambientale, le complicazioni settiche e cardiovascolari, il profilo emozionale, la determinazione di un ormone da stress (TSH).</p> <p>Durante i periodi di visite libere, i pazienti hanno ricevuto più visite e di più lunga durata, la comparazione dei dati tra il numero delle visite e la permanenza dei familiari ha portato al calcolo di un valore di p molto significativo (P&lt;0,001).</p> <p>Vi è stato un incremento della contaminazione batterica ambientale nei periodi di visite libere, ma non vi sono stati incrementi di complicazioni settiche.</p> <p>Il rischio di complicanze cardiocircolatorie si è dimostrato doppio durante i periodi di visita regolamentata rispetto ai periodi di visita libera: OR 2 con intervallo di confidenza al 95% di 1,1 – 3,5 (P=0,03); il dato però non si associa ad un significativo aumento della mortalità (P=0,28).</p> <p>L'abstract riferisce inoltre di una significativa riduzione dell'ormone da stress durante i periodi di visita libera (dati numerici non riportati).</p> <p>Da un punto di vista qualitativo l'abstract riporta una importante diminuzione dell'ansia dei ricoverati; come critica si evidenzia che non sono riportate le scale per la determinazione dell'ansia e i punteggi rilevati.</p>	<p>Studio osservazionale prospettico, con randomizzazione dei periodi di visita liberi e restrittivi (2 mesi a periodo)</p> <p>Lo studio dimostra che le visite libere all'interno della terapia intensiva aumentano la contaminazione batterica ambientale, ma non aumentano le complicanze infettive sul paziente.</p> <p>Inoltre viene evidenziato che durante i periodi di visite libere vi sono minori complicanze cardiocircolatorie, probabilmente anche in relazione alla diminuzione dell'ansia e della riduzione degli ormoni da stress.</p>
Azoulay E, 2003	544 familiari di 357 pazienti consecutivi, e 2754 addetti all'assistenza	<p>1) Determinazione dell'opinione degli esperti rispetto alla partecipazione alle cure dei familiari</p> <p>2) Determinazione ansia e depressione dei familiari.</p>	Nessuno	<p>Lo studio ha concluso che la maggior parte dei caregiver (88,2%) sono favorevoli a partecipare alle cure ai loro congiunti; di contro, però, solo il 33,4% dei familiari ha accettato di partecipare alle cure stesse.</p>	<p>Studio prospettico multicentrico che ha coinvolto 78 rianimazioni francesi.</p> <p>Sono specificate le scale di soddisfazione e di ansia utilizzate, ma vi sono valori di OR non accompagnati da intervalli di confidenza o valori di P. In ogni caso lo studio dimostra che anche quando viene data la possibilità di collaborare alle cure dei propri congiunti in rianimazione, la maggior parte dei familiari rifiutano questa opportunità.</p>
Garrouate-Orgeas M, 2008	149 familiari di 209 pazienti consecutivi.	Rianimazione aperta alle visite 24 ore.	Nessuno	<p>Lo studio ha determinato la percentuale dei parenti che hanno avuto problematiche legate all'ansia (49%) o alla depressione (29,5%).</p> <p>Inoltre ha calcolato la media dei tempi di visita (120 minuti).</p>	<p>Studio di coorte.</p> <p>Come osservazione critica si evidenzia che non sono specificate nell'abstract le scale utilizzate per la determinazione dell'ansia e della depressione.</p> <p>Dimostra comunque che la presenza dei familiari rimane, per volontà del familiare stesso, comunque limitata, anche se la rianimazione è aperta</p>

Si può comunque concludere che sull'argomento non vi sono evidenze concrete, e quindi risulta essere un'area grigia, all'interno della quale vi è lo spazio per intraprendere eventuali nuovi studi

### Bibliografia

- FUMAGALLI S, BONCINELLI L, LO NOSTRO A, VALOTI P, BALDERESCHI G, DI BARI M, UNGAR A, BALDASSERONI S, GEPPETTI P, MASOTTI G, PINI R, MARCHIONNI N. *Reduced cardiocirculatory complications with unrestricted visiting policy in an intensive care unit: results from a pilot, randomized trial.* Circulation. 2006 Feb 21;113(7):946-52.
- AZOULAY E, POCHARD F, CHEVRET S, ARICH C, BRIVET F, BRUN F, CHARLES PE, DESMETTRE T, DUBOIS D, GALLIOT R, GARROUSTE-ORGEAS M, GOLDGRAN-TOLEDANO D, HERBECQ P, JOLY LM, JOURDAIN M, KAIDOMAR M, LEPAPE A, LETELLIER N, MARIE O, PAGE B, PARROT A, RODIE-TALBERE PA, SERMET A, TENAILLON A, THUONG M, TULASNE P, LE GALL JR, SCHLEMMER B.; *French Famirea Group.* *Family participation in care to the critically ill: opinions of families and staff.* Intensive Care Med. 2003 Sep;29(9):1498-504. Epub 2003 Jul 10.
- GARROUSTE-ORGEAS M, PHILIPPART F, TIMSIT JF, DIAW F, WILLEMS V, TABAH A, BRETTEVILLE G, VERDAVAINNE A, MISSET B, CARLET J. *Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit.* Crit Care Med. 2008 Jan;36(1):30-5.

### Gruppo di lavoro

- **Claudia Boninsegna**, Infermiere presso Dipartimento Neuroscienze, Ospedale Bellaria di Bologna, U.O. di Neurochirurgia, e-mail: boninba@aliceposta.it
- **Gloria Giancesini**, Infermiere presso Azienda Ospedaliero Universitaria S. Anna di Ferrara, U.O. Anestesia e Rianimazione, e-mail: gianesini\_gloria@libero.it
- **Antonio Nappo**, Infermiere presso CRO Istituto Nazionale Tumori di Aviano, Pordenone, U.O. di Terapia Intensiva e Rianimazione, e-mail: nappoantonio1977@libero.it
- **Marco Poli**, Infermiere presso Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna, Policlinico S. Orsola-Malpighi, Centro di rianimazione neonatale e pediatrica policlinico, e-mail sassaiolo@hotmail.it

### Abstract

**Background:** In Italy most of the ICUs restrict relatives' visit to narrow time slots, even some of the ICUs don't let them get in touch with their loved ones at all in order to reduce potentially pathogenic microbes' entry, increasing, however, the anxiety of relatives and patients.

**Aim of the study:** Our need of information has been related to the free presence of a reference relative in the ICU as a component for reducing the anxiety of the patient and consequent restoration of vital signs.

**Results:** A pilot study of S. Fumagalli (2006) from one side gives information on the increase of the microbial load in an open ICU from the other one it doesn't bring increase of septic complications and even the cardiovascular complications result halved comparing to the time in which ICU allowed restrict relatives' visit.

The study of E. Azoulay (2003) observes family members of patients and health staff by measuring the opinion of experts in comparison to free visits. This study points out that 88.2% of relatives are in favourable to share in cares but only 33.4% decide to participate actively at the end.

Garrouste-Orgeas M. (2008) reached the same conclusions of the previous, enrolled patients' relatives and noticing a high level of anxiety and depression in relatives (it has not been specified the scale of measurement), confirming that the presence of the family remains, by choice, limited, even if ICU is open.

**Conclusions:** This subject is much discussed but studies haven't been found which deal it with terms of scientific evidence. On this subject there is no consolidated evidences, it represents a grey area.

