

Direttore Responsabile
Maria Benetton

■ **Comitato Editoriale**

Gianfranco Cecinati
Elio Drigo
Gian Domenico Giusti
Paola Marchino
Nora Marinelli
Marco Marseglia
Fabrizio Moggia
Silvia Scelsi
Stefano Sebastiani

■ **Comitato di Redazione**

Gianfranco Cecinati
Elio Drigo
Gian Domenico Giusti
Silvia Scelsi
Stefano Sebastiani

■ **Segreteria di Redazione**

Paola D'Amore
Donatella Pirozzo

■ **Tariffe**

Iscrizione Aniarti 2009 € 30,00
(comprensiva dell'abbonamento
annuale alla rivista Scenario)

Abbonamento a Scenario
Istituzionale € 65,00
(Enti, Istituzioni, Associazioni, Biblioteche,
Unità Operative, Sedi formative)

Le quote vanno versate sul c/c postale
n. 11064508 intestato a:

ANIARTI

Via Val di Sieve, 32 - 50127 Firenze

■ Aut. Trib. Arezzo 4/84 R.S.

Lavori, lettere, suggerimenti, commenti,
proposte, interventi in genere e fotogra-
fie vanno inviati a Donatella Pirozzo,
segretaria di redazione
c/o Ufficio soci ANIARTI

Via Val di Sieve, 32 - 50127 Firenze

Tel. 055/434677 - Fax 055/435700

Cell. 340/4045367-5

www.aniarti.it

e-mail: aniarti@aniarti.it

Progetto Grafico: Vittorio Casebasse

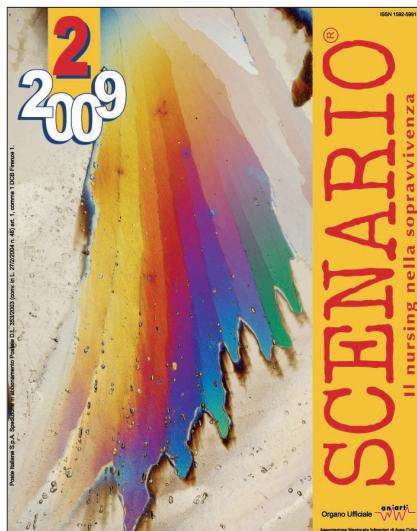
Stampa: Tipografia San Marco

Via Della Treccia, 14 - 50145 Firenze

■ Numero chiuso il giorno

20 Maggio 2009

(1 copia € 3,50 per soli Soci)



Questo periodico è associato
alla Unione Stampa
Periodica Italiana

3 L'EDITORIALE
DIRITTO ALLA SALUTE: MA C'È
VERAMENTE? CHE FARE?
di Maria Benetton

5 INDAGINE CONOSCITIVA
NEI PRONTO SOCCORSO
DEL LAZIO SULLE STRATEGIE
ORGANIZZATIVE DI APPLICA-
ZIONE DEI PROTOCOLLI
DI TRIAGE
Study in the emergency wards of
Lazio in relation to organisational
strategies for the application of
triage protocols
di Cristian Vender,
Silvia Scelsi, Maria Luisa Rega

12 L'USO DELLA TERMOCOPERTA
NEL CONTROLLO DELL'IPOTERMIA
IN SALA OPERATORIA
The use of forced air warming for
hypothermia control in surgery
room.
di Chiara Ridolfi, Enza Gesualdi,
Fabio Negrello, Latifa El Mouttaqi,
Zein Eddine Wissam, Paolo Chiari

17 UN CONFRONTO FRA DUE
METODI DI ANESTESIA PER
IL POSIZIONAMENTO DEL
CATETERE ARTERIOSO RADIALE
A comparison between two
methods of anaesthesia for the
set of radial artery cannulation
di Matteo Storti

20 ASPETTI GIURIDICI, MEDICI
E PRINCIPI ETICI NELLA CURA
AI PAZIENTI GRAVEMENTE
MALATI O FERITI
Jurisdictional and medical aspects
and ethical principles working
with critically ill/injured patients
di Robert Stanley

29 APPROCCIO MULTIDISCIPLI-
NARE ALLA SOSPENSIONE
DEI TRATTAMENTI VITALI
Multi disciplinary approach to
withdrawal of treatment
di Dawn Knight, Isabel Thruston

33 SUL CORPO DI ELUANA
On Eluana's body
di Pio Lattaruolo,
Francesco Germini,
Maria Carmela Bruni

37 CONSIGLIO DIRETTIVO
E NAZIONALE ANIARTI

Istruzioni per le proposte di Pubblicazioni

SCENARIO è la rivista ufficiale di Aniarti (Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica); il suo scopo è quello di dare impulso alla crescita del sapere infermieristico, in modo particolare alle tematiche inerenti l'Area Critica.

La rivista pubblica contributi inediti che riguardano le seguenti tipologie di articoli:

- **Articolo originale** (frutto di ricerca e/o metanalisi)
- **Revisione** (revisione della letteratura)
- **Comunicazione** (relazione a congressi e/o poster)
- **Editoriale** (parere su una tematica e riflessione o analisi)
- **Lettera** (intervento su una tematica trattata dalla rivista).

Gli articoli dovranno pervenire, esclusivamente via e-mail (utilizzando l'indirizzo scenario@aniarti.it), su file RTF o leggibile dai comuni word processor e devono essere redatti seguendo le indicazioni del documento preparato dall'International Committee of Medical Journal Editors "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" (www.icmje.org).

Nella prima pagina dovranno essere indicati:

- Titolo dell'articolo (in italiano ed inglese)
- Autori con nomi completi e qualifiche professionali
- Istituzioni d'appartenenza
- Recapito (posta elettronica o indirizzo o telefono) che, l'autore responsabile della corrispondenza, desidera sia pubblicato nella rivista
- Dichiarazione che l'articolo non è stato pubblicato in precedenza e non è stato inoltrato presso altra rivista;
- Dichiarazione di assenza di conflitti di interesse
- Breve ringraziamento per eventuali finanziamenti pubblici o privati ricevuti come contributo per lo svolgimento dello studio.

La seconda pagina deve contenere un abstract non superiore alle 300 parole in italiano ed in inglese strutturato con introduzione, materiali e metodi/problema, risultati, discussione, conclusioni. Devono essere indicate da 3 a 5 parole chiave in italiano ed inglese.

Per gli articoli di ricerca il testo deve essere suddiviso in:

- Introduzione
- Materiali e metodi
- Risultati

- Discussione
 - Conclusioni
 - Bibliografia
- Per gli **altri articoli** il testo deve essere suddiviso in:
- Introduzione
 - Problema
 - Discussione
 - Conclusioni
 - Bibliografia

Le tabelle o i diagrammi debbono essere citati sequenzialmente nel testo, dotate di didascalie con titolo e numero progressivo in cifra araba.

Le citazioni bibliografiche devono essere strettamente pertinenti e riferirsi a tutti e solo gli autori citati nel testo; andranno numerate consecutivamente secondo l'ordine di citazione nel testo.

Le citazioni a fine del testo devono seguire le norme del Vancouver Style (www.icmje.org).

Gli autori sono responsabili dell'accuratezza della bibliografia e devono controllare l'esattezza di ogni voce bibliografica prima dell'invio.

Ogni articolo è sotto la responsabilità diretta degli autori. Quando il contenuto può coinvolgere responsabilità dell'Ente di appartenenza, o quando gli autori esprimono una posizione politico-strategica della medesima, occorre una liberatoria scritta dei relativi responsabili. Andrà dichiarata anche l'autorizzazione alla pubblicazione di dati o documenti riferibili all'attività istituzionale dell'Ente.

Gli articoli inviati alla rivista saranno sottoposti all'esame della redazione e degli esperti di riferimento per i vari settori.

Le proposte di pubblicazione saranno accettate ad insindacabile giudizio del Comitato di Redazione. L'accettazione, la richiesta di revisione o la non-accettazione saranno notificati e motivati per iscritto nel più breve tempo possibile.

Gli articoli pubblicati possono essere riprodotti in parte o totalmente soltanto con il permesso scritto del Direttore della Rivista.

In caso di pubblicazione, gli autori riceveranno una copia del numero della Rivista che contiene il proprio lavoro.

INFORMATIVA PER I SOCI

Legge 675/96 e seguenti - Tutela dei dati personali

L'ANIARTI è in possesso dei dati personali anagrafici di ogni associato in quanto da lui stesso forniti al momento della presentazione della domanda di socio.

Tali dati sono conservati presso l'archivio della stessa Associazione e trattati esclusivamente da personale incaricato ed unicamente per adempiere agli scopi istituzionali.

**Tutto il materiale va inviato unicamente
all'indirizzo di posta elettronica scenario@aniarti.it**

Diritto alla salute: ma c'è veramente? Che fare?

Più di sessant'anni fa, nel 1948, veniva presentata la Dichiarazione Universale dei Diritti dell'uomo e all'art. 25 si dichiarava *"ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari: e ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia, o in ogni altro caso di perdita dei mezzi di sussistenza..."*. Emergono con chiarezza due dimensioni: quella del concetto generale di salute e quella più specifica dell'assistenza medica. Una visione moderna della concezione, non riduttiva, dell'assistenza sanitaria e di un'equa distribuzione delle risorse assegnate.

Il diritto alla salute costituisce uno dei diritti umani fondamentali internazionalmente riconosciuti: nel 1946 nella Costituzione dell'OMS, viene definito il concetto di salute come *"uno stato complessivo di benessere fisico, mentale e sociale, e non la mera assenza di malattie o infermità"*. Il preambolo afferma inoltre, che *"il godimento delle migliori condizioni di salute fisica e mentale è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano, senza distinzione di razza, religione, opinione politica, condizione economica o sociale"*.

In un più recente passato, la parola d'ordine era *"salute per tutti nell'anno 2000"*.

Anche l'anno 2000 è passato e non possiamo certo dire che abbiamo raggiunto i traguardi dichiarati.

È forse tempo di ripensare alle dichiarazioni, ai preamboli, agli slogan, benché provenienti da autorevolissime istituzioni ed essere più pragmatici e drammaticamente realisti?

Sul sito del *British Medical Journal* è stato aperto un blog per parlare di una nuova definizione di salute. Molti partecipanti però spostano l'attenzione dalla definizione al cuore del concetto. Ha senso strutturare una definizione che sia

il più ampia e politicamente corretta, quando il diritto alla salute è ancora utopia per gran parte delle popolazioni mondiali?

I diritti umani, di cui il diritto alla salute fa parte, sono un'invenzione occidentale: il resto del mondo non ha altro da inventarsi che una quota aggiuntiva di speranza e rassegnazione.

Apriamo gli occhi al mondo. Nei paesi sviluppati la speranza di vita alla nascita è di 77 anni, contro i 56 dei paesi a basso reddito. Il tasso di mortalità infantile è di 6 per mille nati vivi nei paesi sviluppati, mentre nei paesi poveri è pari all'88 per mille. Nonostante il 93% delle malattie che affliggono il mondo si concentrano nei paesi a basso reddito, dove vive l'84% della popolazione mondiale, solo il 10% del PIL mondiale viene speso in tali paesi per la salute. Il restante 90% viene speso nei paesi ricchi. Questa inversione tra bisogno e spesa (i dati provengono dalla Banca Mondiale) ha il nome significativo di *"legge dell'inverso dell'assistenza"*. Se non basta, è ancora più drammatico per le donne che sono oggetto, nei paesi poveri, di una vera e propria discriminazione rispetto agli uomini nelle cure, nell'alimentazione e nell'accesso alle scarse risorse sanitarie.

Nei paesi ricchi come gli Stati Uniti, ci sono comunque 46 milioni di persone senza assistenza sanitaria, ma possono scegliere se morire a casa senza cure o in ospedali pubblici quasi sempre di bassissima qualità. Ma c'è anche chi non ha neppure questo, chi vive dove gli ospedali vengono distrutti e bombardati perché ci sono i terroristi. I malati devono farsene una ragione: è per un buon fine, il terrorismo va combattuto in ogni luogo.

Difficile parlare di diritto alla salute quando in tutto il mondo 1 persona su 5 vive in povertà, più di un miliardo di esse non ha acqua potabile e altrettanti non hanno sufficiente cibo. E per non andar troppo lontano, in una civilissima regione italiana si vogliono togliere le cure ai clandestini perché hanno goduto di vantaggi senza pagare tasse e i ticket sanitari; se decidiamo di erogare

le cure solo a chi paga tasse e ticket, i clandestini sono in buona compagnia con molti cittadini italiani.

Eppure la promozione e la tutela della salute è indispensabile per lo sviluppo economico e sociale e contribuisce a una miglior qualità di vita e a mantenere la pace sociale. Sebbene questi diritti siano considerati inviolabili, perché legati alla dignità e all'eguaglianza delle persone, quando si tratta di attuarli mostrano molta fragilità perché dipendono dalla volontà politica. Ed anche nelle società più avanzate si sta facendo strada un'interpretazione "mutilata" del diritto alla salute. Qualcuno potrebbe rimanerne fuori, perché anziano, perché nessuno lo tutela, perché non è in grado di accedere alle informazioni o ai servizi, perché è clandestino. Sono tutte forme di povertà materiale, culturale o sociale, che non elimineremo solo perché le vogliamo nascondere negando il diritto alla persona. Il tema dell'allocazione delle risorse sanitarie va a congiungersi con quello più generale della cultura e della giustizia sociale.