**Key words:** Intensive Care Unit AND anxiety AND family member.

www.aniarti.it

Robert Stanley, RNMH, BA, MA, PGCHEL, FRSM - Senior Lecturer - Ethics - Faculty of Health and Social Care Sciences, Kingston University and St George's University of London, Sir Frank Lamp Building, Kingston Hill, Kingston-upon-Thames, Surrey CR3 0DA

# Potrebbe essere negato a neonati o bambini il diritto alla vita? Implicazioni legali sulle decisioni che possono compromettere la vita, in Inghilterra e nel Galles



## Riassunto

*I bambini troppo giovani e immaturi per essere consapevoli, dipendono dai genitori per esercitare i propri diritti ad una buona salute e alle cure mediche. I progressi fatti dalla tecnologia medica portano tuttavia medici e genitori, a confrontarsi con difficili dilemmi rispetto a quale sia la decisione appropriata da prendere. Ad esempio, un bambino ha diritto alla vita a qualunque costo? A domande come questa, la professione medica esercita un grande potere e sono i medici che in realtà possono decidere come meglio dare applicazione ai diritti del bambino. In caso di disaccordo fra genitori e medici, i giudici potrebbero essere chiamati ad intervenire. A questo punto, il paternalismo medico può essere sostituito da quello giuridico e le prospettive proprie del bambino slittano in secondo piano. Lo scopo di quest'analisi del diritto alla vita (o alla morte) dei neonati si concentra sul diritto alla vita dei bambini, che può essere minacciato da decisioni che li riguardano.*

*Questa discussione si pone 3 obiettivi in particolare:*

- 1. I limiti dei poteri dei genitori e la rilevanza di una disabilità mentale o fisica.*
- 2. Il diritto alla vita del bambino e le obiezioni dei genitori al trattamento salvavita.*
- 3. L'astenersi dal trattamento nei confronti di bambini gravemente ammalati.*

*Questa discussione compone le metodologie analitiche della giurisprudenza e della filosofia. Poiché la filosofia legale non è altro che filosofia generale applicata alla legge, utilizza la stessa metodologia della filosofia in generale. La teoria legale, da parte sua, attribuisce enfasi ad approcci plurali e interdisciplinari, in aggiunta alla più tradizionale metodologia analitica. La legge continua a causare difficoltà per medici e genitori, che possono non essere in grado di determinare in via predittiva quale sarà la qualità di vita per il bambino nel caso in cui dovesse continuare l'intervento medico. I medici hanno un compito poco invidiabile quando hanno a che fare con il trattamento di questi bambini. Sebbene ci siano state richieste per un decreto che chiarificasse la legge sull'infanticidio, l'enormità dei problemi morali e legali che si pongono innanzi ad un legislatore volenteroso fanno sì che la prospettiva di legislazione sia remota. Non ci sono ovviamente risposte giuste o sbagliate, ma è certamente poco realistico affermare che ogni bambino ha diritto alla vita; alcuni hanno anche diritto di morire. I medici, nel prendere le decisioni rispetto al trattamento, influenzano sempre di più l'ampiezza entro cui i diritti dei bambini sono protetti. Anche se hanno la competenza di proteggere i diritti medici dei bambini, non sono necessariamente nella posizione migliore per fornire dei consigli su diritti come quello dell'integrità fisica, di essere consultato e di essere trattato con rispetto. Sebbene i medici non siano sempre i giudici migliori rispetto a quale sia il migliore interesse per il bambino, non lo sono neppure i genitori, che, non c'è da meravigliarsi, si possono trovare nell'impossibilità di essere oggettivi riguardo alle decisioni da prendere; anche i tribunali possono perdere di vista il proprio dovere di proteggere i diritti personali del bambino dall'essere infranti da decisioni che paiono essere le migliori, ma che possono invece dimostrarsi di interesse maggiore per chi si prende cura del bambino.*

*I diritti dei bambini non dovrebbero andare smarriti da qualche parte in mezzo a paternalismi parentali, medici e giudiziari.*

## COMUNICAZIONE

Simposio 2008 UNIARS - Associazione Nazionale Infermieri di Terapia Intensiva, Anestesia e Rianimazione  
Serbia 5-8 Novembre 2008  
Vrnjacka Banja - Serbia

Si ringrazia l'autore per aver autorizzato la pubblicazione

## I limiti dei poteri dei genitori e la rilevanza delle disabilità fisiche o di apprendimento

È spiacevole sapere che i bambini appena nati potrebbero avere un diritto a vivere inferiore a quello degli altri, a

causa di una disabilità fisica o mentale. Pochi vorrebbero incoraggiare i genitori a chiedere la perfezione nella loro prole, poiché questo potrebbe portare ad una considerazione sociale di inferiorità verso coloro che nascono con anomalie anche "lievi". Sembra chiaro, comunque, che ci sia una maggiore

comprensione verso i genitori che non riconoscono i bambini nati con disabilità rispetto a coloro che semplicemente abbandonano i bimbi in perfetta salute. Inoltre, alcuni suggeriscono che c'è un'estrema inconsistenza nella legge che permette di porre termine alla vita dei feti gravemente disabili a qualsiasi stadio della gravidanza fin della nascita a termine (Atto Abortivo 1967, s 1(1) (d)), ma che proibisce la soppressione deliberata di un bambino appena nato con quelle stesse disabilità. Come commentano Mason e McCall Smith, poiché il grado di disabilità alla nascita può non essere chiaro, *può essere sviluppata un'argomentazione determinante conseguente dal fatto che, in una logica semplice e brutale, il neonaticidio sotto il profilo scientifico, sia preferibile dell'aborto.*

Durante i primi anni '80 era chiaro che alcuni genitori non si sentivano in grado di prendersi cura dei propri bambini con disabilità di apprendimento e che alcuni medici erano molto influenzati da questo rifiuto nella decisione del trattamento. In *R v Arthur* (1981) 12 BMLR 1: un distinto pediatra fu accusato di omicidio volontario (accusa poi ridotta a omicidio colposo), di un bambino con sindrome di Down. Egli rispose al rifiuto dei genitori mettendo in atto un regime descritto come *"solo assistenza infermieristica"*. Questo portò a fornire al bimbo un'ingente dose di sedativi per sopprimere il suo appetito e quindi farlo sentire bene, allo scopo di vedere se avrebbe ripreso a vivere oppure se *"la natura avrebbe fatto il suo corso"*. Il bambino morì subito dopo la nascita. I medici devono essere chiari rispetto all'estensione dei poteri legali per cui i genitori determinano il destino dei bambini disabili appena nati. Questo era particolarmente importante se i bambini avevano problemi fisici curabili attraverso un trattamento ospedaliero relativamente semplice. Il punto che proteggeva questi bambini dai principi della legge civile, è stato verificato nelle controversie *Re B (a minor) (wardship: medical treatment)* [1981] 1 WLR 1421. Dopo essere stati informati che la loro bambina era affetta dalla sindrome di Down, i genitori avevano rifiutato il consenso ad un intervento chirurgico essenziale ma non complicato, nell'idea che sarebbe stato più generoso lasciarla morire. Non aveva disabilità fisiche o

mentali discernibili a quel tempo, tranne un'occlusione intestinale per la quale sarebbe morta in pochi giorni. La buona riuscita dell'intervento le avrebbe donato un'aspettativa di vita di 30-40 anni. L'autorità locale, mediante l'affido, cercò l'autorizzazione della Corte per l'intervento chirurgico al fine di porre rimedio all'occlusione. La decisione della Corte d'Appello fu di non accettare il desiderio dei genitori e, il fatto di autorizzare l'intervento chirurgico fu, all'epoca, estremamente controverso, infatti, si era largamente creduto che i genitori avessero il diritto di determinare il destino dei propri figli disabili. Anche il chirurgo che avrebbe dovuto eseguire l'operazione si rifiutò, quando fu informato delle obiezioni dei familiari. Ewbank J., in prima istanza, arrivò anch'egli alla conclusione che i loro desideri dovevano essere rispettati e negò il consenso per l'intervento. Molti scrissero al *"Times"* criticando la decisione della Corte d'Appello di autorizzare l'intervento chirurgico, asserendo che solamente i genitori, e non certamente i giudici, potevano valutare i vantaggi e gli svantaggi della disabilità di cui avrebbero sofferto i propri figli. I soli genitori erano nella posizione di decidere se avessero potuto in futuro prendersi cura di una bambina come lei e se sarebbe stata o meno una decisione più opportuna (generosa) permettere alla bambina di morire. Questi derisero l'affermazione secondo cui il bambino con sindrome di Down rifiutato sarebbe stato adeguatamente assistito dallo Stato, asserendo che lo Stato non rappresenta un buon genitore e che in ogni caso c'era una inadeguata presa in carico dei bambini disabili.

È interessante osservare le idee che sostengono questi argomenti. In primo luogo, il pubblico sembrava ritenere che i genitori potessero utilizzare i medici per uccidere i propri figli al loro posto. I critici della decisione in *Re B* avrebbero sicuramente disapprovato se la madre di B avesse partorito a casa senza assistenza e, rendendosi conto che B era una bambina affetta da Sindrome di Down, l'avesse sedata e solo amorevolmente assistita a casa fino alla morte. È difficile comprendere perché l'intervento di un intermediario medico abbia potuto rappresentare una tale differenza. Inoltre, la forte opposizione alla decisione giuridica sembrava riflettere il concetto ancora prevalente

dei bambini come *"beni"* dei genitori, senza diritti propri. Era presente una forte visione secondo cui le famiglie erano titolari della privacy, con il diritto di crescere i bambini secondo le proprie inclinazioni, libere dall'intervento dello Stato. Si era insistito sul fatto che lo Stato non è capace di gestire efficacemente le delicate e complesse relazioni tra genitore e figlio. Questa preferenza per un intervento minimo dello Stato è stata fortemente espressa da commentatori contemporanei come Goldstein, Freud e Solnit (1980), e Steinfeld (1982). Essi affermavano che i genitori sono i più preparati per decidere quali siano i migliori interessi per il bambino al fine del mantenimento della sua salute. Per loro, dal momento che spesso non ci sono risposte giuste o sbagliate riguardo ai problemi di salute, in quasi tutte le circostanze i genitori dovrebbero poter prendere delle decisioni senza interferenze. Malgrado le forti critiche a quest'approccio, alcuni trovarono questi argomenti molto persuasivi, particolarmente nel contesto dell'apprendimento di bambini disabili. Hanno avuto potenti seguaci negli Stati Uniti, come è stato dimostrato dalla decisione di lasciar andare a una morte lenta e dolorosa senza intervento chirurgico, Phillip Becker. In *Re Philip B* (1979) 156 Cal Rptr 48, (1980) 100 S Ct 1597: Phillip B era un ragazzino di 11 anni affetto da Sindrome di Down i cui genitori avevano rifiutato l'intervento chirurgico per rimediare una patologia cardiaca congenita potenzialmente fatale, che gli causava un deficit progressivo. La Corte del Tribunale della California, la Corte d'Appello dello Stato e la Suprema Corte degli Stati Uniti, rifiutarono tutti di passare sopra ai desideri dei genitori.

L'opinione pubblica ha ovviamente subito dei cambiamenti sin dai primi anni '80. Sebbene molti genitori sembrino ancora convinti di avere un grande potere rispetto all'integrità corporea del proprio figlio, gli atteggiamenti rispetto le disabilità dell'apprendimento sembrano aver subito delle modifiche. La sindrome di Down non è più considerata una disabilità impossibile da sostenere per i genitori e il concetto che i bambini hanno dei diritti di protezione dai propri genitori ha preso piede. Infatti sembra improbabile che oggi i genitori britannici chiedano ai medici di uccidere il proprio figlio affetto da disabilità di

apprendimento attraverso la sola assistenza, oppure con il rifiuto del trattamento in circostanze come quelle descritte in *Re B*. La decisione dimostrò che i genitori non hanno il potere di imporre, comunque, se il proprio figlio debba vivere o morire. Come risultato, il focus del potere si è spostato dai genitori ai medici, gli ultimi adesso ad essere custodi ed arbitri delle questioni riguardanti l'erogazione o la sospensione del trattamento.

### Il diritto alla vita del bambino e le obiezioni dei genitori al trattamento salvavita

L'orrore per le disabilità dell'apprendimento portò i genitori del bambino *Down B V Arthur 919810 12 BMLR 1* a rifiutare il trattamento salvavita a nome suo. Senza dubbio erano sinceri nel pensare che sarebbe stato meglio per lui morire rispetto al continuare a vivere come disabile. In altri casi, i genitori possono avere convinzioni ugualmente forti che li portano a decidere di rifiutare il trattamento salvavita per i propri bambini, anche se la loro sopravvivenza non sarà compromessa da disabilità fisiche o di apprendimento. I tribunali incontrano comunemente casi di questo tipo dove l'opposizione dei genitori al trattamento è originata da convinzioni religiose.

I medici possono cercare l'assistenza della legge civile in situazioni di vita o di morte, dove i genitori sono disperatamente ansiosi di assicurare il trattamento al proprio figlio malato ma solo in un modo coerente con le proprie credenze religiose. I conflitti possono, per esempio, sorgere tra medici e genitori testimoni di Geova che possono opporsi alle trasfusioni di sangue al proprio bambino, anche nel caso in cui la mancata trasfusione portasse il bambino alla morte. Loro considerano, consapevolmente, che per il proprio figlio è meglio morire che ricevere sangue. Sotto il profilo legale, ovviamente, non c'è bisogno per lo staff medico di ottenere consenso giuridico per eseguire un trattamento salvavita contro i desideri dei genitori. Tuttavia l'argomentazione dello stato di necessità non è certa e le autorità mediche cercheranno, con l'assistenza dell'autorità locale, aiuto giuridico per fornire trat-

tamenti salvavita che oltrepassano i desideri genitoriali.

Il codice penale ha mostrato scarsa comprensione per la ragione dei genitori che non intendono assicurare al proprio bambino le cure mediche. In *R v Senior [1899] 1 QB 283* membro di una setta chiamata "*the peculiar People*", è stato arrestato per l'uccisione del proprio figlio neonato. Egli aveva rifiutato deliberatamente di chiamare un medico poiché questo avrebbe significato mancanza di rispetto nell'accettare la volontà di Dio in relazione al proprio bambino. Il codice penale ha manifestato una risposta simile a quella data ai genitori che rifiutano trattamenti medici indispensabili. In *Oakley v Jackson [1914] 1 KB 216* il padre fu trovato colpevole per aver rifiutato di sottoporre la propria figlia 13enne ad un intervento di rimozione delle adenoidi. Se i medici affermano che il trattamento proposto è l'unico mezzo per garantire la sopravvivenza del bambino malato, i Tribunali Civili generalmente presuppongono che le vite dei bambini sono troppo preziose per essere sacrificate alle credenze dei propri genitori. In *Re O (a minor) (medical treatment) [1993] 2 FLR 149*, un bambino prematuro di 3 mesi molto sottopeso, e in *Re R (a minor) (blood transfusion) [1993] 2 FLR 757*, un bambino di 10 mesi sofferente di leucemia, i Tribunali autorizzarono la trasfusione di sangue in entrambi.

È stato messo in chiaro comunque che i desideri profondi e sinceri dei genitori devono essere considerati con grande rispetto e che non è una questione semplice oltrepassarli.

*Re S (a minor) (medical treatment) [1993] 1 FLR 376* riguardava un bambino di 4 anni e mezzo, sofferente di leucemia.

Thorpe J. ha esposto la propria opinione riguardo alla scelta secca fra la decisione di trasfondere il bambino o lasciarlo morire: il Tribunale non ha avuto altra scelta che autorizzare il trattamento, affermando che era guidato da un'indagine di beneficiabilità. Ha posto le seguenti domande ipotetiche:

- ... sono le convinzioni religiose dei familiari a negare il 50% di possibilità di sopravvivenza al proprio bambino?
- Sono queste convinzioni a negargli quel 50% di possibilità e condannarlo ad una morte inevitabile e prematura?

Sembra difficile sostenere che lo Stato

adotti una decisione differente rispetto a quella dei genitori, seppur in buona fede, che possa mettere in pericolo la vita dei bambini e dei neonati che potrebbero essere salvati da un trattamento moderno. Questi bambini sono troppo giovani per aver maturato delle proprie convinzioni; sebbene, quando saranno più grandi, potrebbero essere d'accordo con i propri genitori, il risultato delle decisioni dei propri genitori impedirà loro di vivere così a lungo da poter formare le proprie idee. I bambini hanno diritto a ricevere una decisione paternalistica da parte dei Tribunali, come agenti dello Stato, per assicurare la loro sopravvivenza, a patto che questa non sia accompagnata da un livello considerevole di dolore e compromissione della loro qualità di vita. Pazienti adolescenti potrebbero essere in grado di decidere sulla propria vita, ma i figli dei testimoni di Geova spesso sono d'accordo con le visioni dei propri genitori e loro stessi si oppongono alle trasfusioni di sangue. La giurisprudenza indica un risultato simile, in cui i Tribunali hanno deciso diversamente dai loro desideri su base paternalistica ed hanno autorizzato le trasfusioni di sangue per assicurare la loro sopravvivenza. (*Re E (a minor) (ward ship: medical treatment) [1993] 1 FLR 386* and *Re S (a minor) (medical treatment) [1994] 2 FLR 1065*).