I principi ispiratori della professione infermieristica sono basati sul rispetto della persona, sulla tutela della salute indipendentemente dall'età, sesso, censo sociale o economico, religione o etnia. Chiunque si affidi alle nostre cure deve sentire che gli infermieri antepongono la persona bisognosa a qualunque altra circostanza. Questo sta diventando un momento storico determinante: esserci nel determinare la politica professionale e sociale, nell'aver una funzione di orientamento nella tutela della salute non solo da un punto di vista tecnico ma anche culturale, o rimanere nella sudditanza di altri.

E per noi infermieri di area critica, gestori di elevatissime quote di risorse e di conoscenze per i servizi di salute, in un contesto globale caratterizzato da disuguaglianze estreme, come trovare un equilibrio? Dove si colloca la nostra responsabilità nel continuare a fare quello che facciamo: un'assistenza fortemente coinvolta e condizionata dalle tecnologie, dalle spinte interessate delle industrie, dalle richieste a volte indotte o fobiche, delle persone?

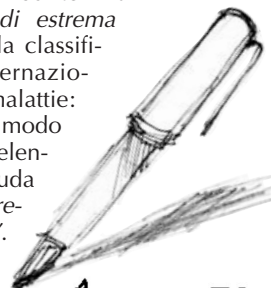
Probabilmente la nostra responsabilità è l'individuazione del limite "ragionevole" in tutto quello che facciamo, dalle risorse che usiamo alla tipologia delle decisioni che prendiamo o a cui parte-

cipiamo. Ragionevolezza che tenga realmente conto di un'idea di giustizia ed equità che superi gli angusti confini a cui siamo abituati e guardi al mondo. Ragionevolezza rispetto ai mezzi e ai metodi, alle concezioni di lavoro e tecnologia, malattia e salute, vita e morte. I nuovi "modi" e i nuovi "limiti di ragionevolezza" sono il contributo specifico con cui gli infermieri di area critica possono arricchire il vivere delle comunità come insieme. Trovare soluzioni assistenziali nuove ed avanzate (non necessariamente e solo tecnologiche...) rappresenta una strada difficile percorsa che può essere risparmiata ad altri con i quali viene condivisa. La sovrabbondanza e l'indigenza estrema richiedono una composizione: il campo del diritto alla salute rappresenta un interesse diffuso e sentito e pertanto un ambito in cui c'è speranza di successo.

Il rispetto della persona deve riferirsi alla persona di oggi, che non può che essere planetaria, non più confinata. E su questa dimensione ogni comportamento deve informarsi.

Il libero mercato è applicazione dell'individualismo e tanto era stato un mito negli anni passati; ma si sta dimostrando deleterio per l'impianto sociale. Le vicende attuali che coinvolgono la sanità e la salute delle persone (non solo cittadini di uno Stato), ci stanno chiedendo una decisione, una ferma presa di posizione. Dipenderà ancora da noi, professionisti singoli, che su tali questioni ci "mettono la faccia" come si suol dire.

L'OMS ha inserito "la condizione di estrema povertà" nella classificazione internazionale delle malattie: facciamo in modo che questo elenco non includa anche "l'estremo egoismo".



Maie Benetton

Cristian Vender, Dott. Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, Coordinatore corsi BLS/D IRC, Infermiere, D.E.A. II° livello - Pronto soccorso, Ospedale San Camillo di Roma
Silvia Scelsi, Responsabile UOS Formazione e SAI ARES 118 - Roma
Maria Luisa Rega, Responsabile funzionale CdLS Scienze Infermieristiche ed Ostetriche Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Indagine conoscitiva nei Pronto Soccorso del Lazio sulle strategie organizzative di applicazione dei protocolli di triage



Riassunto

Negli ultimi anni si sono sviluppati modelli di triage intra-ospedaliero allo scopo di uniformare la metodologia di espletamento in risposta anche alle numerose normative nazionali e regionali riguardo gli aspetti organizzativi e formativi del triage. Lo studio si propone di fotografare la situazione del triage nella regione Lazio confrontando la situazione con un censimento sul triage, effettuato dall' Agenzia Sanità Pubblica del Lazio nel 2002.

Mediante questionari somministrati ai coordinatori infermieristici di pronto soccorso del Lazio sono stati raccolti i dati necessari allo studio. Il questionario è composto da due sezioni: una sezione conoscitiva e una sezione di indagine sugli aspetti tecnici e procedurali del triage.

Il 69% delle strutture sanitarie sede di pronto soccorso o D.E.A. del Lazio hanno risposto al questionario. Il triage globale è la forma più utilizzata di triage. Il protocollo del dolore toracico è quello utilizzato dal 87% delle strutture ed è il più diffuso e conosciuto dal triagista. Lo studio dimostra che le strutture sede di pronto soccorso con accessi inferiori ai 25.000 utenti, utilizzano comunque una forma di triage anche se non vincolati dalla normativa vigente. La tipologia del triage globale è in aumento rispetto ad altre forme di triage (51,2%; nel 2002 36%). Il personale di triage della regione Lazio, allo stato attuale, ha partecipato a corsi di formazione ancora non uniformati. Ogni struttura ha delineato propri percorsi formativi. Rispetto all'indagine del 2002, la presenza di protocolli è aumentata notevolmente fino a coprire quasi tutto il campione intervistato. I D.E.A. di II livello intervistati non possiedono protocolli per il paziente in trattamento sanitario obbligatorio (T.S.O.).

È necessario un percorso formativo omogeneo, una validazione dei protocolli uniforme, un tempo di revisione definito e una maggiore partecipazione attiva del personale infermieristico nell'elaborazione della corretta procedura di triage.

Parole chiave: Triage infermieristico intra ospedaliero, Protocolli di triage, Formazione triage, Modello triage regione Lazio

ARTICOLO ORIGINALE

pervenuto il 11/02/2009
 approvato il 21/02/2009

1. Introduzione

Negli ultimi anni, a livello regionale, si sono sviluppati modelli di triage per uniformare la metodologia di espletamento del triage intra-ospedaliero in risposta anche alle numerose delibere e normative nazionali e regionali riguardo gli aspetti organizzativi e formativi di questa funzione.

Lo scopo di questo studio è stato di descrivere la tipologia organizzativa e di indagine sugli aspetti tecnici e procedurali del triage degli ospedali del Lazio, con particolare evidenza delle tipologie di strumenti operativi utilizza-

ti e il livello di formazione del personale infermieristico di triage.

2. Revisione della letteratura

La revisione della letteratura in merito all'indagine proposta ha delineato a livello nazionale una diversità nella metodologia utilizzata per effettuare triage nelle regioni in possesso di un modello di triage (regione Lazio, Piemonte e Toscana), a livello internazionale (modello triage inglese, olandese, australiano, canadese), una uniformità nazionale nella metodologia utilizzata.

Tutti i sistemi di triage visionati, hanno come scopo la riduzione dei tempi di

attesa e l'identificazione precoce delle criticità cliniche che richiedono un tempestivo intervento dell'equipe sanitaria.

3. Materiali e metodi

3.1. Campionamento

Questo studio è stato condotto su tutte le 58 strutture ospedaliere del Lazio sede stabile di pronto soccorso o dipartimento d'emergenza di primo o secondo livello di tipo generale (esclusi i pronto soccorso monospécialistici).

Queste strutture trasmettono i propri dati al Sistema informativo della Emergenza Sanitaria (SIES) del Lazio (istituito con D.G.R. 7628 del 22 dicembre 1998) tenuto all'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio.

La popolazione target è composta dalle 58 strutture ospedaliere sede di pronto soccorso o dipartimento d'emergenza della regione Lazio: 33 sono pronto soccorso, 18 D.E.A. di I° livello, 7 D.E.A. di II° livello; la popolazione accessibile è costituita totalmente dalla popolazione target.

Sono state contattate le 58 direzioni sanitarie per la richiesta di autorizzazione alla somministrazione di un questionario (strumento dello studio) ai coordinatori infermieristici di pronto soccorso. Successivamente al ricevimento dell'autorizzazione da parte delle direzioni sanitarie si è somministrato il questionario ai coordinatori infermieristici delle strutture sanitarie che hanno autorizzato l'indagine.

Delle 58 direzioni sanitarie contattate le autorizzazioni alla somministrazione del questionario sono state 40.

I questionari regolarmente compilati dai coordinatori infermieristici sono stati 39 (4 D.E.A. II° livello, 11 D.E.A. I° livello, 24 P.S.). (Figura 1 e 2)

3.2. Strumenti

Lo strumento utilizzato per registrare e raccogliere i dati è stato il questionario (metodo quantitativo, survey strutturato).

Il questionario è composto da due sezioni: una sezione conoscitiva e una sezione di indagine sugli aspetti tecnici e procedurali del triage. È formato da 19 item, 9 domande chiuse (di cui ad 1 con possibilità di fornire più risposte) e 10 domande miste (con

Figura 1: 58 STRUTTURE DI PRONTO SOCCORSO NELLA REGIONE LAZIO

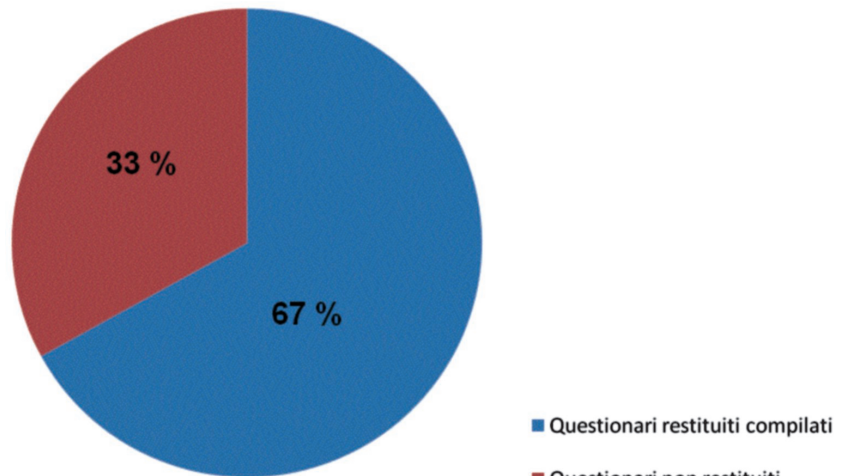
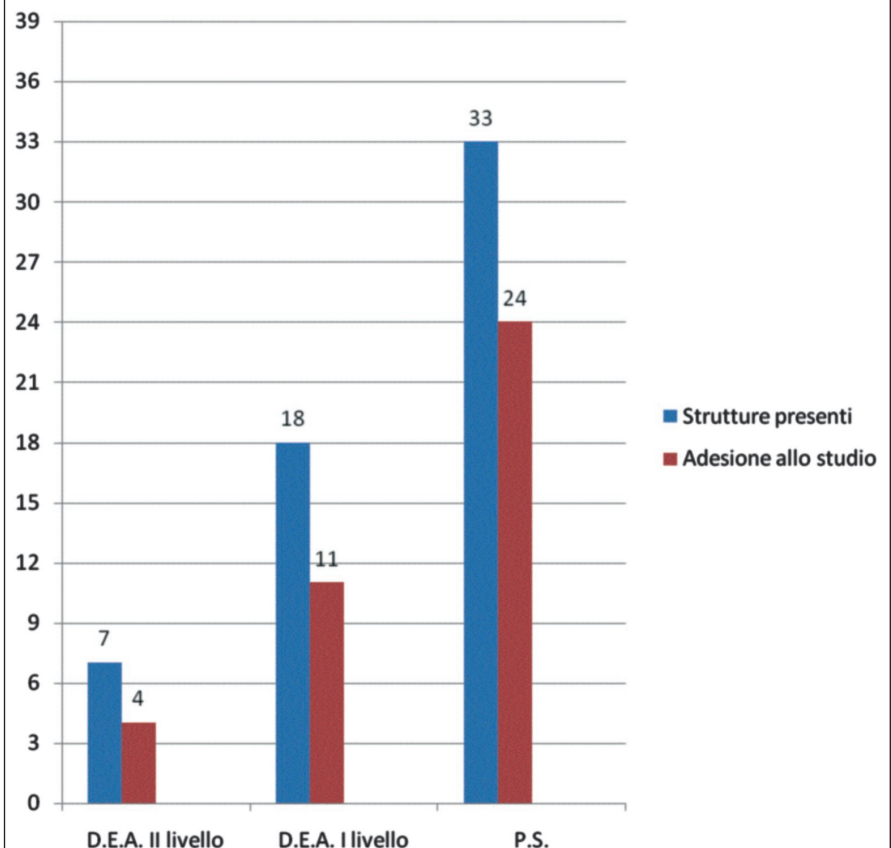


Figura 2: ADESIONE ALLO STUDIO



possibilità di fornire alcune risposte libere).

Nella sezione conoscitiva viene approfondita la parte organizzativa della struttura e del triage; in particolare è stata evidenziata la tipologia di pronto soccorso e di triage, il numero di personale infermieristico dedicato al triage e il tipo di formazione specifica che hanno avuto.

La tipologia di pronto soccorso è stata valutata con domande chiuse inerenti il tipo di triage utilizzato, il numero degli accessi medi annui e la tipologia di personale infermieristico di triage. Il numero degli accessi per codice colore di priorità (anno 2007), la tipologia di corsi di formazione specifici per personale di triage e il numero di infermieri costituiscono le domande aperte del questionario e completano la sezione conoscitiva. Nella sezione di indagine sugli aspetti tecnici e procedurali del triage è stata effettuata una analisi sugli strumenti operativi utilizzati per effettuare triage (numero e tipologia di protocolli, se validati e la modalità di coinvolgimento degli infermieri all'elaborazione di protocolli e linee guida).