La decisione della corte d'Appello in *Re T (a minor) (wardship: medical treatment) [1997] 1 All ER 906* indica, comunque, che non si può sempre fare affidamento sui Tribunali per proteggere i bambini dalle idee dei genitori.

Questo dimostra anche il livello al quale i Tribunali vengono a volte influenzati da dichiarazioni sulla titolarità dei genitori a determinare il destino del proprio figlio neonato, sulla base del fatto che solo loro sanno che cosa sia meglio.

La corte d'Appello ha riconosciuto il rifiuto di una madre nel permettere di sottoporre il proprio figlio di 18 mesi, C., ad un trapianto salvavita. Questo, malgrado l'opinione unanime di tre medici consulenti specialisti in questo campo della medicina che affermarono che se il bambino si fosse sottoposto a trapianto, ci sarebbe stata una prospettiva di successo e che la sua vita futura sarebbe stata salubre e priva di trattamenti, tranne che per la necessità di far-

maci immunosoppressivi a lungo termine. I consulenti erano inoltre d'accordo che era nel miglior interesse medico di C., essere sottoposto a trapianto. Sua madre non volle che C. fosse sottoposto all'inevitabile dolore post-operatorio e nemmeno soffrisse per le complicazioni che si sarebbero potute verificare in un secondo tempo. Ha preferito assicurarsi che i suoi ultimi mesi fossero felici e privi di sofferenza. Il rifiuto della madre fu influenzato dal dolore e dalle sofferenze che C. aveva patito subito dopo la nascita, quando un primo intervento era fallito. Il suo rifiuto fu rafforzato da uno dei tre consulenti, che si oppose al fatto che qualunque genitore fosse costretto a sottoporre il proprio figlio a un trattamento così invasivo, a giustificazione del ruolo fondamentale che il genitore avrebbe rappresentato nel fornire le cure post-operatorie. In una simile situazione, poiché la decisione relativa a *Re T* ha sottolineato che l'indagine di beneficiabilità non dovrebbe essere dominata dalle valutazioni cliniche di successo o fallimento, questo dovrebbe essere accolto con favore.

La professione medica non dovrebbe essere autorizzata a decidere su questioni in cui è in gioco la vita di un bambino, più di quanto possano farlo i suoi genitori. Ma la decisione presenta anche caratteristiche estremamente preoccupanti.

Per prima cosa, la Corte d'Appello sentenziò che, sebbene ci fosse una forte "presunzione" in favore al prolungamento della vita del bambino, questa non era l'unico obiettivo della corte. Butler-Sloss LJ, sostenne che la giurisprudenza supportava tale affermazione ([1997] 1 All ER 906, per Butler-Sloss, a pag. 916). Questo principio era, in ogni caso, stabilito in un contesto molto differente, in casi coinvolgenti interrogazioni su quale trattamento si sarebbe dovuto usare per prolungare le vite dei bambini nati con grosse disabilità a causa di un basso peso alla nascita o nati prematuri (*Re J (a minor) (wardship: medical treatment* [1990] 3 All ER 930). Questo aveva avuto una scarsa rilevanza diretta nella situazione di C. dal momento che era stato previsto che la sua futura salute sarebbe stata buona.

In secondo luogo, è pericoloso affermare che l'indagine di beneficiabilità debba

essere interpretata secondo il punto di vista della madre. Infatti, per argomentare che il benessere del bambino *dipende dalla propria madre* ([1997] 1 All ER 906, per Butler-Sloss, a pag. 915) e che la madre e il bambino *sono una cosa sola* ([1997] 1 All ER 906, per Butler-Sloss, a pag. 914), si trasmette il messaggio di fondo che la madre potrebbe avere sempre l'ultima parola in casi rari come questo, dove l'intervento proposto è invasivo, il bambino molto giovane e c'è bisogno di una complessa assistenza post-operatoria. Questi sono tutti fattori di cui si dovrebbe tenere conto per evitare le conseguenze del rifiuto, che sarebbero la morte prematura del suo bambino. Un'interpretazione simile dei migliori interessi, rischia di far ritornare il potere di vita o di morte del bambino nelle mani della madre. Infatti, è stato sorprendente che la Corte d'Appello abbia posto così pesantemente l'accento sulle implicazioni a carico della madre nel caso si fosse proceduto all'intervento contro il suo volere; sarebbe stata costretta a tornare in questo Paese ed organizzarsi per far venire anche il marito. Tante avversità cadono nell'insignificanza se vengono confrontate con il destino che C. stava affrontando senza il trapianto.

Il vero pericolo che risiede nella decisione in *Re T*, sta nel fatto che indebolirà quasi certamente la forza della giurisprudenza esistente, indicando che i Tribunali proteggeranno i bambini dalle opposizioni religiose, in buona fede, al trattamento medico. La Corte d'Appello ha cercato di distinguere le circostanze di *Re T* dalle altre che coinvolgevano genitori che si opponevano al trattamento per ragioni religiose. Si metteva in rilievo che i genitori di C. erano professionisti della salute e la loro opposizione all'intervento medico *non era suggerito da scrupoli o convinzioni palesemente inconciliabili con i principi della salute e del benessere del bambino ampiamente accettati dalla maggior parte dell'umanità.* (Per Waite LJ)

Come hanno osservato i commentatori, è in ogni caso discutibile se sia legittimo minimizzare le credenze religiose in questo senso (Fox, e McHale, 1997). Ancor più difficile è giustificare la distinzione tra convinzioni religiose sincere su trattamenti medici e convinzio-

ni sincere di carattere personale. Bisogna riconoscerlo, nel caso dei genitori Testimoni di Geova essi non erano in disaccordo sull'intervento chirurgico maggiore accompagnato dalla paura del ricovero e la possibilità di complicanze post-operatorie a lungo termine e le trasfusioni di sangue sono procedure relativamente semplici, ma in entrambe le situazioni la scelta rimane ugualmente forte – curare o morire.

Se il tribunale avesse adottato la tecnica suggerita da Eekelaar di provare ad ipotizzare cosa C. da adulto avrebbe voluto una volta raggiunta la maturità, (Eekelaar, 1986), sarebbe sicuramente giunto a una decisione differente. Infatti, quale adulto sofferente dalla condizione di C. approverebbe felicemente il desiderio di sua madre di rifiutare una procedura di trapianto per il suo bene? Sarebbe d'accordo con lei che la morte sarebbe migliore del dolore post-operatorio e della sofferenza e delle potenziali complicanze che potrebbero sopraggiungere, sapendo della riluttanza della madre ad affrontare le cure post-operatorie? Se il trattamento disponibile offre una buona prognosi per la salute futura del bambino, la presunzione dovrebbe essere in favore dei Tribunali che assicurano la sopravvivenza dei bambini e non la pace dei sensi dei genitori. Justice Holmes in *Prince v Massachusetts* 321 US 158 (1944) fa ben capire ciò quando dice "I genitori possono essere liberi di diventare essi stessi martiri. Ma non ne consegue che essi siano liberi, nelle medesime circostanze, di rendere martiri i propri bambini prima che essi abbiano raggiunto l'età della completa e legale discrezionalità quando potrebbero prendere decisioni per se stessi" (pag. 165).

Il consiglio medico dovrebbe ovviamente essere attentamente pesato e i progressi della tecnologia medica non devono essere abbracciati senza riserve. I Tribunali hanno in ogni caso il chiaro dovere di sostenere i diritti della vita dei bambini i cui genitori, attraverso convinzioni mantenute sinceramente, rischiano di condannarli a una morte prematura e inutile.

### L'astensione dal trattamento per i bambini malati senza speranza

I bambini di cui abbiamo parlato finora

avevano necessità di un intervento medico rapido, ma il trattamento di cui si discute avrebbe potuto, nel caso avesse avuto successo, garantire loro una qualità della vita davvero buona, priva di dolore. Esistono dilemmi etici e legali molto differenti sulla cura di bambini gravemente ammalati con un peso molto basso alla nascita e/o con profonde anomalie neurologiche o fisiche.

- *Ogni bambino, che non sta già morendo, ha il diritto di aver preservata la propria vita ad ogni costo, qualunque sia la qualità di vita che acquisirebbe?*
- *Similmente, un bambino gravemente disabile ha diritto ad essere trattato come se la disabilità non esistesse?*

I considerevoli progressi nella tecnologia medica hanno reso possibile assicurare la sopravvivenza di molti bambini e neonati che un secolo fa sarebbero morti alla nascita o subito dopo a causa di malattia grave, disabilità e/o peso molto basso. Di pari passo, i medici hanno oggi un forte rispetto per la sacralità della vita umana e si può sostenere che potrebbero utilizzare qualunque moderna risorsa tecnica disponibile per rianimare questi bambini le cui vite possono essere prolungate. D'altro canto, è possibile che i bambini possano essere vittime di abuso da accanimento terapeutico se sono solo minimamente responsivi o hanno gravissime disabilità. Alcuni bambini estremamente sotto peso che vengono rianimati saranno profondamente e permanentemente perlopiù disabili (Mason e McCall Smith, pag. 158).

Il fatto di stabilire dei criteri da adottare per discernere se il trattamento debba essere iniziato o debba continuare in questi casi, è un problema di considerevole apprensione.

Nella maggior parte dei casi, l'iniziativa di cercare una guida giuridica sul trattamento viene dall'équipe medica e non dai genitori, che sembrano generalmente soddisfatti di rispettare il consiglio medico. Ci sono, comunque, notevoli eccezioni. (*Re J*, *Re Wyatt (a child) (medical treatment: parents consent)* [2004] EWHC 2247, e *Re MB*). I principi legali che si applicano al trattamento dei bambini ammalati senza speranza è gradualmente diventato più chiaro, e i Tribunali hanno così permesso ai medici una considerevole discrezione per trattare o meno, secondo la loro opinio-

ne di appropriatezza. La decisione di *Re C (a minor) (wardship: medical treatment)* [1990] Fam 26, era importante in considerazione a ciò. La Corte d'Appello ha confermato che il criterio che governa la gestione di questi casi rimane il rispetto dei migliori interessi del bambino e che la sua vita non dovesse essere prolungata con mezzi artificiali, senza tener conto delle circostanze. Un bambino gravemente disabile non ha diritto di essere trattato come se le disabilità non esistessero; al contrario, deve essere trattato alla luce di queste disabilità. La decisione significa che l'ospedale ha discrezione su come gestire la cura di C. una bambina di 4 mesi fortemente disabile e malata terminale, in modo tale da garantire sollievo alle sue sofferenze e da permetterle di morire nella serenità e con dignità. Nel caso di C. il Tribunale aveva dato indicazioni affinché lo staff medico non fosse obbligato a somministrare antibiotici e utilizzare alimentazione parenterale nel caso in cui C. avesse contratto un'infezione o non fosse stata in grado di nutrirsi per bocca.

Sebbene si tratti di un caso tragico, la situazione di C. era più semplice di quella del bambino che non sta ancora morendo, ma il cui futuro, in ogni caso, sembra estremamente tetro, anche con l'intervento medico. Nel caso di *Re J (a minor) (wardship: medical treatment)* [1990] 3 All ER 930, la Corte d'Appello rifiutò la proposta secondo cui, a meno che non stia morendo, un bambino ha diritto di vedere preservata la propria vita, a prescindere dalla qualità di vita che acquisirebbe. Questo risultato si ritrovò in *Re MB* [2006] EWHC 507 9Fam). MB era un bambino di 18 mesi con un'atrofia spinale di tipo 1. L'équipe medica voleva sospendere il trattamento di supporto vitale, affermando che stava soffrendo in maniera intollerabile. Holman J decise in favore dei genitori, che argomentarono che il proprio figlio aveva una vita degna di essere vissuta. Entrambe le parti concordano che il team medico dovrebbe agire nel migliore interesse del bambino. Il principale punto di disaccordo rimase sul fatto che MB stesse soffrendo intollerabilmente.

La sofferenza intollerabile non è un criterio oggettivo. La sofferenza, così come il piacere, è un'esperienza puramente soggettiva e non esiste uno strumento scientifico che mostri con esattezza

quanto un individuo stia soffrendo. Il modo più affidabile per scoprire se le persone stanno soffrendo è di domandarlo loro direttamente. Ciò non è possibile in questo caso. Determinare se MB sta soffrendo intollerabilmente è pertanto un problema giuridico.

In alcuni casi, la condizione è così indiscutibilmente terribile che il giudizio sarà relativamente semplice, come in alcuni casi della malattia di Tay Sachs, una malattia genetica fatale per la quale non esiste cura, che distrugge progressivamente il sistema nervoso centrale. Al punto di evoluzione in cui la malattia e i suoi sintomi sono irreversibilmente orrendi, i medici devono sicuramente essere autorizzati a sospendere i trattamenti di supporto vitale, anche contro i desideri dei genitori. Fare diversamente sarebbe disumano. I migliori interessi del bambino devono sovrastare quelli dei genitori. In altri casi, più vicini alla media della linea della gravità, un giudizio sicuro sarebbe estremamente difficile. Quando c'è un ragionevole dubbio, questo è un convincente argomento su cui i genitori potrebbero decidere.

Le decisioni in *Re J* e *Re MB* hanno confermato che un bambino deve essere in procinto di morire prima che una équipe medica possa decidere la sospensione dei trattamenti. Sebbene ci sia sempre l'ipotesi a favore nel fare tutto il possibile per preservare la vita, non c'è una regola che stabilisca che le vite dei bambini malati senza speranza debbano essere salvate a tutti i costi.

Chiaramente vi è un'importante differenza tra il non intraprendere azioni per terminare la vita di un bambino, che potrebbero essere legali, e l'intraprendere azioni per porre termine alla vita di un bambino, che non sarebbero mai legali. Continuare gli interventi non sarebbe il miglior interesse del bambino se la qualità di vita disponibile fosse così povera che sarebbe contro i suoi interessi sforzarsi a mantenerlo in vita. La questione è se il trattamento potrebbe produrre un aumento di sofferenza e non un beneficio proporzionato.

## Conclusioni

La giurisprudenza stabilisce chiaramente che i medici non sono obbligati a sforzarsi di mantenere in vita tutti i bambini,

senza considerare la qualità di vita acquisita a loro beneficio (Brazier, 1992). Inoltre, quando i medici e i genitori sono d'accordo che la qualità di vita del bambino sarebbe intollerabilmente misera se la sua vita fosse prolungata, e che far ciò non è nel suo migliore interesse, teoricamente non avrebbero bisogno di un'autorizzazione del Tribunale per porre termine al trattamento che sta prolungando artificialmente la sua vita. In ogni caso, la decisione in *Re MB* enfatizza la possibilità del Tribunale di influenzare i medici in queste situazioni. La legge continua a causare difficoltà per medici e genitori che possono, per esempio, non essere in grado di determinare in anticipo quale sarà la qualità di vita del bambino se l'intervento medico continuasse. I medici hanno un compito poco invidiabile nella gestione del trattamento di questi bambini. Sebbene ci siano state proposte per una legislazione che chiarifichi la legge sul neonaticidio, Brazier afferma in modo maggiormente convincente che *"l'enormità dei problemi legali e morali che si pongono innanzi a un legislatore ben intenzionato rende remota la prospettiva di legislazione."* (Brazier, 1992, pag. 327).

Non ci sono ovviamente risposte corrette o sbagliate, ma è certamente non realistico affermare che ogni bambino ha diritto alla vita; alcuni bambini hanno anche diritto di morire.