L'utilizzo dei protocolli è stato misurato con 11 item di cui 1 a risposta chiusa, 5 con possibilità di fornire più risposte e 5 con possibilità di rispondere liberamente.

3.3. Procedure

Le strutture sede di pronto soccorso della regione Lazio sono state individuate dal "rapporto dati di attività in pronto soccorso - anno 2007" del Sistema Informativo Emergenza Sanitaria del Lazio tenuto dalla Regione all'Agenzia Sanità Pubblica del Lazio. Sono state effettuate 58 telefonate alle direzioni sanitarie degli ospedali individuati con pronto soccorso polispecialistico e, confermato il numero di fax, è stata inviata lettera per la richiesta di autorizzazione alla somministrazione del questionario. In possesso dell'autorizzazione scritta, sono stati contatti telefonicamente i coordinatori infermieristici dei pronto soccorso autorizzati ed è stato inviato il questionario da compilare (via fax o per e-mail). Tutte le fasi della procedura sono state documentate su un data base. Sono stati effettuati numerosi solleciti telefonici e l'invio in alcune strutture di una doppia copia del questionario per smarrimento.

I questionari restituiti compilati sono

stati analizzati e le risposte fornite sono state inserite in un data base utilizzando il programma Microsoft Office Excel.

Successivamente con la collaborazione della Area Sviluppo, Controllo e Monitoraggio U.O.C. Programmazione, Sistema Informativo Sanitario ed Epidemiologia (P.S.I.E.) della A.S.L. Roma D, è stata effettuata l'analisi dei dati mediante il programma S.P.S.S. (Statistical Package for the Social Science).

3.4. Risultati

Su un totale di 58 strutture contattate, 39 (4 D.E.A. II° livello, 11 D.E.A. I° livello e 24 pronto soccorso) hanno aderito allo studio, rispondendo e restituendo il questionario entro il tempo definito (67% di adesione).

Il campione di risposte è ben rappresentativo perché su 7 D.E.A. di II° livello hanno risposto in 4, su 18 D.E.A. di I° livello 11 hanno risposto al questionario e su 33 strutture di pronto soccorso hanno risposto in 24.

Prevalentemente nelle strutture sanitarie (87%) viene effettuato un triage h 24 (Figura 3) e la tipologia di triage mag-

giormente adottata è il triage globale (51,2%). Il triage da bancone (38,5%) non viene adottato nei D.E.A. di II° livello ma viene preferito a quello globale nei pronto soccorso. (Tabella 1)

Nei D.E.A. di II° livello si riscontra, rispetto ai D.E.A. di I° e di pronto soccorso, un'alta affluenza di pazienti per il 75% delle strutture di II° livello (oltre 60.000 utenti l'anno). Questo dato richiede un apporto organizzativo di notevole importanza proprio nelle strutture con un'alta affluenza di persone.

Il personale infermieristico che effettua triage è polivalente nel 85% mentre uno solo (15%) è esclusivamente dedicato al triage. Nei D.E.A. II° livello analizzati non esiste personale solo dedicato al triage.

Il personale di triage ha eseguito corsi di formazione specifici tenuti dall'Agenzia Sanità Pubblica della Regione Lazio (25,5%), corsi aziendali organizzati dalle U.O. formazione personale (23,1%) e corsi di triage di altri enti e organizzazioni (15,4%). Il personale dei D.E.A. di II° livello si forma con corsi organizzati dall'A.S.P. Lazio e, rispetto ai D.E.A. di I° e ai pronto soccorso, svol-

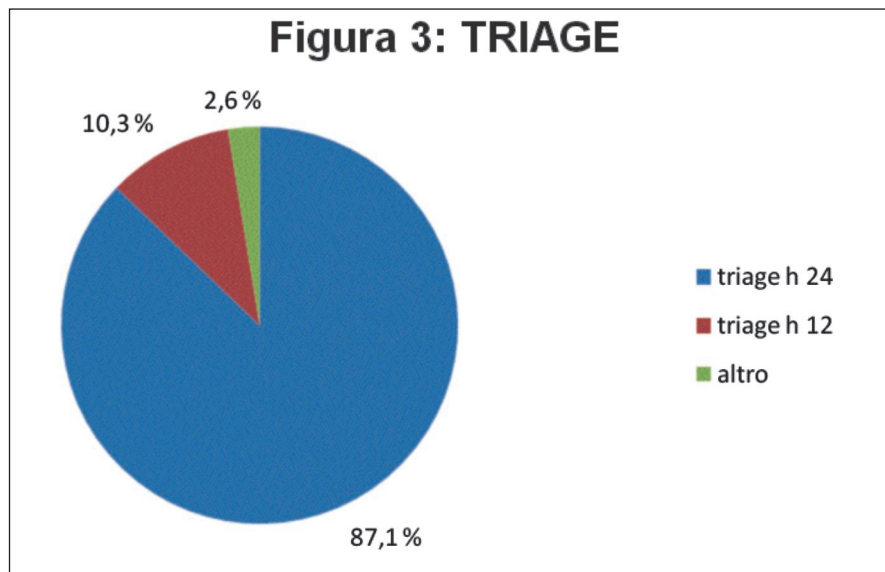


Tabella 1: tipologia di pronto soccorso e tipologia di triage utilizzato

Tipologia di triage	Tipologia di pronto soccorso			Totale
	DEA II liv	DEA I liv	PS	
Triage globale	2	9	9	20
Triage da bancone	0	1	14	15
Triage automatizzato	2	1	1	4
Totale	4	11	24	39

gono corsi di formazione di tipo avanzato. (Figura 4)

Per l'assegnazione del codice colore di triage, il personale infermieristico è supportato dalla presenza di protocolli e procedure specifiche per un 92,3% del campione intervistato. Il 43,5% del campione non risponde alla domanda relati-

va alle fonti utilizzate per l'elaborazione di protocolli e procedure di triage mentre 7 strutture su 22 (17 non rispondono alla domanda) rispondono che l'assegnazione del codice colore viene effettuata utilizzando protocolli che derivano dal *Triage Modello Lazio* con relativo utilizzo del manuale implementato dal

gruppo di studio dell'A.S.P. Lazio (17,9%). Altre fonti utilizzate sono le linee guida nazionali e internazionali e protocolli già elaborati (15,4%). Solo il 5,1% indica l'evidence based nursing e l'evidence based medicine come fonte utilizzata per l'elaborazione di procedure e protocolli. (Figura 5)

Figura 4: CORSI DI FORMAZIONE SPECIFICI DI TRIAGE

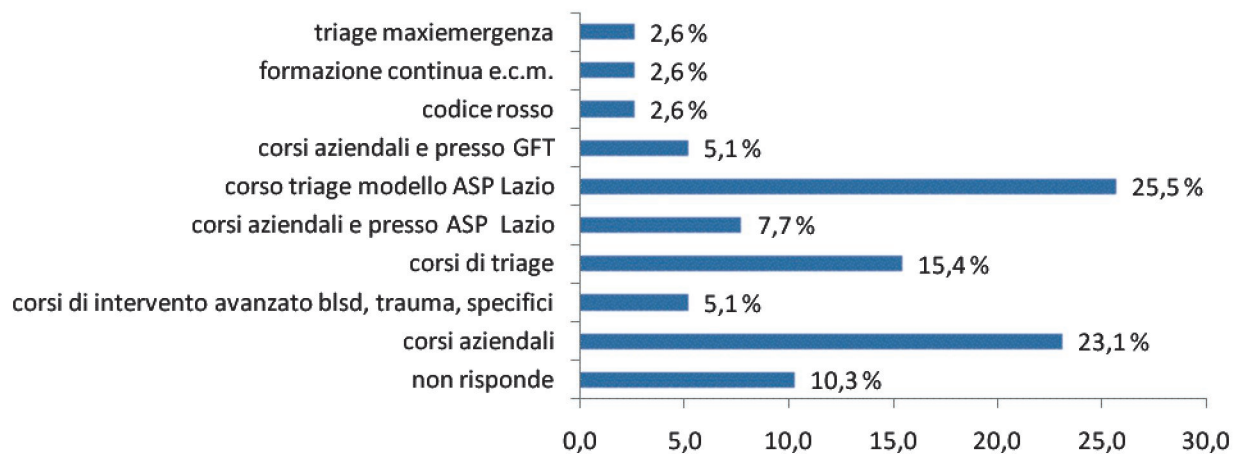
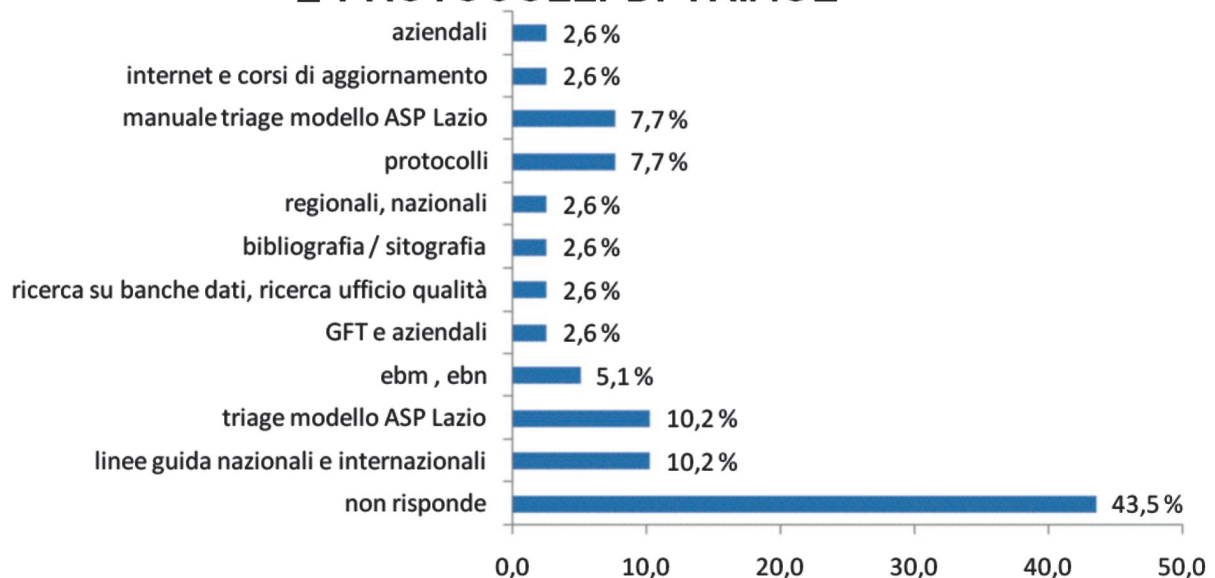


Figura 5: FONTI UTILIZZATE NELL'ELABORAZIONE DI PROCEDURE E PROTOCOLLI DI TRIAGE



Il protocollo del dolore toracico è quello utilizzato dal 87% delle strutture e risulta essere il più diffuso e conosciuto dal triagista. Il protocollo sul traumatizzato/politrauma viene utilizzato dal 72% delle strutture, il dolore addominale dal 61,5% delle strutture. Altri protocolli segnalati sono quelli per il paziente in Trattamento Sanitario Obbligatorio, il pediatrico e la donna in gravidanza. Tutti i D.E.A. di II° livello intervistati, hanno il protocollo sul dolore toracico e il protocollo per il paziente traumatizzato/politrauma. Anche i D.E.A. di I° livello raggiungono una copertura quasi totale per quanto riguarda il protocollo del paziente con dolore toracico. Nessun D.E.A. di II° livello ha invece il protocollo per il paziente in trattamento sanitario obbligatorio. I pronto soccorso, a causa dell'impossibilità di avere pronto soccorso monospécialistici all'interno della struttura, presentano una varietà più ampia di protocolli anche se la copertura del campione non arriva al 50%, ad esclusione del protocollo per il dolore toracico, del dolore addominale e del paziente traumatizzato/politrauma che trovano una copertura maggiore del 50%.

I protocolli utilizzati in triage vengono implementati da personale medico e infermieristico in gruppi multidisciplinari misti per il 74,3%. Non si riscontrano differenziazioni nell'approccio dell'implementazione dei protocolli da parte delle diverse tipologie di pronto soccorso.

La validazione è invece effettuata per il 69,2% dal direttore di U.O. Direzione sanitaria e coordinatore infermieristico validano i protocolli soltanto nel 35,9% dei casi; L'ufficio qualità invece è quasi inesistente nella procedura di validazione dei protocolli (in tutte e tre le tipologie di pronto soccorso) intervenendo soltanto nel 10,3% dei casi.

Esiste un referente delle procedure e protocolli per il 59% delle strutture. Nel 25,7% è un medico, nel 20,6% è un infermiere; non risponde il 53,7% del campione.

I protocolli vengono revisionati nel 36% delle strutture intervistate per un tempo uguale o superiore ad un anno. La revisione sistematica dei protocolli e delle procedure avviene invece nel 17,9% delle strutture. La revisione inferiore ad un anno raggiunge il 12,8%. Tra le altre risposte (20,5%) si annota che il tempo di revisione dei protocolli deve

essere ancora stabilito (7,7%), solo una struttura sulle 39 intervistate ha risposto che non vengono mai revisionati. (Tabella 2)

che effettua triage è polivalente e svolge il proprio servizio anche in altre sezioni del pronto soccorso.

Il confronto effettuato con un censimen-

Tabella 2: Tempo di revisione di procedure e protocolli

Tempo di revisione	Tipologia di pronto soccorso			Totale
	DEA II° liv	DEA I° liv	PS	
non risponde	0	2	3	5
sistematicamente	0	3	4	7
ogni 3 mesi	0	1	1	2
ogni 6 mesi	2	0	1	3
ogni anno	1	2	2	5
> anno	0	2	7	9
altro	1	1	6	8
Totale	4	11	24	39

Il campione di D.E.A. di II° livello rispetto ai D.E.A. di I° livello e ai pronto soccorso, ha dato risposte di revisione dei protocolli dai sei mesi ad un anno. Il ventaglio delle risposte fornite si è allargato nei D.E.A. di I° livello e nei pronto soccorso.