Traduzione a cura di:  
Daniele Zanetti ed Elio Drigo

### Bibliografia

- Abortion Act (1967)
- Children Act (1989)
- ALDERSON P. *Choosing for Children: Parent's Consent to Surgery*. Open University Press, 1990, pp 94-218.
- BRAZIER M. *Medicine, Patients and the Law*. Penguin Books, 1992, pp 90-92.
- DICKENS B. *The Modern Function and Limits of Parental Rights*. 97 LQR 462, 1981, pp 480-482.
- EEKELAAR J. *The Emergence of Children's Rights*. 6 OJLS 161, 1986
- GUNN M. and SMITH. *Arthur's case and the Right to Life of a Down's Syndrome Child*. Crim LR 705, 1985
- GOLDSTEIN J, FREUD A, SOLNIT A. *Before the Best Interests of the Child*. Burnett Books, 1980
- GOSTIN L. *A Moment in Human development: Legal Protection, Ethical Standards*

*and Social Policy on the Selective Non-Treatment of Handicapped Neonates*. 11 American Journal of Law and Medicine, 32. 1985

- KENNEDY I, GRUBB A. *Medical Law: Text with Materials*. Butterworths, 1994, pp 324-325
- MASON J., MCCALL SMITH R. *Law and Medical Ethics*. Butterworths, 1994
- O'BRIEN STEINFELS M. *Children's Rights, Parental Rights, Family privacy and Family Autonomy*. in W Gaylin and R Macklin (eds.) *Who Speaks for the Child*, Plenum Press, 1982
- ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS. *Withholding or Withdrawing Life Saving Treatment in Children: A Framework for Practice*. RCP, 1997

### Legal Cases

- *Oakley v Jackson* [1914] 1 KB 216
- *Prince v Massachusetts* 321 US 158 (1944)
- *Re B (a minor) (wardship: medical treatment)* [1981] 1 WLR 1421
- *v Arthur* (1981) 12 BMLR 1.
- *Re C (a minor) (medical treatment)* [1990] Fam 26
- *Re C (a baby)* [1996] 2 FLR 43
- *R v Cambridge District Health Authority, ex p B* [1995] 1 FLR 1055, pp.1072-1063
- *Re E (a minor) wardship: medical treatment* [1993] 1 FLR 386
- *Re J (a minor) wardship: medical treatment* [1990] 3 All ER 930
- *Re J (a minor) (wardship: medical treatment)* [1992] 4 All ER 614, per Lord Donaldson MR, pp. 622.
- *Re O (a minor) (medical treatment)* [1993] 2 FLR 149
- *Re Phillip B* [1979] 156 Cal Rptr48, [1980] 100 S Ct 1597.
- *Re R (a minor) (blood transfusion)* [1993] 2 FLR 757
- *Re S (a minor) (medical treatment)* [1993] 1 FLR 376.
- *Re S (a minor) (medical treatment)* [1994] 2 FLR 1065
- *R V Senior* [ 1899] 1 QB 283.
- *Re T (a minor) (wardship: medical treatment)* 1 [1997] 1 All ER 906, per Butler-Sloss, pp. 914

### Abstract

*Children too young and immature to be competent depend on their parents to fulfil their rights to good health and medical care. The advances made by medical technology nevertheless sometimes confront parents and doctors alike with difficult dilemmas over what is the appropriate decision to make. Does a child, for example, have a right to life, at whatever the cost? In questions like this the medical profession wields considerable power and it is the doctors who may in reality decide how best to fulfil a child's rights. In the event of a dispute between parents*

*and doctors, the courts may be asked to intervene. At that point, medical paternalism may be replaced by judicial paternalism, with the child's own perspectives slipping into second place. This aim of this analysis of the neonates' right to life (or death) deals with the extent to which children's right to life can be endangered by decisions relating to their. Specifically this discussion will address 3 objectives:*

1. *The limits to parents' powers and the relevance of physical or mental handicap*
2. *A child's right to life and parents' objections to life-saving treatment*
3. *Withholding treatment from desperately ill babies*

*This discussion brings together the analytic methodologies of jurisprudence and philosophy. As legal philosophy is nothing else than general philosophy applied to law, it uses the same methodology as philosophy in general. Legal theory, for its part, lays an emphasis on plural and interdisciplinary approaches, in addition to the more traditional analytical methodology. The law continues to cause difficulties for doctors and parents who may be unable to determine in advance what the child's quality of life will be if medical intervention continues. Doctors have an unenviable task when managing the treatment of these babies. Although there have been calls for legislation to clarify the law on neonaticide, the enormity of the moral and legal problems facing an intending legislator makes the prospect of legislation remote. There are obviously no right or wrong answers, but it is certainly unrealistic to claim that every child has a right to life; some children even have the right to die. Doctors increasingly influence the extent to which children's rights are protected when decisions are made regarding treatment. Although they have the expertise to protect children's medical rights, they are not necessarily in the best position to advise over rights, such as a child's right to bodily integrity, to be consulted, and treated with respect. But whilst doctors are not always the best judges of what is in the child's best interests, nor are the parents, who not surprisingly may find it impossible to be objective over the decisions to be made. The courts too may lose sight of their duty to protect the child's own rights from being infringed by decisions which appear to be in the best interests but which may be more to do with those of her carers. Children's rights should not be lost somewhere in the middle, between parental, medical and judicial paternalism.*

Antonello Querzoli, Dottorando Scienze Infermieristiche, Master Metodologia ed analisi della responsabilità infermieristica ed ostetrica, Master Quotidianità dell'etica clinica. Dip. Igienico Organizzativo Az. USL di Bologna

## Come cambia l'assistenza. La posizione di garanzia

### Premessa

In varie sentenze di seguito riportate, non si nomina specificatamente l'infermiere che ancor oggi qualche magistrato distratto identifica come paramedico, ma si faccia attenzione e non pensino gli infermieri d'essere avulsi da queste valutazioni di merito, perché l'oggi della responsabilità, seppur fondata sulla prestazione media dell'infermiere medio, indica la base di partenza per valutare l'operato del professionista come quella di dottore in assistenza.

### Introduzione

Esiste una costellazione di attività in capo al sanitario che paiono di rango giurisprudenziale inferiore rispetto alle più trattate in ambito francamente penale, civile, deontologico.

Paradossalmente queste omissioni sono agite antecedentemente l'evento delittuoso. Motivo questo che mi porta a tratteggiarle. In tema di responsabilità, constato una sempre maggiore dicotomia tra la ricerca volta ad implementare le competenze tecnico assistenziali, nonché l'applicazione delle abilità rincorse e per converso la pressapocchezza, con la quale, a volte, capita di agire e che per brevità ricomprendo con il termine di: giurisprudenza sanitaria in riferimento al professionista.

La disamina che segue non vuole, volutamente essere dottrinale, ma piuttosto un riesame della giurisprudenza costante con l'intento di richiamare l'attenzione del professionista "anche" sui possibili coinvolgimenti legali connessi ad omissioni colpose imputabili all'infermiere in quanto responsabile generale dell'assistenza<sup>1</sup>.

Nella fattispecie tratterò la posizione di garanzia che insorge durante l'esercizio professionale e che deve essere sempre adita nei confronti degli assistiti<sup>2</sup>.

Genericamente, la posizione di garan-

zia consiste nell'obbligo di attivarsi da parte di chiunque intraprenda un'attività pericolosa per evitare i danni ad essa connessi.

Ritengo utile ricordare che ai sensi dell'art. 40 c.p.<sup>3</sup>, infatti, non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo.

Ne discende che chi esercita l'infermieristica, ha l'obbligo non solo di conoscere ed osservare le norme che regolano l'esercizio professionale, o di operare con diligenza, prudenza, perizia, ma deve ricordare che il professionista assume una posizione di garanzia tipica nei confronti della persona affidata alle sue cure, e nell'obbligo di farsi attivamente carico di tutte quelle implicazioni rischiose dell'assistenza-trattamento o alla persona, mediamente previsti, prevedibili e di conseguenza evitabili con quell'accortezza media presa a guida di riferimento.

La clausola d'equivalenza (commettere omettere), comporta peculiari conseguenze poiché attribuisce ad alcuni soggetti (leggasi nella fattispecie infermieri), diversi dai rispettivi titolari, una speciale posizione di garanzia dell'integrità dei beni protetti che si ha interesse a salvaguardare<sup>4</sup>, e fa gravare sugli stessi (infermieri) un obbligo giuridico di "impedire il verificarsi di un evento lesivo", del quale altrimenti risponderebbero penalmente, integrando una fattispecie di reato omissivo improprio.

Dalla posizione di garanzia possono discendere "obblighi di protezione" che hanno lo scopo di tutelare determinati beni giuridici da tutte le fonti di pericolo, presupponendo un particolare legame tra garante (infermiere) e titolare del bene garantito (la persona assistita), ovvero "obblighi di controllo e/o custodia" che tutelano da determinate fonti di pericolo tutti i beni che potrebbero essere colpiti, presupponendo particolari legami tra garante e fonte di pericolo sotto la sua sfera di controllo<sup>5</sup>.