Il metodo di divulgazione dei protocolli e delle procedure è sovrapponibile alle tecniche di coinvolgimento al personale infermieristico nell'implementazione dei protocolli. La riunione (69,1%) è il metodo più utilizzato.

3.5. Conclusioni

Questo studio effettuato analizzando i dati del 67% delle strutture sede di pronto soccorso o dipartimento d'emergenza del Lazio ha dimostrato che tutti gli ospedali sono coperti da un sistema di triage come delineato dalle normative nazionali e regionali. Il triage è parte integrante del sistema di emergenza e urgenza sanitaria. Lo studio dimostra che le strutture sede di pronto soccorso con accessi inferiori ai 25.000 utenti, utilizzano comunque una forma di triage anche se non vincolati dalla normativa vigente che prevede l'utilizzo del triage solo in caso di superamento dei 25.000 utenti.

La tipologia di triage globale è in aumento rispetto ad altre forme di triage che vedevano l'infermiere un semplice esecutore o un addetto alla registrazione. Il triage globale, pur essendo la forma ideale di triage, è il più costoso (risorse e personale) e per questo motivo, non viene utilizzato in molti pronto soccorso minori.

A tutt'oggi il personale infermieristico

del 2002 mediante interviste telefoniche da parte dell'A.S.P. Lazio per la rilevazione di dati sul triage effettuato nel Lazio, rilevava che l'utilizzo del triage globale era del 36% contro il 51,2% rilevato nello studio odierno.

L'utilizzo del triage globale come forma organizzativa richiede personale formato e aggiornato.

Lo studio ha evidenziato alcune criticità e conferma che tutto il personale di triage dal D.E.A. di II° livello al pronto soccorso, segue o ha seguito corsi di formazione che nella nostra regione non sono ancora uniformati. Nell'indagine A.S.P. Lazio del 2002 la formazione del personale era al 86% (studio: 97,4%).

In attesa di avere corsi uniformati di triage come delineato dal *Triage Modello Lazio*, ogni struttura ha delineato dei propri corsi che spaziano secondo l'esigenza della struttura stessa, da corsi aziendali a corsi esterni di trattamento avanzato di alcune problematiche sanitarie per arrivare a corsi di triage effettuati da enti specializzati come il Gruppo Formazione Triage di Torino. I corsi di *Triage Modello Lazio* tenuti in questo ultimo anno dall'A.S.P. (e segnalati da una parte dei coordinatori) sono corsi pilota sperimentali per la diffusione del manuale di triage effettuato dal gruppo di lavoro.

In tutte le strutture intervistate si trovano protocolli e procedure specifiche per l'assegnazione del codice colore in triage. Rispetto all'indagine del 2002 la presenza di protocolli è aumentata notevolmente fino a coprire quasi tutto il campione intervistato. Un protocollo utilizzato in tutte le strutture è quello del dolore toracico. I D.E.A. di II° livello

lo intervistati non possiedono nessun protocollo per il paziente con proposta di Trattamento Sanitario Obbligatorio, segno che se la problematica del dolore toracico (sottostima del paziente con dolore retro sternale o epigastrico) ha portato le strutture ad adottare un protocollo per evitare sottostime importanti di pazienti con problematiche cardiopatiche, la problematica dei pazienti psichiatrici importanti è ancora da risolvere, causa molte volte la non vicinanza di uno specialista psichiatra all'interno dei D.E.A. o nelle vicinanze del pronto soccorso.

È da annotare che quasi metà del campione non conosce o non risponde alle fonti utilizzate per l'elaborazione di tali strumenti operativi, pur essendo implementati da gruppi multidisciplinari (medici ed infermieri), e che tali protocolli non ricevono la validazione da parte dell'ufficio di qualità della struttura sanitaria. Non esauriente è stata la risposta sul referente dei protocolli perché oltre la metà del campione non risponde o non sa chi è il referente della tenuta, la divulgazione e l'aggiornamento dei protocolli.

I D.E.A. di II° livello sono più attenti a revisionare i protocolli in un tempo che va dai sei ai dodici mesi dall'implementazione; il ventaglio delle risposte si allarga analizzando i dati dei D.E.A. di I° livello e dei pronto soccorso, facendo osservare la difficoltà dell'aggiornamento di tali protocolli in tempi definiti.

L'utilità nell'aver a disposizione protocolli e procedure trova d'accordo i coordinatori infermieristici delle strutture sede di pronto soccorso o dipartimento d'emergenza per assegnare correttamente il codice colore di priorità al paziente richiedente prestazioni sanitarie.

Da questo studio, infine si riscontra che se il triage è il modello funzionale per l'accettazione di utenti che necessitano di prestazioni sanitarie e il triage globale è la forma più adatta per la gestione del paziente in urgenza/emergenza, è necessario un percorso formativo omogeneo per tutti gli operatori di triage in tutte le strutture, eliminando la disomogeneità di formazione odierna. Il personale di triage deve rimanere polivalente perché l'aspetto clinico nella gestione del paziente nelle sale visita o sale d'emergenza è parte integrante della professione infermieristica in pronto soccorso e utilizzabile nell'espletamento corretto del triage. Un'altra criticità è

rappresentata da una non corretta implementazione e gestione dei protocolli. Non esiste un'uniformità di utilizzo di protocolli codificati per struttura, la validazione non viene effettuata da uffici di qualità e non sempre sono validati dal direttore di U.O., il personale infermieristico partecipa in gruppi misti nell'implementazione dei protocolli ma una buona parte del campione, oltre il 43%, non conosce le fonti utilizzate per elaborare i protocolli e il tempo di revisione non viene definito in maniera standardizzata.

Si evidenzia anche la difficoltà a reperire le informazioni richieste in alcune strutture di II° livello e di I° livello situati nella città di Roma, per atteggiamenti di eccessiva burocrazia amministrativa nel concedere l'autorizzazione alla somministrazione del questionario e in due strutture è stata negata la somministrazione del questionario per atteggiamento di paura nella divulgazione dei dati, pur garantendo e assicurando l'anonimato degli stessi.

Lo studio è da riproporre tra un anno per verificare la diminuzione delle criticità riscontrate in questa indagine.

Bibliografia

- Accordo 25 ottobre 2001 tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. "Triage intraospedaliero e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria". Gazzetta Ufficiale Italiana, 2001; 285.
- Accordo 22 maggio 2003 tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. "Linee-guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza". Gazzetta Ufficiale Italiana, 2003; 196.
- ALBERICI A. *Imparare sempre nella società della conoscenza*. Bruno Mondadori, Milano, 2002 pp.86-97.
- ANDERSSON A, OMBERG M. *Triage in the emergency department – a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions*. Nursing in Critical Care 2006; 11 (3): 136-145.
- ANIARTI. *Emergenza in formazione*. Scenario 2003; 20 (3).
- A.S.P. Lazio. *Progetto formazione triage modello Lazio*. http://www.asplazio.it/asp_online/att_ospedaliera/sies_new/corso_triage. 2008 Ottobre.
- A.S.P. Lazio. *Sistema informativo emergenza sanitaria: dati di attività in pronto soccorso – anno 2007*. http://www.asplazio.it/asp_online/att_ospedaliera/sies_new/w/Sies.php?menu=s2. 2008 Ottobre.

- AA.VV. *Triage: il senso di una scelta*. L'Infermiere, Aprile 2000.
- AA.VV. *Progetto: Il triage*. <http://www.nursesarea.it/triage/triagefr.htm>. [29 ottobre 2008].
- AA.VV. *Il Triage S.T.A.R.T. Croce Rossa Italiana Volontari del soccorso*. 2004.
- AA.VV. *Progetto Mattoni SSN: definizione del sistema di valutazione dei pazienti (triage PS e 118)*. <http://www.ministerosalute.it/dettaglio/pdPrimoPiano.jsp?id=248&sub=4&lang=it>. [18 ottobre 2008].
- BARTOLINI E, SANTULLO A, SEMPROLI A. *Le unità a gestione infermieristica e la valorizzazione del ruolo infermieristico*. Management infermieristico 2002; 2: 23-34.
- BENCI L. *Gli infermieri di un pronto soccorso sono portatori di un obbligo di protezione nei confronti dei pazienti*. Diritto Professioni Sanitarie 2000; 3 (4): 295-302.
- BENDER JR. *Can nurses working in remote units accurately request and interpret radiographs?* Emergency Medicine Journal 2002; 19 (1): 68-70.
- BIGLIARDI M, BOVOLENTA O. *Analisi dell'appropriatezza nell'assegnazione del codice giallo*. Scenario 2002; 1: 27-30.
- BOZZETTO P. *Atti del 8° Congresso Nazionale Associazione Italiana Medicina delle Catastrofi*. 2007.
- BULLARD MJ. *Revisions tot he Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale adult guidelines*. CJEM-JCMU 2008 Marzo; 10 (2): 136-142.
- CANTARELLI M. *Il questionario*. Giornale italiano di Scienze Infermieristiche 2007; 5: 106-111.
- CASCINO FM ET AL. *Evidenze medico-legali in tema di dolore toracico*. Cardiologia ambulatoriale 2007; 2 (3): 108-115.
- CASILE F, CASELLA M, DE PIERI C. *La rivalutazione della figura del coordinatore infermieristico*. CID Regione Piemonte e Valle D'Aosta 2008.
- CICHETTI A. *La progettazione organizzativa*. Franco Angeli, Milano, 2007 pp.37-74.
- CNV AMBULANCE. *Nederland triage system op komst*. http://cnvambulancezorg.weblog.nl/cnvambulancezorg/2006/04/nederlands_triage.html. [18 ottobre 2008].
- CONE KJ, MURRAY R. *Characteristics, Insights, Decision making and preparation of ED triage nurses*. Journal of Emergency Nursing 2002; 28 (5): 401-406.
- CONSIGLIO REGIONE LAZIO. *Sistema di emergenza sanitaria Lazio Soccorso 118*. B.U.R. Lazio 1994; 21 (14).
- Coordinamento Nazionale Caposala Abilitati alle Funzioni Direttive dell'Assistenza Infermieristica. *L'Infermiere Coordinatore e la Professione Sanitaria di Infermiere. Regione Sicilia*. 2007.
- COSTA M. *Il triage*. Mc Graw-Hill, Milano, 2002 pp.6-12.
- DAMIANI, G., RICCIARDI G. *Manuale di programmazione e organizzazione sanitaria*.

- Idelson-Gnocchi, Milano, 2005 pp.43-59, 243-259.
- Decreto Legislativo n. 229 del 19 giugno 1999 articolo 16. "Norme per la razionalizzazione del S.S.N., a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419", Gazzetta Ufficiale Italiana 1999;165.
 - Deliberazione Giunta Regione Piemonte n. 43-15182. "Linee guida per l'attività di triage presso i pronto soccorsi piemontesi", Bollettino Ufficiale Regione Piemonte, 2005; 20.
 - Deliberazione Giunta Regione Toscana n. 958. "Modello triage see and treat", Bollettino Ufficiale Regione Toscana 2008; 1.
 - DERKSEN RJ ET AL. *Diagnostic accuracy of lower extremity X-ray interpretation by "specialized" emergency nurses.* European Journal of Emergency Medicine 2006; 13 (1): 3-8.
 - DESPLAINES IL. *Standards of emergency nursing practice.* Emergency Nursing Association (4th Ed.) 2000.
 - Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri. *Procedure e modulistica del triage sanitario nelle catastrofi*, Gazzetta Ufficiale Italiana 2008; 91.
 - D.P.R. 27 marzo 2002. *Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza.*
 - FAIN JA. *La ricerca infermieristica.* McGraw-Hill, Milano, 2004.
 - FELLER E. *Triage ospedaliero: quale evoluzione?* Atti del congresso Assistenza infermieristica al paziente critico; 2008 Maggio; Roma.
 - FERRARIO CG. *Experienced and less-experienced nurses' diagnostic reasoning: implications for fostering students' critical thinking.* International Journal of Nursing Terminologies and Classifications 2003; 14 (2): 41-52.
 - GAI V. *Triage: procedimento decisionale al servizio del paziente.* C.G.Edizioni Medico scientifiche, Torino, 2000.
 - GARNER A, LEE A, ET AL. *Comparative analysis of multiple-casualty incident triage algorithms.* Ann Emergency Medicine 2001; 38: 541-548.
 - GASTALDI S. *Formazione del personale per l'emergenza/urgenza.* I quaderni I.P.A.S.V.I. 2004, 8: 11-17.
 - GERDTZ MF, BUCKNALL TK. *Triage nurses' clinical decision making. An observational study of urgency assessment.* Journal Advanced Nursing 2001; 35 (4): 550-561.
 - GRUPPO FORMAZIONE TRIAGE. *Triage infermieristico.* Mc Graw Hill, Milano, 2000.
 - Ipasvi. *Il codice deontologico dell'infermiere. Prima versione.* <http://www.saluteuropa.it/allegati/codicelipasvi.pdf>. [28 Agosto 2008].
 - Ipasvi. *La nuova regolamentazione per l'esercizio della professione infermieristica.* Gemmagraf, Roma, 2007.
 - Ipasvi. *La normativa di interesse infermieristico approvata nel 2003.* I quaderni 2004, 8.
 - LO BIONDO G, HABER J. *Metodologia della ricerca infermieristica.* McGraw-Hill, Milano, 2004.
 - MANNINGAS P, ROBINSON M, MALLONEE S. *The EMS response to the Oklahoma City bombing.* Prehospital and Disaster Medicine 1997; 12 (2): 80-85.
 - MARCHISIO D, DEIANA C. *Le linee di indirizzo regionali sul triage infermieristico.* <http://www.cespi-centrostudi.it>. [18 Ottobre 2008].
 - MAREGGIA F. *La diagnosi infermieristica nel processo di nursing.* Infermiere Oggi 1996; 2: 24-27.
 - MARSDEN J. *An evaluation of the safety and effectiveness of telephone triage as a method of patient prioritization in an ophthalmic accident and emergency service.* Journal of Advanced Nursing 2000; 31 (2): 401- 409.
 - MATHES M. *Ethical decision making and nursing.* MedSurg Nursing, Dec. 2004
 - MATTEUCCI MJ, ROOS JA. *Ottawa Knee Rule: a comparison of physician and triage-nurse utilization of a decision rule for knee injury radiography.* The Journal of Emergency Medicine 2003, 24 (2): 147 -150.
 - Ministero della Salute. *Algoritmi di triage.* <http://www.emergenzeiss.it/content/view/488/96/>. [20 Ottobre 2008].
 - MCLELLAN N. *NHS Direct: here and now.* Arch. Dis. Child 1999, 81: 376-378.
 - NORELLI GA, MAGLIONA B. *Aspetti medico legali del triage infermieristico in pronto soccorso.* Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie 1999; 2 (4): 291-298.
 - OSPINA MB, ET AL. *Emergency department overcrowding in Canada: what are the issues and what can be done?.* Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, May 2006; 21.
 - PERINI M. *L'organizzazione nascosta.* Franco Angeli, Milano, 2000.
 - Pronto soccorso Ospedale San Giacomo. *Protocollo interno di triage.* 2003.
 - RIPAMONTI C. *Cura del dolore nel 2007.* IRCCS Italia, Milano, 2007.
 - RODRIGUEZ D, APRILE A, ARSENI A. *Il triage infermieristico: aspetti giuridici e medico-legali.* Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie 2006; 9 (2): 104-105.
 - SCELISI S. *I profili di cura.* Materiale docenza corso di laurea in scienze infermieristiche e d ostetriche. Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma; 2008.
 - SCHEETZ LJ. *Effectiveness of prehospital trauma triage guidelines for the identification of major trauma in elderly motor vehicle crash victims.* Journal Emergency Nursing 2003; 2 (2): 109-115.
 - VANCE J, SPRIVULIS P. *Triage nurses validly and reliably estimate emergency department patient complexity.* Emergency Medicine Australasia 2005; 17: 382-386.
 - VELLONE E, SCIUTO M. *La ricerca bibliografica.* Mc Graw Hill, Milano, 2001.