In caso di contestazione di condotta

### EDITORIALE

pervenuto il 14/01/09  
accettato il 13/02/09

colposa omissiva, per potere fondare un giudizio di responsabilità, art. 40, comma 2, del c.p. occorre verificare la sussistenza di un obbligo di garanzia in capo all'imputato, il cui accertamento non presenta particolari problemi per quel che riguarda i trattamenti medico-chirurgici: a tal fine, infatti, è sufficiente che si sia instaurato un rapporto sul piano terapeutico tra paziente e medico per attribuire a quest'ultimo la posizione di garanzia ai fini della causalità omissiva e comunque quella funzione di garante della vita e della salute del paziente che lo rende responsabile delle condotte colpose che abbiano cagionato una lesione di questi beni. Anche se qui, come in altre sentenze non si nomina specificatamente l'infermiere-paramedico, non pensi egli per questo di esserne avulso. **Cass. pen., Sez. IV, 28/10/2004, n.46586**

Ritengo utile citare questo chiarissimo concetto esposto nella sentenza **Cass. pen., Sez. IV, 29/10/2004, n.7610**. In tema di reato colposo commesso mediante omissione, qualora sussistano, relativamente alla stessa situazione di pericolo, più soggetti in posizione di garanzia, sia pure a titolo diverso (leggi-équipe), ciascuno di essi è per intero destinatario del compito di tutela demandatogli dalla legge e autonomamente responsabile qualora a esso non adempia (la responsabilità penale è sempre individuale art. 27 c.p.).

Ed ancora, in tema di responsabilità colposa in ipotesi di lavoro in équipe, non confidi l'infermiere, che altri, che eventualmente gli succedono nella stessa posizione di garanzia, elimini quella violazione o ponga rimedio a quella omissione. Il coinvolgere altri sanitari in un contesto penale non configura una dirimente, come si evince dalla sentenza **Cass. pen., Sez. IV, 26/01/2005, n.18568**.

*Si può così affermare che medici e paramedici devono considerarsi portatori ex lege di posizioni di garanzia<sup>a</sup>, espressione dell'obbligo di solidarietà costituzionalmente imposto ex articoli 2 e 32 della Costituzione, nei confronti dei pazienti la cui salute devono tutelare contro qualsiasi pericolo che ne minacci l'integrità (Cass. Pen. Sez. IV, 13 settembre 2000 n. 9638).*

Concetto ripreso anche nella sentenza della **Cass. pen. Sez. IV n. 447/2000** "è da riconoscere che gli operatori sanitari – medici e paramedici – di una strut-

*tura sanitaria sono tutti, ex lege portatori di una posizione di garanzia nei confronti dei loro pazienti affidati, a diversi livelli, alle loro cure e attenzioni, e, in particolare sono portatori della posizione di garanzia che va sotto il nome di posizione di protezione, la quale, come è noto, è contrassegnata dal dovere giuridico, incombente al soggetto, di provvedere alla tutela di un certo bene giuridico contro qualsivoglia pericolo atto a minacciarne l'integrità".*

Diversamente, posso puntualizzare per l'infermiere, come anche sostenuto in dottrina; "non può sorgere una posizione di garanzia in capo al medico che sia stato soltanto occasionalmente richiesto di un parere, nel quadro di una relazione di amicizia, convivialità, familiarità o convivenza, perché manca in tale evenienza uno specifico conferimento di incarico professionale", **Cassazione, Sezione IV, 14 novembre 2007**.

Mentre laddove sussista un incarico formale: "...omissis, il medico accerti l'esistenza di una patologia ad elevato ed immediato rischio di aggravamento, in virtù della sua posizione di garanzia ha l'obbligo di predisporre personalmente i trattamenti terapeutici ritenuti idonei ad evitare eventi dannosi...omissis" **Cass. pen. Sez. IV 11 dicembre 2002 Sent. n. 4827**.

All'infermiere sicuramente va demandata la posizione di garanzia cosiddetta **di protezione**, che impone di preservare il bene protetto da tutti i rischi che possano lederne l'integrità (tipico il rapporto che intercorre fra infermiere ed assistito); non meno, al professionista può essere assegnata la posizione di garanzia cosiddetta **di controllo**, che impone di evitare le eventuali fonti di pericolo che possano minacciare la salute della persona. (**Cass. Pen. Sentenza, Sez. IV, 15/09/2008, n. 35307**).

*Gli operatori di una struttura sanitaria sono tutti portatori "ex lege" di una posizione di garanzia, espressione dell'obbligo di solidarietà costituzionalmente imposto ex articoli 2 e 32 della Carta fondamentale, nei confronti dei pazienti, la cui salute essi devono tutelare contro qualsivoglia pericolo che ne minacci l'integrità; e l'obbligo di protezione dura per l'intero tempo del turno di lavoro".* **Cass. Pen. Sez. IV, 9638/00**. La Corte di Cassazione ha stabilito, con la sentenza della **Cass. pen., Sez. IV, 01/12/2004, n.9739** esaminando la responsabilità per fatto del personale

medico e per fatto del personale sanitario, che esistesse **responsabilità anche il personale infermieristico** per la condotta assolutamente omissiva per non aver "mai raccolto le preoccupazioni reiterate" dei parenti.

Ed ancora dalla stessa sentenza si può leggere: "sussiste la responsabilità per colpa professionale del personale medico e paramedico", qualora si ometta di assicurare la dovuta protezione nei confronti di un paziente nella fase post-operatoria, indipendentemente dal fatto che siano stati rispettati il proprio turno di lavoro e le regole che presiedono agli obblighi contrattuali, in quanto ogni operatore di una struttura sanitaria è portatore di una posizione di garanzia verso il paziente, la cui salute va tutelata contro un qualunque pericolo che ne minacci l'integrità.

Da quanto sopra si evince che l'infermiere, professionista intellettuale<sup>7</sup>, non può usare a sua scusante la disconnoscenza di qualunque situazione sia stata a lui affidata (culpa in vigilando), sia nei confronti del medico strutturato, dello specializzando che dell'Operatore Socio Sanitario. Dall'esame della sentenza, ne deduco che gli infermieri avrebbero dovuto valutare se l'assistenza erogata e quella doverosamente erogabile erano equivalenti.

Parlando di professionista intellettuale, la disamina si allarga all'ipotesi della responsabilità della struttura sanitaria, che è stata già inserita dagli operatori giudiziari nel cosiddetto "contratto atipico di speditività", concluso, a seguito del ricovero, tra il paziente e la struttura medesima; trattasi di un vero e proprio contratto a prestazioni corrispettive "... poiché l'ente, obbligandosi ad eseguire le prestazioni, ha concluso col paziente un contratto d'opera intellettuale." (**Cass. Civ. 21/12/1978 n. 6141; 23/02/2000 n. 2044**).

La sentenza della **Cass. Civ. n. 9638/2000** assimila la responsabilità del medico a quella del personale paramedico: «Infermieri e paramedici, allo stesso livello dei medici, sono "portatori di una posizione di garanzia nei confronti dei pazienti loro affidati" ed hanno il preciso dovere di eseguire prontamente tutte le disposizioni necessarie alla tutela della salute dei malati ...» Infatti, l'infermiere ha l'obbligo, si sottolinea nella predetta sentenza, di esercitare la propria attività professionale con prudenza, diligenza, perizia; cioè con l'os-

servanza di tutte le norme giuridiche, deontologiche e tecniche che sintetizzano la responsabilità professionale.

Non è pleonastico rammentare che da un punto di vista generale del diritto civile, la colpa è legata a comportamenti che non rispettino i principi della diligenza, della prudenza, della perizia e dell'osservanza di leggi, regolamenti, ordini e discipline. La diligenza e la prudenza vanno valutate in rapporto alla natura delle attività svolte che si è chiamati ad esercitare (art. 1176 c.c.); è chiaro, pertanto, che le attività sanitarie le richiedono entrambe in alto grado.

A conferma di tutto quanto sopra, il Codice Deontologico approvato dal Comitato Centrale nel febbraio del 1999, dispone che *"l'infermiere è tenuto a svolgere la propria attività al servizio della persona e della collettività e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo"*.