Abstract

Over recent years, intra-hospital triage models have been developed for the purpose of standardising service methodology and also served as a response to the numerous national and regional standards concerning the organisational and training aspects of the triage protocol. The study was designed to obtain an updated image of the triage situation in the Lazio region by comparing the situation with a triage census carried out by the Public Health Care Agency of Lazio in 2002.

The data required for the study was collected by means of questionnaires given to and completed by emergency ward nursing coordinators in Lazio. The questionnaire was divided into two sections: an informative section and a survey section on the technical and procedural aspects of the triage.

Of the emergency wards or D.E.A. (Emergency and Admittance Department) in health care facilities in Lazio, 69% completed the questionnaire. The global triage is the most commonly used form of triage. The thoracic pain protocol is used by 87% of the structures and is the most widespread and best-known by triage practitioners.

In any case, the study demonstrates that emergency ward structures with admittance levels below 25,000 users implement some form of triage, even if not obliged to do so by current regulations. The global triage typology is increasing compared to other forms of triage (51.2% compared to 36% in 2002). Triage personnel in the region of Lazio have participated in training courses that are not currently standardised, as each structure has designed its own training programmes. Compared to the 2002 survey, the presence of protocols has increased considerably, to the point of covering nearly all the samples interviewed. Level II D.E.A. personnel interviewed do not have protocols for patients undergoing mandatory medical treatment (trattamento sanitario obbligatorio, or T.S.O.).

A uniform training programme, a validation of standardised protocols, a specific review period, and an increase in the active participation of nursing personnel in the implementation of the correct triage procedure are necessary.

Key words:

Intra-hospital nursing triage, Triage protocols, Triage training, Region of Lazio triage model.

L'uso della termocoperta nel controllo dell'ipotermia in sala operatoria



Riassunto

Un paziente sottoposto a intervento chirurgico può andare incontro a numerose complicanze. Tra queste vi è il rischio, se non adeguatamente riscaldato durante l'intervento, di soffrire delle conseguenze dovute alla prolungata e trascurata ipotermia intraoperatoria.

Gli effetti avversi causati dall'ipotermia sono numerosi e ben documentati in letteratura e possono avere ripercussioni sia durante l'intervento (aumentate perdite e necessità di trasfusioni) che nel periodo post operatorio (maggiore suscettibilità alle infezioni e maggior tempo di permanenza in terapia intensiva). Diviene quindi importante che il professionista non sottovaluti questo aspetto nell'assistere intraoperatoriamente il paziente.

Questo lavoro ha voluto indagare quale sia il miglior dispositivo di riscaldamento per prevenire l'ipotermia tra quelli più comunemente usati in sala come la coperta termica ad aria forzata (forced air warming), il materassino e la coperta elettrica, il materasso ad acqua circolante, il riscaldamento tramite sorgente esterna.

In base alla nostra ricerca possiamo concludere che la coperta termica ad aria forzata è sicuramente il dispositivo più diffuso e risulta più efficace o ugualmente efficace agli altri riscaldatori nel prevenire l'ipotermia intraoperatoria, soprattutto se associato ad altre metodiche di riscaldamento del paziente come per esempio l'infusione di liquidi riscaldati.

Parole chiave: Prevenzione ipotermia intraoperatoria, Termocoperta, Liquidi riscaldati, Assistenza perioperatoria



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

REVISIONE

pervenuto il 27/01/2009
approvato il 31/01/2009



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 questa revisione.

L'ipotermia intraoperatoria rappresenta un problema di rilevante entità che può essere fonte di complicanze anche severe. Nonostante ciò ancora oggi, molto spesso, non viene affrontato con la dovuta accortezza.

L'ipotermia in fase di intervento chirurgico, che viene definita quando la temperatura corporea scende a 36°C o valori inferiori, è spesso indotta da:

- agenti anestetici utilizzati in anestesia totale o spinale;
- infusione di liquidi, gas o emoderivati non scaldati;
- dispersione di calore attraverso la superficie corporea e la sede di intervento, che talora può essere di dimensione ragguardevole, verso l'ambiente esterno.

L'ipotermia in pazienti chirurgici può dare luogo a manifestazioni cliniche di rilevante importanza a carico di diversi apparati.

A livello dell'**apparato cardiovascolare** si ha aumento del postcarico per vasocostrizione periferica, aritmie sino alla fibrillazione ventricolare (FV) e danni

ischemici importanti nel caso in cui la temperatura corporea raggiunga livelli estremamente bassi (32°C o inferiore). A carico dell'**apparato respiratorio**, per vasocostrizione polmonare si ha ipossiemia.

Il **Sistema Nervoso Centrale** può essere gravemente compromesso, si ha diminuzione del metabolismo cerebrale sino a raggiungere il coma quando la temperatura corporea raggiunge i 30°C.

Per quanto riguarda il **sistema immunitario** si osserva una diminuzione della risposta immunitaria e perciò un rischio infettivo maggiore.

Gli **effetti ematologici** sono altrettanto rilevanti ed includono soprattutto l'alterazione del processo coagulativo dato da una diminuzione della funzionalità piastrinica.

Altro aspetto importante sono le **modificazioni del metabolismo**, come l'iperglicemia, l'alterata sintesi proteica o il metabolismo dei farmaci.

Come si evince dalla serie di complicanze appena elencate, si rende necessario che tutti gli operatori diano la giusta importanza a questo problema che può essere prevenuto e trattato in modo

tempestivo ed efficace. In questo modo si può ottenere un beneficio per il paziente, in termini di riduzione del disagio post operatorio e di tempi di ricovero.

La nostra revisione vuole valutare quale presidio sia migliore per prevenire e trattare l'ipotermia cui va incontro ogni paziente sottoposto a intervento chirurgico.

Abbiamo messo a confronto un presidio già di comune utilizzo quale il riscaldatore ad aria forzata comparato con altri presidi o mezzi a disposizione dei professionisti sanitari.

Revisione della letteratura

1. Quesito

L'utilizzo della termocoperta, per il paziente sottoposto ad intervento chirurgico, rispetto all'utilizzo di altri metodi di riscaldamento (infusione di liquidi riscaldati, materassino elettrico, coperta isolante ecc.) risulta il dispositivo migliore nel mantenere la temperatura corporea ottimale?

2. Pico

P = Paziente adulto sottoposto ad intervento chirurgico

I = Utilizzo di termocoperta (forced-air warming)

C = Altri dispositivi di riscaldamento

O = Mantenimento della temperatura corporea nella norma per prevenire le complicanze date dall'ipotermia intraoperatoria.

3. Tipo di disegno di studio da selezionare

Randomized Controlled Trial; Systematic Review.

4. Banche dati da consultare

Medline, DARE, Cochrane.

5. Tabella dei risultati

Banca dati	Parole chiave con limiti	Documenti rilevati	Documenti selezionati	Descrizione degli articoli: Autori; Titolo; Rivista; Riferimenti
DARE	Intraoperative care hypothermia	2	1	1. Scott E M, Buckland R. A systematic review of intraoperative warming to prevent postoperative complications. <i>AORN Journal</i> 2006; 83(5): 1090-1104, 1107-1113
Cochrane	Intraoperative warming. Limit years 2003-2007	30	4	1. Cavallini M, Baruffaldi Preis FW, Casati A. Effects of mild hypothermia on blood coagulation in patients undergoing elective plastic surgery. Year: 2005 2. Hofer CK, Worn M, Tavakoli R, Sander L, Maloigne M, Klaghofer R, Zollinger A. Influence of body core temperature on blood loss and transfusion requirements during off-pump coronary artery bypass grafting: a comparison of 3 warming systems. Year: 2005 3. Grocott HP, Mathew JP, Carver EH, Phillips-Bute B, Landolfo KP, Newman MF, Duke Heart Center Neurologic Outcome Research Group. A randomized controlled trial of the Arctic Sun Temperature Management System versus conventional methods for preventing hypothermia during off-pump cardiac surgery. Year: 2004 4. Negishi C, Hasegawa K, Mukai S, Nakagawa F, Ozaki M, Sessler DI. Resistive-heating and forced-air warming are comparably effective. Year: 2003
Medline	Intraoperative warming Publication Date from 2003/5, Randomized Controlled Trial	7	6	1. Butwick AJ, Lipman SS, Carvalho B. Intraoperative forced air-warming during cesarean delivery under spinal anesthesia does not prevent maternal hypothermia. <i>Anesth Analg.</i> 2007 Nov;105(5):1413-9, table of contents. 2. Zhao J, Luo AL, Xu L, Huang YG. Forced-air warming and fluid warming minimize core hypothermia during abdominal surgery. <i>Chin Med Sci J.</i> 2005 Dec;20(4):261-4. 3. Hofer CK, Worn M, Tavakoli R, Sander L, Maloigne M, Klaghofer R, Zollinger A. Influence of body core temperature on blood loss and transfusion requirements during off-pump coronary artery bypass grafting: a comparison of 3 warming systems. <i>J Thorac Cardiovasc Surg.</i> 2005 Apr;129(4):838-43. 4. Lee L, Leslie K, Kayak E, Myles PS. Intraoperative patient warming using radiant warming or forced-air warming during long operations. <i>Anaesth Intensive Care.</i> 2004 Jun;32(3):358-61. 5. Wong A, Walker S, Bradley M. Comparison of a radiant patient warming device with forced air warming during laparoscopic cholecystectomy. <i>Anaesth Intensive Care.</i> 2004 Feb;32(1):93-9. 6. Negishi C, Hasegawa K, Mukai S, Nakagawa F, Ozaki M, Sessler DI. Resistive-heating and forced-air warming are comparably effective. <i>Anesth Analg.</i> 2003 Jun;96(6):1683-7, table of contents.
Medline	"perioperative care" [MeSH] AND "preventing hypothermia" [TW] Limit: Published in the last 5 years; RCT; All adult (19+ years)	1	1	1. Leung KK, Lai A, Wu A A randomised controlled trial of the electric heating pad vs forced-air warming for preventing hypothermia during laparotomy. <i>Anaesthesia.</i> 2007 Jun;62(6):605-8.

6. Descrizione sintetica di ogni articolo selezionato

Scott E M, Buckland R. A systematic review of intraoperative warming to prevent postoperative complications. *AORN Journal* 2006; 83(5): 1090-1104, 1107-1113.

Centre for Reviews and Dissemination (Structured abstract). Year: 2007

Revisione effettuata fino al maggio 2003

Pazienti

Sono stati inclusi nello studio 2070 pazienti di ogni età, la maggior parte con età superiore ai 50 anni (range 18-85), sottoposti a intervento chirurgico in anestesia generale, epidurale o combinata. La maggior parte dei partecipanti erano sottoposti a intervento di chirurgia maggiore in elezione: chirurgia generale, urologica, ginecologica, vascolare, ortopedica e neurochirurgica con ASA compreso tra 1 e 3.

Gli altri partecipanti allo studio erano sottoposti a interventi minori che richiedevano un tempo di ricovero inferiore (procedure endoscopiche, interventi ortopedici minori o di chirurgia plastica o ginecologica) con ASA tra 1 e 2.

Interventi specifici inclusi nella revisione

La revisione ha come oggetto gli studi che valutano gli interventi per la prevenzione dell'ipotermia intraoperatoria (gli studi in cui l'ipotermia era indotta sono stati invece esclusi).

La maggior parte degli RCT confrontano la termocoperta con l'infusione di liquidi riscaldati, altri invece vedono l'impiego di materassini elettrici, ad acqua, coperte isolanti e riscaldamento di gas anestetici.

La revisione riporta le complicazioni postoperatorie conseguenti all'ipotermia (presenza di brividi, complicazioni cardiache, quantità di trasfusioni di sangue, infezioni della ferita, lesioni da decubito, dolore e comfort provato) manifestate dal paziente durante l'intervento ma anche quelle nel periodo postoperatorio fino alla dimissione.

Risultati

La **presenza di brividi** in terapia intensi-

va (14 studi) era significativamente meno comune nel gruppo di intervento che in quello di controllo (RR 0,26; IC 95% 0.20-0.35; I-square 11.4%; ARR 30%).

Gli **eventi cardiaci** (2 studi) sono risultati meno comuni nel gruppo d'intervento (RR 0.34; IC 95% 0.20-0.57).

Hanno avuto la necessità di **trasfusioni** (4 studi) più persone nel gruppo di controllo (RR 0.39; IC 95% 0,22-0,68; I-square 20.1%; ARR 18%).

Le **infezioni della ferita chirurgica** (2 studi) hanno interessato maggiormente i pazienti nel gruppo di controllo (RR 0,26; IC 95% 0,12-0.58; ARR 13%).

Non si rilevano differenze significative tra i due gruppi per quanto riguarda la comparsa di **lesioni da decubito** (1 studio) (RR 0,54; IC 95% 0.25-1.17, ARR 4%).

Dopo interventi di chirurgia maggiore in anestesia generale (7 studi) hanno presentato maggiori **complicanze** i pazienti nel gruppo di controllo (RR 0.37; IC 95% 0.27-0.51; ARR 13%).

Due piccoli studi (n=27 e 30) che riguardano i pazienti sottoposti a chirurgia colonrettale non hanno dimostrato differenze significative nel livello di **dolore** provato tra i due gruppi. Il risultato risulta ambiguo anche in un terzo studio (n=20).

Due studi (n=30 e 20) che valutano gli effetti del riscaldamento o meno e dei gas usati nei pazienti sottoposti a colecistectomia laparoscopica non rilevano differenze nel livello di dolore provato o nella quantità di analgesici assunti.

In un piccolo studio (n=29) i pazienti riscaldati dimostrano provare un **comfort** maggiore rispetto ai pazienti nel gruppo di controllo.

Gli autori concludono che la prevenzione dell'ipotermia dovrebbe diventare una pratica di routine in tutte le aree chirurgiche e in particolar modo nei pazienti sottoposti a interventi di chirurgia maggiore.

Gli autori invitano anche a compiere ulteriori studi per valutare i diversi dispositivi di riscaldamento in termini di sicurezza, efficacia e costo/beneficio.

Altri studi dovrebbero riguardare la gestione della temperatura in aree ad alta specializzazione come la cardiocirurgia dove l'ipotermia viene volutamente indotta e non prevenuta.

Commento del CDR (Centre for Reviews and Dissemination)

La domanda della revisione risulta chiara in termini di partecipanti, tipo di intervento e disegno dello studio indagato.

La ricerca degli studi è stata effettuata sui registri della Cochrane (The Cochrane Wounds Group Specialised Register and the Cochrane CENTRAL Register) rispetto alle banche dati generali: gli studi di più recente pubblicazione e quelli non ancora pubblicati sono stati esclusi, e per questo motivo la revisione può essere soggetta a bias di pubblicazione.

Sono state comunque attuate delle strategie per minimizzare gli errori sistematici compiuti dai revisori per quanto riguarda la selezione degli studi, la valutazione della loro validità e il modo con cui sono stati estrapolati i dati. Si possono inoltre escludere language bias.

Per questo motivo le conclusioni a cui giungono gli autori risultano essere con ogni probabilità affidabili.

7. Conclusioni

Dall'analisi degli studi da noi presi in considerazione si evidenzia che l'utilizzo della termocoperta (forced air warming) è il dispositivo più utilizzato e più efficace per la prevenzione dell'ipotermia intraoperatoria e la sua efficacia risulta maggiore se associata ad altri metodi di riscaldamento come per esempio l'infusione di liquidi riscaldati.

Bibliografia

- BUTWICK AJ, LIPMAN SS, CARVALHO B. *Intraoperative forced air-warming during cesarean delivery under spinal anesthesia does not prevent maternal hypothermia.* *Anesth Analg.* 2007 Nov;105(5):1413-9, table of contents.
- CAVALLINI M, BARUFFALDI PREIS FW, CASATI A. *Effects of mild hypothermia on blood coagulation in patients undergoing elective plastic surgery.* Year: 2005
- GROCOTT HP, MATHEW JP, CARVER EH, PHILLIPS-BUTE B, LANDOLFO KP, NEWMAN MF, *Duke Heart Center Neurologic Outcome Research Group. A randomized controlled trial of the Arctic Sun Temperature Management System versus conventional methods for preventing hypothermia during off-pump cardiac surgery.* Year: 2004
- HOFER CK, WORN M, TAVAKOLI R, SANDER L, MALOIGNE M, KLAGHOFFER R, ZOLLINGER A. *Influence of body core temperature on*

Autori	Pazienti	Intervento	Intervento alternativo	Risultato	Commento
Leung KK 2007	60 pazienti sottoposti a laparotomia in anestesia generale.	Forced air warming sulla parte superiore del corpo	Tappetino elettrico termoriscaldante (electric heating pad)	È stata rilevata la temperatura nasofaringea . La temperatura media nel gruppo riscaldato con forced air warming è stata di 36.2 ° C (SD:0,4); nel gruppo ricaldato con tappetino elettrico 35.5°C (SD:1,0). (P<0.01)	Il riscaldamento del paziente con forced air warming è più efficace del riscaldamento con il tappetino elettrico nel paziente sottoposto a laparotomia.
Butwick Aj 2007	30 donne sane sottoposte a taglio cesareo con anestesia spinale.	forced air warming	forced air warming non attivato.	La temperature interna massima raggiunta è simile nei due gruppi. L'ipotermia (temperatura < o = a 35.5°C) si è verificata in 8 pazienti su 15 nel gruppo trattato con forced air warming acceso; nel gruppo con il dispositivo spento 10 su 15. (P=0,5) L'incidenza e la gravità dei brividi non differiscono tra i due gruppi.	In fase intraoperatoria il riscaldamento con forced air warming non previene l'ipotermia o i brividi nelle donne sottoposte a taglio cesareo in anestesia spinale.
Lee L 2004	60 pazienti sottoposti a intervento chirurgico con durata presunta superiore alle 2 ore	Sun Touch (radiant warmer)	Termocoperta (forced-air warming)	La temperatura interna (°C) alla rilevazione finale risulta essere 36.0 ± 0.5 per i pazienti riscaldati con Sun Touch e 36.4 ± 0.6 per i pazienti riscaldati con termocoperta (p=0.002)	Il dispositivo Sun touch non risulta essere efficace quanto la termocoperta per il riscaldamento intra operatorio dei pazienti sottoposti a intervento chirurgico di lunga durata.
Zhao J 2005	40 pazienti con ASA I e II di età tra 18-70 anni, sottoposti a chirurgia addominale elettiva	20 pazienti hanno ricevuto riscaldamento con forced-air warming e liquidi scaldati	20 pazienti hanno ricevuto una convenzionale coperta di cotone	La temperatura interna del gruppo di pazienti riscaldati era significativamente differente rispetto al gruppo di controllo (36.4 ± 0.4°C vs 35.3 ± 0.5°C; P<0.001). Il tempo intercorso tra la fine dell'operazione chirurgica e l'estubazione era significativamente più corto nel gruppo di pazienti riscaldati (P<0.001). Il 30% dei pazienti nel gruppo di controllo hanno presentato brividi, rispetto al gruppo di pazienti riscaldati che non hanno presentato brividi (P<0.001)	Il sistema di forced-air warming e i fluidi riscaldati prevengono l'ipotermia durante interventi di chirurgia addominale.
Wong A 2004	42 donne sottoposte a colecistectomia laparoscopica	Sun touch (radiant warmer) che riscalda solo la faccia.	Termocoperta (forced-air warming)	Lo studio non dimostra alcuna differenza statistica o clinica significativa tra i due dispositivi di riscaldamento in termini di temperatura corporea (p=0.54) anche se la temperatura media risulta essere leggermente inferiore (0.08°) nel gruppo riscaldato con sun touch.	Il sun touch offre un'alternativa alla termocoperta per il riscaldamento dei pazienti sottoposti a intervento chirurgico e il suo utilizzo risulta economicamente vantaggioso per la necessità di non utilizzare la coperta monouso prevista invece per il riscaldamento dei pazienti con forced-air warming.
Cavallini M 2005	76 persone (38 per ogni braccio) sottoposte a intervento di chirurgia plastica d'elezione con durata presunta superiore alle due ore.	Infusione di liquidi riscaldati e forced air warming.	standard sterile drapes	Alla fine dell'intervento la temperatura risulta inferiore nel gruppo di controllo (34±1.0 °C) rispetto al gruppo trattato con forceair warming (36±0.6C°) [p=0.0005] Inoltre i pazienti nel gruppo di controllo mostrano un aumento dei valori di APTT(36.8±3.5 sec)e del tempo di sanguinamento (8.1±1.6 min) rispetto ai pazienti riscaldati (34.0±2.9 sec e 4.3±1.1min). [p=0.0005]	Il riscaldamento attivo dei pazienti con infusione di liquidi riscaldati e forced air warming permette di mantenere le normali funzioni coagulative e riduce il sanguinamento dei pazienti sottoposti a chirurgia plastica d'elezione.
Hofer CK 2005	90 Adulti sottoposti a bypass coronario multiplo in elezione.	Forced air warming (warm touch)	Coperta isolante ad alimentazione elettrica (Thermamed SmartCare OP system) Controlled circular water warming garment (Allon 2001)	La temperatura interna alla rilevazione finale è risultata essere superiore nei pazienti riscaldati con Allon 2001: rispettivamente 34,7±0.9 °C, 35.6±0.8,36.5±0.8C° [p<0.001]. Il sanguinamento intraoperatorio risulta essere inferiore nei pazienti trattati con Allon 2001 [p<0.001] e non hanno avuto necessità di trasfusioni 15 pazienti (51.7%) trattati con warm touch; 18 pazienti (60%) riscaldati con coperta elettrica e 24 pazienti (82.8%) riscaldati con Allon 2001. [p=0.037]	L'utilizzo del dispositivo Allon 2001 è il miglior intervento per mantenere la temperatura ottimale nei pazienti sottoposti a bypass coronarico. Si rilevano anche vantaggi dal punto di vista emodinamico (meno sanguinamento e minor necessità di trasfusioni)
Grocott HP 2004	29 pazienti sottoposti a chirurgia di by pass coronarico	14 pazienti trattati con Artic Sun temperature management system	15 pazienti trattati con metodi convenzionali (aumento della temperatura nella sala operatoria, fluidi ev riscaldati, coperta termica ad aria forzata)	Durata del tempo di ipotermia 2.5 [0-22] min nel gruppo di trattamento; 118 [49-192] min nel gruppo di controllo, p=0.0008. AUC< 36°C 0.3°C x min [0-2.2] nel gruppo di trattamento; 17.1°C x min [3.6-173.4] nel gruppo di controllo, p=0.002	Artic sun temperature management system riduce significativamente l'ipotermia durante la chirurgia di by pass coronarico, in assenza di altre tecniche di modulazione della temperatura.
Negishi C 2003	24 pazienti sottoposti a chirurgia addominale della durata approssimativa di 4 ore. In regime di anestesia generale ed epidurale	Coperta termica ad aria forzata	I gruppo: materasso ad acqua circolante impostato a 42°C; Il gruppo: carbon fiber resistive heating blanket impostato a 42°C.	Nelle prime due ore di chirurgia la temperatura è diminuita di 1.9°C ±0.5°C nel gruppo del materasso ad acqua; 1°C ±0.6°C nel gruppo trattato con la coperta termica ad aria forzata; 0.8°C ±0.2°C nel gruppo del resistive heating. Al termine della chirurgia la diminuzione della temperatura era: 2.0°C±0.8°C nel gruppo trattato con materasso ad acqua; 0.6°C ±1.0°C nel gruppo trattato con coperta termica ad aria forzata; 0.5°C±0.4°C nel gruppo del resistive heating.	Non è stata riscontrata alcuna differenza nei gruppi trattati con coperta termica e resistive heating.

blood loss and transfusion requirements during off-pump coronary artery bypass grafting: a comparison of 3 warming systems. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2005 Apr;129(4):838-43.