Se più soggetti sono titolari della posizione di garanzia, ovvero dell'obbligo di impedire l'evento, ciascuno è per intero destinatario del dovere di tutela impostogli dalla legge. In particolare, ciascun professionista per risultare scevro da implicazioni non è legittimato ad invocare l'esaurimento del rapporto obbligatorio. Fonte dell'obbligo di garanzia e l'eventuale successivo ingresso in tale obbligo da parte di terzi, quand'ove il perdurare della situazione giuridica si riconduca alla condotta colpevole dei primi. **Cass. pen., Sez. IV, 19/05/2004, n. 46515.**

Sempre in riferimento alle professioni intellettuali (ove alloca l'esercizio infermieristico), in riferimento alla colpa professionale del medico specializzando, il concreto e personale espletamento di attività da parte dello specializzando comporta pur sempre l'assunzione diretta, da parte sua, della posizione di garanzia nei confronti del paziente, condivisa con quella che fa capo a chi le direttive impartisce, secondo i rispettivi ambiti di pertinenza e di incidenza; anche sullo specializzando incombe pertanto l'obbligo di osservanza delle *"leges artis"* che hanno come fine la prevenzione del rischio non consentito. **Cass. pen., Sez. IV, 20/01/2004, n. 32901.**

Quanto sopra in forza della **L. 10 agosto 2000, n. 251** – Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecni-

che, della riabilitazione, della prevenzione - all'art 1 *"gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche 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 ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza"*.

Ad una attenta lettura appare chiaro come le situazioni esimenti siano di fatto molte meno di quante l'infermiere possa pensare di addurre a sua difesa (es. carenza di personale, turistica inappropriata, ausiliari non formati, indicazioni terapeutiche non prescritte, ect..). Una recente sentenza della **Cass. Pen. sez. IV 15/9/2008 n. 35307**, ha affermato che *"... è sufficiente si instauri un rapporto di natura pubblicistica di tutela della salute come avviene in caso di ricovero ospedaliero o di struttura accreditata, perché scatti un obbligo di garanzia ....."*

Quando l'obbligo di impedire l'evento ricade su più persone che debbano intervenire in tempi diversi, il nesso di causalità tra la condotta omissiva o commissiva del titolare di una posizione di garanzia non viene meno per effetto del successivo mancato intervento da parte di un altro soggetto, parimenti destinatario dell'obbligo di impedire l'evento, configurandosi in tale ipotesi un concorso di cause ai sensi dell'art. 4 comma 1 c.p. **Cass. pen., Sez. IV, 07/11/2001, n.7725.**

Con l'intento di concludere, richiamo l'attenzione sulla necessità di rivedere l'assistenza erogata, tenendo a mente l'obbligo di controllo e di sorveglianza e quindi di intervento, consentendo precocemente, al soggetto partecipante di constatare circostanze fattuali e concrete, che facciano prefigurare contegni scorretti e inadeguati (es., percezione di altrui atteggiamenti distratti o incerti, o attività imperite, o richieste di consensi non precedentemente informati, o precarie condizioni assistenziali) o di cogliere veri e propri errori di condotta o comportamenti palesemente anti giuridici.

Le maggiori competenze acquisite con la formazione di base, post-base, ECM, devono essere agite in un ottica **non** surrogativa ad altre professioni, ma lette

in senso **restrittivo** laddove situazioni come quelle sopra descritte possano ingenerare confusione o danno all'assistito.

## Bibliografia

- Decreto Lgs n° 739 del 14 settembre 1994  
Legge n° 42 del 26 febbraio 1999  
Cass. pen., Sez. IV, 26/01/2005, n.18568 Riv. Pen., 2006, 6, 764.  
Cass. Pen sez IV, 13 settembre 2000 n. 9638).  
Cass. pen., Sez. IV, 25/01/2005, n.18552  
Cass. pen., Sez. IV, 01/12/2004, n.9739  
Cass. pen., Sez. IV, 29/10/2004, n.7610  
Cass. Civ. 23.02.2000 n. 2044  
Cass. pen., Sez. IV, 28/10/2004, n.46586  
Cass. pen., Sez. IV, 19/05/2004, n.46515  
Cass. pen., Sez. IV, 27/02/2004, n.24030  
Cass. pen., Sez. IV, 20/01/2004, n.32901  
Cass. pen., Sez. IV, 01/12/2004, n.9739  
Cass. pen., Sez. IV, 29/10/2004, n.7610  
Cass. pen., Sez. IV, 28/10/2004, n.46586  
Cass. pen., Sez. IV, 06/11/2003, n.10430  
Trib. Catania Adrano, 17/09/2003  
Cass. pen., Sez. IV, 11/12/2002, n.7427  
Cass. pen., Sez. IV, 11/12/2002, n.4827  
Cass. pen., Sez. IV, 15/10/2002, n.7026  
Cass. pen., Sez. IV, 25/09/2002, n.39637  
Cass. pen., Sez. IV, 07/11/2001, n.7725

## Sitografia

- <http://www.diritto.it/materiali/civile/alpa1.html>  
<http://www.emagister.it>  
<http://www.iss.it/>  
<http://www.normeinrete.it/abc>  
<http://www.appunti-diritto-economia.com/articoli-diritto/ordinamento-giuridico-e-le-fonti-del-diritto.php>  
<http://www.novaraius.it/novaraius/index.jsp>  
<http://www.consiglionazionaleforense.it/>  
<http://www.csig.it/>  
<http://www.personaedanno.it/site/>  
<http://www.iusetnorma.it/massimario/>  
<http://www.jei.it/>  
<http://www.civile.it/inews/xml.asp>  
<http://www.legge-e-giustizia.it/>  
<http://www.lexitalia.it/>  
<http://www.ricercagiuridica.com/cassazione/conoscenze.php>  
<http://www.overlex.com/quaderni.asp>  
<http://www.personaedanno.it/custom/home.php>  
<http://www.altalex.com/index.php?idstr=57>  
<http://quotidiano.leggiditalia.it/>  
<http://www.deagiuridica.it/>  
<http://www.sanita.ilsole24ore.com/>

**Note**

1. Decreto Lgs n° 739 del 14 settembre 1994
2. Il Codice Deontologico '99 esplicita la posizione di garanzia per gli infermieri negli articoli 2.2 - 3.6 - 4.5 - 4.6 - 4.7 - 6.1
3. Art. 40 c.p. Rapporto di causalità. Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se l'evento dannoso o pericoloso, da cui dipende la esistenza del reato, non è conseguenza della sua azione od omissione. Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo.
4. Art. 43 c.p. Elemento psicologico del reato. È colposo, o contro l'intenzione, quando l'evento, anche se preveduto, non è voluto dall'agente e si verifica a causa di negligenza o imprudenza o imperizia, ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline.
5. Nel caso delle lesioni colpose determinate dall'esercizio della attività sanitaria, il rapporto di causalità va identificato nella lesione dell'incolumità personale del paziente.
6. CC Capo II: Delle professioni intellettuali Art. 2229 Esercizio delle professioni intellettuali.

# 28° Congresso Nazionale Aniarti

Palazzo della Cultura e dei Congressi  
Bologna, 25 - 26 - 27 Novembre 2009

## Infermieri e la questione del limite:

Osservazioni, interrogativi e proposte su:

- l'assistenza infermieristica,
- la persona in situazione critica,
- il sistema per la salute.

Un altro congresso Aniarti su temi **cruciali**, su aspetti in cui gli infermieri devono riuscire ad **incidere e cambiare** le cose.

Ci interrogheremo sul **senso** dell'attuale situazione delle cure per la salute e la vita, su un apprezzamento reale della **tecnologia** e su un suo contenimento razionale, sulla collocazione dell'**assistenza** infermieristica in questo quadro, sulla necessità di proporre **alternative** ai troppi non-sensi che non fanno parte del **paradigma** infermieristico e non condividiamo.

**Chiederemo** agli infermieri esperienze, ricerche, proposte formative ed organizzative, riflessioni sull'etica.

Cercheremo contributi della **società** e della **politica** come convivenza.

**Prepariamo assieme il nostro congresso Aniarti 2009!**

Per informazioni: [www.aniarti.it](http://www.aniarti.it)

Segreteria Organizzativa: **Aniarticoop**

Via Val di Sieve, 32 - 50127 Firenze

Tel. 055/434677 Fax 055/435700 - Cell. 340/4045367

e-mail: [aniarti@aniarti.it](mailto:aniarti@aniarti.it)



SCENARIO®

associazione nazionale infermieri di area critica