5. LEE L, LESLIE K, KAYAK E, MYLES PS. *Intraoperative patient warming using radiant warming or forced-air warming during long operations.* *Anaesth Intensive Care.* 2004 Jun;32(3):358-61.
6. LEUNG KK, LAI A, WU A. *A randomised controlled trial of the electric heating pad vs forced-air warming for preventing hypothermia during laparotomy.* *Anaesthesia.* 2007 Jun;62(6):605-8.
7. NEGISHI C, HASEGAWA K, MUKAI S, NAKAGAWA F, OZAKI M, SESSLER DI. *Resistive-heating and forced-air warming are comparably effective.* *Anesth Analg.* 2003 Jun;96(6):1683-7, table of contents.
8. SCOTT E M, BUCKLAND R. *A systematic review of intraoperative warming to prevent postoperative complications.* *AORN Journal* 2006; 83(5): 1090-1104, 1107-1113
9. WONG A, WALKER S, BRADLEY M. *Comparison of a radiant patient warming device with forced air warming during laparoscopic cholecystectomy.* *Anaesth Intensive Care.* 2004 Feb;32(1):93-9.
10. ZHAO J, LUO AL, XU L, HUANG YG. *Forced-air warming and fluid warming minimize core hypothermia during abdominal surgery.* *Chin Med Sci J.* 2005 Dec;20(4):261-4.

Gruppo di lavoro

- **Ridolfi Chiara**

Infermiere presso Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna, Policlinico S.Orsola-Malpighi, U.O. Blocco II chirurgia trapianti fegato e multiorgano. rchiarina@gmail.com

- **Gesualdi Enza**

Infermiere presso Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna, Policlinico S.Orsola-Malpighi, U.O. Chirurgia trapianti fegato e mutiorgano. enza.gesualdi@libero.it

- **Negrello Fabio**

Infermiere presso Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna, Policlinico S.Orsola-Malpighi, U.O. Chirurgia trapianti fegato e mutiorgano. fabio.negrello@libero.it

- **El Mouttaqi Latifa**

Infermiera presso Casa di cura Villa Laura, Bologna, U.O. Chirurgia generale ed Ortopedia. latifa.elmouttaqi@yahoo.it

- **Zein Eddine Wissam**

Infermiere presso Casa di cura Villa Laura, Bologna, U.O. Chirurgia generale ed Ortopedia, znd_wsm80@msn.com

- **Paolo Chiari**

Ricercatore, Responsabile Centro Studi EBN presso Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna, Policlinico S.Orsola-Malpighi.

Abstract

A Patient who is going to undergo surgery can fall into many complications. In fact, he can face the risk, if not adequately warmed during the operation, of suffer from consequences of the prolonged and ignored intraoperative hypothermia.

Adverse effects caused by hypothermia are lots and well documented on the literature and they can occur immediately (increased blood loss and transfusion requirements) or during post operative period (increased infection rate and duration of stay in Intensive Care Unit).

Hence is very important that health care workers don't undervalue this matter during patient's intraoperative care.

In this article we tried to find out the best warming device in preventing hypothermia in comparison to others usually used in the operating theatre like forced air warming, warming mattresses end blankets, circulating water mattresses, radiant warmers.

After our research we draw the conclusion that forced air warming is definitely the most widespread warming device and it's more effective or equally effective than the others warmer devices in preventing intraoperative hypothermia especially when coupled with others warming methods like for example warmed fluids infusion.

Key words: *Prevention intraoperative hypothermia. Forced air warming. Warmed fluids infusion. Intraoperative care.*

Infermieri e OSS modelli di integrazione per un'assistenza efficace e sostenibile

Evento Formativo ECM 2350 - 8011630

Napoli, 25 e 26 Settembre 2009 - Aula della Biblioteca A. O. R.N. V. Monaldi di Napoli

Obiettivo generale

Identificare alcuni fattori organizzativi dell'attività assistenziale infermieristica in area critica, con particolare riferimento all'integrazione fra operatori con diversa responsabilità.

Obiettivi specifici

- Indicare i principali elementi che caratterizzano la trasformazione in atto nell'assistenza infermieristica (con richiami alla trasformazione nel sistema sanitario regionale e nazionale).
- Identificare l'ambito specifico di competenza e responsabilità dell'infermiere nell'assistenza al malato in situazione critica.
- Indicare criteri per l'analisi dell'attività assistenziale, la razionalizzazione del lavoro e la distribuzione delle responsabilità nel gruppo di lavoro per l'assistenza in area critica.
- Presentare esempi di attivazione di modalità di lavoro in integrazione fra operatori con diversa competenza e responsabilità.

Segreteria Scientifica: Marco Marseglia, Paola Paganelli, Stefano Sebastiani

Segreteria Organizzativa: Giuseppe Bianchi, Giovanni Bufalino, Concetta D'Acunto, Tonia De Crescenzo

Per maggiori informazioni: Giuseppe Bianchi, Tel. Rianimazione P.O. S.Maria del Loreto Nuovo 081- 2542739

Destinatari: Infermieri **N. 60 Posti Disponibili** distinti in 30 per il 25/9/09 e 30 per il 26/9/09 (scegli la data)

Iscrizioni on line al corso di formazione entro il 10/09/09

Per le iscrizioni registrarsi on line sul sito www.aniarti.it. Per il pagamento seguire le istruzioni presenti sul sito

Un confronto fra due metodi di anestesia per il posizionamento del catetere arterioso radiale



Riassunto

Introduzione: la misurazione del dolore è un argomento importante per medici, infermieri e pazienti ricoverati in terapia intensiva. Questa ricerca ha confrontato due tecniche per il controllo del dolore durante la manovra di posizionamento di un catetere arterioso radiale.

Obiettivo: l'obiettivo è quello di verificare l'effetto e l'efficacia dell'applicazione locale di anestetico per via topica confrontato con l'infiltrazione sottocutanea di anestetico per il cateterismo arterioso radiale.

Materiale e metodo: la selezione del materiale è stato ricercato fra le più importanti banche dati attraverso una revisione della letteratura medica e infermieristica.

Risultati: l'applicazione di anestetico locale riduce la percezione di dolore rispetto all'anestetico con infiltrazione sottocutanea durante la manovra di posizionamento di un catetere arterioso radiale.

Parole chiave: Arterie, Cateterizzazione, Rilevazione del dolore

L'American Pain Society considera il dolore il "quinto segno vitale" con lo scopo di diffondere la consapevolezza che, se il dolore viene accertato con la stessa importanza e sistematicità dei parametri vitali, è più probabile che venga trattato attraverso un'opportuna pianificazione.

Il controllo del dolore associato alle procedure invasive è una grande sfida per i professionisti sanitari ed è enfatizzato nei soggetti ricoverati in reparti di terapia intensiva¹.

Infatti un paziente inserito in tali contesti è generalmente irrequieto e agitato: ciò, oltre a rendere l'indice di gradimento dell'utente e dei caregiver, nei confronti dei sanitari e dell'ospedale molto basso, renderà più difficile e complicato qualsiasi approccio diagnostico, terapeutico e assistenziale.

L'esigenza di reperire un accesso arterioso in terapia intensiva ha lo scopo di svolgere particolari monitoraggi vitali per l'assistito come ad esempio il controllo della pressione del sangue arterioso, la possibilità di prelevare il sangue per valutare l'ossigenazione, il bilancio acido-base, oltre che la possibilità di svolgere l'esame angiografico². L'inserimento di tale presidio risulta essere una pratica dolorosa per chi lo subisce; l'assenza di analgesia potrebbe

significare che l'applicazione dello stesso si evolva in un insuccesso in quanto lo stimolo nocivo del dolore suscita azioni motorie involontarie e pericolose per l'applicazione. Quindi il quesito posto è il seguente:

"La somministrazione di anestetico topico, applicato ai pazienti adulti ricoverati in terapia intensiva, riduce il dolore provocato dall'inserimento del catetere arterioso radiale, rispetto all'infiltrazione di anestetico?"

Obiettivo

Ricercare nella documentazione scientifica quale sia la tecnica più efficace sul controllo del dolore provocato dall'applicazione del cateterismo arterioso radiale (CAR).

- **Patient (P):** adulto ricoverato in terapia intensiva;
- **Intervention (I):** inserimento di un CAR con la somministrazione di anestetico locale o attraverso la ionoforesi;
- **Comparison (C):** inserimento di un CAR con l'infiltrazione sottocutanea di anestetico somministrato localmente;
- **Outcome (O):** percezione di minor dolore.

Materiali e metodi

La presente revisione della letteratura è stata condotta tra dicembre 2007 e set-

REVISIONE

pervenuto il 01/02/09
approvato il 13/01/09

tembre 2008 utilizzando le seguenti banche dati mediche ed infermieristiche di letteratura primaria e secondaria:

- *Cochrane Library*;
- *Joanna Briggs Institute*;
- *Programma Nazionale di Linee Guida*;
- *Pub Med*;
- *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*;
- *EMBASE*.

La selezione degli articoli è avvenuta tramite la costruzione delle parole chiave derivate dall'acronimo PICO.

Le parole chiave utilizzate ed adattate alla stringa di ricerca sono state scritte in lingua inglese ad eccezione del Programma Nazionale di Linee Guida il quale è presentato in italiano.

Queste sono di seguito elencate:

- *arteries*;
- *catheterization*;
- *pain measurement*;
- *analgesia*.

Inizialmente il limite temporale di scelta degli articoli pertinenti al PICO era di tre anni ma il risultato è stato deludente. Successivamente sono state considerate le pubblicazioni indicizzate negli ultimi dieci anni riguardanti revisioni sistematiche, studi clinici randomizzati controllati (RCT) e linee guida.

In questa revisione della letteratura sono stati analizzati articoli in lingua inglese ed italiana e le ricerche sono state limitate ad un target di persone adulte.

Risultati

Dopo una selezione iniziale, i documenti rilevati con l'utilizzo delle parole chiave indicate precedentemente portano ad otto studi. Tali studi sono stati ulteriormente analizzati in modo critico con la consultazione delle griglie presentate dal Centro Studi EBN e alla fine gli elaborati pertinenti a rispondere al quesito di ricerca sono tre³. Vengono illustrati i documenti rilevati e pertinenti in base alla banca dati consultata. Tabella n. 1

Tabella n. 1- Esito della ricerca

Banca dati consultata	Documenti rilevati	Documenti pertinenti
Cochrane Library	5	1
Joanna Briggs Institute	0	0
Programma Nazionale di Linee Guida	0	0
Pub Med	2	2
CINAHL	0	0
EMBASE	0	0

Di seguito vengono proposti mediante delle tabelle i tre studi pertinenti al quesito di ricerca. Tabelle n. 2-3-4

zione sottocutanea di anestetico prima della manovra di incannulamento e l'applicazione topica locale di anestetico⁴.

Tabella n. 2 - Scheda di analisi del primo studio pertinente al quesito di ricerca

TITOLO	Analgesia during radial artery cannulation: Comparison of the effects of Lidocaine applied by local injection or ionophoresis.
AUTORI	Sherwin J, Awad IT, Sadler PJ, Liddle AM, Rowbotham DJ.
POPOLAZIONE E SETTING	30 pazienti adulti ricoverati in terapia intensiva dell'ospedale civile di Lincoln (Regno Unito).
DISEGNO DELLO STUDIO	Studio clinico randomizzato e controllato.
RISULTATI	Nella valutazione del dolore eseguita con la "visual analogue scale" (VAS) non vi è alcuna differenza significativa fra l'utilizzo di ionoforesi per 10 minuti prima dell'incannulazione radiale, utilizzando 4 ml di Lidocaina al 4% rispetto all'infiltrazione locale di 1ml di Lidocaina all'1% usando un ago da 25 G.
CONCLUSIONI	L'anestetico somministrato attraverso la ionoforesi è più efficace e riduce il dolore nella manovra di incannulazione di un'arteria periferica.

Tabella n. 3-Scheda di analisi del primo studio pertinente al quesito di ricerca

TITOLO	Topical Lidocaine-Prilocaine cream (EMLA®) versus local infiltration anesthesia for radial artery cannulation.
AUTORI	Joly LM, Spaulding C, Monchi M, Ali OS, Weber S, Benhamou D.
POPOLAZIONE E SETTING	Sono stati randomizzati 538 pazienti adulti candidati all'incannulazione dell'arteria radiale con lo scopo di eseguire l'esame angiografico.
DISEGNO DELLO STUDIO	Studio clinico randomizzato e controllato.
RISULTATI	L'end-point principale è stato il sintomo dolore misurato con la scala "verbal numerical scale" (0: no dolore-10: dolore estremo). La differenza di percezione del dolore fra le due braccia è stata statisticamente significativa. Il dolore percepito dai pazienti del gruppo EMLA® è stato meno intenso rispetto al dolore dei pazienti trattati con l'infiltrazione di anestetico. Punteggio di 2 vs 7; (p=0,0001). Nel gruppo sottoposto ad infiltrazione sottocutanea di anestetico sono state necessarie più infiltrazioni aggiuntive alla prima (RR=0,19).
CONCLUSIONI	Il tasso di fallimento delle incannulazioni era chiaramente inferiore nel gruppo con l'applicazione di EMLA® (RR=0,38) ed il tempo di inserimento del cannula in arteria è stato più breve nel gruppo sperimentale rispetto al braccio dei controlli. EMLA®=4 minuti vs infiltrazione di Lidocaina per via sottocutanea=6 minuti. L'applicazione di EMLA® paragonata all'infiltrazione di Lidocaina, per via sottocutanea, riduce la percezione di dolore associato ad incannulazione radiale e migliora il tasso di successo della procedura in minore tempo.

Discussione e conclusione

L'incannulamento arterioso radiale è una procedura dolorosa e, nella pratica, vengono descritti diversi metodi per contrastare il dolore come ad esempio l'infiltra-

Su questo tema la letteratura sembra non essere esaustiva e a volte contrastante. Infatti uno degli RCT considerato nel presente elaborato prova l'elevata associazione tra un alto grado di dolore, nei pazienti che subiscono l'incannulamento radiale arterioso e l'infiltrazione di anestetico per via sottocutanea.

Tale studio raccomanda l'applicazione di anestetico topico applicato localmente (EMLA®) rispetto alla somministrazione di anestetico per via sottocutanea. In questo studio non è presente la dichiarazione di assenza o presenza di conflitto di interesse⁴.

Di conclusioni opposte è uno studio

Tabella n. 4 - Scheda di analisi del primo studio pertinente al quesito di ricerca

TITOLO	Radial artery cannulation: topical amethocaine gel versus lidocaine infiltration.
AUTORI	Olday SJ, Walpole R, Wang JYY.
POPOLAZIONE E SETTING	Sono stati randomizzati 100 pazienti elettivi per intervento cardiocirurgico.
DISEGNO DELLO STUDIO	Studio clinico randomizzato e controllato.
RISULTATI	Dall'analisi statistica effettuata è stato impiegato un tempo medio di 56 secondi per l'incannulazione di un'arteria radiale nel campione trattato con Amethocaine topico e 59 secondi nel gruppo trattato con infiltrazione sottocutanea di anestetico. La mediana del sintomo algico, accertato con la VAS, è stata di 2 in entrambi i gruppi.
CONCLUSIONI	Dal punto di vista statistico, considerando gli outcome misurati, non c'è differenza significativa fra i due metodi.

datato il quale riporta un indice basso di percezione della sintomatologia dolorosa nei soggetti che affrontano l'infiltrazione sottocutanea di anestetico⁵.

Una ricerca condotta nel 2003, con l'arruolamento di 30 candidati sottoposti ad incannulazione radiale prima dell'anestesia generale, sconsiglia l'infiltrazione locale di anestetico rispetto alla ionoforesi (per ionoforesi si intende l'introduzione di un farmaco nell'organismo attraverso l'epidermide utilizzando la corrente continua formata da un generatore apposito)⁶.

Un altro studio pubblicato nel 2002 condotto su 100 soggetti, non prova una differenza significativa fra l'applicazione topica di anestetico gel versus l'infiltrazione sottocutanea di Lidocaina al 2%⁷. Dall'analisi degli articoli pertinenti emerge che l'introduzione del catetere arterioso in sede radiale con l'applicazione dell'anestetico locale (EMLA® o Lidocaina con la ionoforesi) riduce la percezione del dolore rispetto all'applicazione dell'anestetico con infiltrazione sottocutanea.

Una limitazione di EMLA® è che la penetrazione dell'anestetico attraverso la pelle è tempo-dipendente; è dimostrato che per avere una buona analgesia su uno strato di 4mm devono trascorrere circa 90 minuti⁸.

Nella comparazione tra Amethocaine gel (AMETOP®) e Lidocaina per infiltrazione sottocutanea è emerso che non ci sono differenze statisticamente significative rispetto alla percezione della sintomatologia dolorosa.

Per il futuro sarebbe auspicabile avviare nuovi studi di comparazione tra i due anestetici topici, EMLA® versus AMETOP®, in modo tale da verificare eventuali differenze tra i due prodotti circa la percezione di dolore. Gli studi a dispo-

sizione sono esigui anche se forniscono un'indicazione relativa alla scelta della tecnica di anestesia per via topica rispetto alla sottocutanea.

Nonostante l'argomento sia discusso, mancano studi clinici randomizzati e controllati di recente pubblicazione; pertanto sarebbero necessarie ulteriori esperienze di ricerca per integrare i risultati esplicitati in questa revisione della letteratura.

Conflitto di interesse

Il presente lavoro è stato condotto senza il contributo di aziende farmaceutiche e/o altri sponsor. I risultati della ricerca sono stati ottenuti senza conflitti di interesse.

Bibliografia

1. DESBIENS NA, WU AW, BROSTE SK, ET AL. *Pain and satisfaction with pain control in seriously ill hospitalized adults: findings from the SUPPORT research investigations*. Crit Care Med 1996;24:1953-61.
2. CAMPEAU L. *Percutaneous radial artery approach for coronary angiography*. Cathet Cardiovasc Diagn 1999; 16:3-7.
3. http://www.evidencebasednursing.it/calcolatori/griglie_EBN.htm.
4. JOLY LM, SPAULDING C, MONCHI M, ALI OS, WEBER S, BENHAMOU D. *Topical Lidocaine-Prilocaine cream (EMLA®) versus local infiltration anesthesia for radial artery cannulation*. Anesth Analg. 1998 Aug;87(2):403-6.
5. NILSSON A, DANIELSON K, ENGBERG G, HENNEBERG S. *EMLA® for pain relief during arterial cannulation: a double-blind placebo-controlled study of a Lidocaine-Prilocaine cream*. Ups J Med Sci 1990;95:87-94.
6. SHERWIN J, WALPOLE R, WANG JH, ROWBOTHAM DJ. *Analgesia during radial*

artery cannulation: comparison of the effects of lidocaine applied by local injection or iontophoresis. Anaesthesia 2003 May;58(5):474-6.

7. OLDAY SJ, WALPOLE R, WANG JY. *Radial artery cannulation: topical amethocaine gel versus lidocaine infiltration*. Br J Anaesth 2002 Apr;88(4):580-2.

8. BJERRING P, ARENDT-NIELSEN L. *Depth and duration of skin analgesia to needle insertion after topical application*. Br J Anaesth 1990;64:173-7.

Abstract

The measurement of pain is an important issue for doctors, nurses and patients hospitalized in intensive care. This research has compared two techniques to check the radial arterial catheter.

Objective: *The objective is to verify the impact and effectiveness of local anesthetic by topical compared with the subcutaneous infiltration of anesthetic for the radial arterial catheter.*

Material and method: *The selection of the material was sought among the most important databases through a review of medical literature and nursing.*

Results: *The application of local anesthetic reduces the perception of pain respect to the subcutaneous infiltration in the manoeuvre positioning of a radial arterial catheter.*

Key words: *Arteries, Catheterization, Pain measurement.*

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

Aspetti giuridici, medici e principi etici nella cura ai pazienti gravemente malati o feriti



COMUNICAZIONE

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

traduzione a cura di:
Daniele Zanetti ed Elio Drigo

Riassunto

Il prendersi cura di un paziente la cui vita è in bilico o la cui prognosi è molto incerta può mettere alla prova i principi di consenso e negligenza e l'impatto della Legge sui Diritti Umani del 1998, che incorporava nella Legge Inglese la Convenzione Europea per la protezione dei Diritti Umani e delle Libertà Fondamentali. Lo stress per tutti coloro che sono coinvolti nel rapporto con malattie gravi può provocare conflitti che sottolineano la necessità di un'attenta adesione alle decisioni dei tribunali, alla legislazione e all'orientamento che proviene dai dipartimenti governativi, dai Royal Colleges e dalle organizzazioni nell'ambito della professione infermieristica. Questa discussione prende in esame i dilemmi etici e legali inerenti l'assistenza al paziente gravemente malato. Per riflettere lo specifico approccio della legge nella discussione di casi di malattie gravi, i pazienti in questa trattazione verranno divisi nelle seguenti grandi categorie:

- i. Neonati e bambini piccoli
- ii. Adolescenti e adulti in grado di prendere le proprie decisioni
- iii. Adulti incapaci di prendere le proprie decisioni

Le norme legali relative ad ogni categoria saranno esaminate separatamente, ma alcuni punti generali possono essere enunciati fin dall'inizio. Gli infermieri che trattano pazienti gravemente malati dovrebbero avere chiaro circa le implicazioni legali rispetto al fatto di causare consapevolmente la loro morte. Provvedere ad un sollievo del dolore con farmaci che, come effetto collaterale, possono accorciare la vita, può essere accettabile, ma atti con lo scopo primario di affrettare la morte sono vietati. Può essere legittima la sospensione del trattamento, pur sapendo che potrebbe sopraggiungere la morte. La legge inglese ha tradizionalmente esteso un'ampia libertà professionale ai medici. I tribunali si sono ritenuti non in grado di dettare regole ai medici e hanno rifiutato di consentire che i pazienti lo facessero. Rimedi coercitivi nei confronti dei medici, semplicemente, non sono possibili, secondo il principio per cui i medici non dovrebbero scegliere tra il loro giudizio professionale e clinico e un ordine del tribunale. Il processo di legge ha mostrato che ci sono dei limiti rispetto l'assegnazione delle risorse di cura sanitaria. Mentre ai tribunali è permesso esaminare come vengono prese le decisioni, queste devono limitarsi entro punti procedurali e ignorare i benefici che i pazienti potrebbero avere dal ricevere le risorse di cui necessitano. La giurisprudenza ha dimostrato che non è fatta nessuna eccezione per il paziente gravemente malato la cui sopravvivenza dipende dal trattamento intrapreso. I problemi legali comunemente associati con l'erogazione dell'assistenza sanitaria tendono a presentarsi in modo acuto soprattutto nella gestione di malati in situazione critica. Accertare la capacità del paziente nel prendere decisioni rispetto al trattamento o rispetto al suo miglior interesse, diventa più difficile rispetto ai casi normali. Viene sottolineata la necessità di porre dei limiti al dovere di mantenere la vita ed alla necessità dell'intervento del tribunale nei punti di incertezza. La risposta della legge è stata tipicamente quella di incrementare la cornice di base dei principi all'interno dei quali ci si aspetta che gli infermieri operino. L'attenzione agli sviluppi legali e una solida comprensione dei requisiti legali, sono divenuti elementi vitali di un approccio professionale ai pazienti critici.

Parole chiave: Bambini, Conflitti etici, Legislazione

Per iniziare questa discussione sulla prospettiva legale del paziente in situazione critica si possono specificare alcuni punti.

Anzitutto, gli infermieri che trattano pazienti in situazione critica, dovrebbe-

ro avere chiare le implicazioni legali rispetto al causare consapevolmente la loro morte. Provvedere al sollievo del dolore con farmaci che, come effetto collaterale, possono accorciare la vita, può essere accettabile, ma atti con lo scopo primario di affrettare la morte sono vietati. Può essere legittima la sospensione del trattamento, pur sapen-

do che potrebbe sopraggiungere la morte.

In secondo luogo, la legge inglese ha tradizionalmente esteso un'ampia libertà professionale ai medici. I tribunali si sono ritenuti non in grado di dettare regole ai medici e hanno rifiutato di consentire che i pazienti lo facessero. Rimedi coercitivi nei confronti dei medici semplicemente non sono possibili, secondo il principio che i medici non dovrebbero scegliere tra il loro giudizio professionale e clinico ed un ordine del tribunale. (*Re J (a minor) (wardship: medical treatment)* (1990). Laddove i pazienti richiedono un'opzione di trattamento ritenuta inadatta dal proprio medico, a maggior ragione questi è obbligato a impegnarsi per fornire una seconda opzione (*The Queen on the application of Burke v. General Medical Council* (2005), e a mantenere la gestione della condizione del paziente sotto osservazione (*Wyatt v. Portsmouth NHS Trust* (2005)). Questa dominanza dell'opinione professionale è spesso contestata dai parenti dei pazienti in situazione critica. In due recenti casi, i figli adulti di un uomo 86enne sofferente di un'insufficienza multiorgano e i genitori di una bambina di due anni che volevano una garanzia rispetto all'intervento medico invasivo, provarono entrambi a persuadere la Corte d'Appello a scavalcare le decisioni dei medici per porre un limite al trattamento. Nessuno dei due appelli fu accolto. L'articolo 2(1) della Convenzione Europea secondo cui "il diritto di ognuno dev'essere protetto dalla legge" non ha supportato le due famiglie. Quando è intrapresa una responsabile decisione clinica per rifiutare un trattamento che non è nel miglior interesse del paziente, si ritiene corretto che sia omissivo l'obbligo positivo di preservare la vita. Gli infermieri devono elaborare le tensioni che ovviamente sorgono in queste occasioni. In un'ottica più positiva, essi dovrebbero essere in grado di mediare tra i pazienti, le loro famiglie e i medici quando sorgono disaccordi rispetto alle opzioni di trattamento. Essi non dovrebbero avere dubbi a farsi coinvolgere e condividere le loro idee rispetto alle richieste di un paziente.

Il terzo e ultimo punto riguarda il limite dei poteri dei tribunali rispetto l'allocatione delle risorse di assistenza sanita-

ria. Mentre ai tribunali è permesso esaminare come siano prese le decisioni, essi devono limitarsi entro punti procedurali e ignorare i benefici che i pazienti potrebbero avere dal ricevere le risorse di cui necessitano. La giurisprudenza ha dimostrato che non è fatta nessuna eccezione per il paziente in situazione critica la cui sopravvivenza dipende dal trattamento accordato. Rimane da provare se l'articolo 2(1) della Convenzione Europea richieda un approccio giuridico più robusto.

A livello locale lo staff infermieristico dovrebbe monitorare la scarsità di risorse. Agli infermieri è stato ricordato dal *Nursing and Midwifery Council* (NMC), che se non segnalano alla gestione manageriale le loro considerazioni rispetto all'inadeguatezza delle risorse infrangono il proprio codice deontologico. Il dovere di riferire si presenta ogni volta che è a rischio la cura o il benessere del paziente.

Neonati e bambini

La rilevanza della responsabilità dei genitori

L'importanza attribuita dalla legge alla capacità dei genitori nell'acconsentire alle procedure mediche, produce un ovvio problema, quando si tratta di bambini. Nel momento in cui i bambini perdono la capacità legale di fornire un valido consenso, gli infermieri che li trattano sono esposti al rischio di essere accusati di aggressione, ossia un contatto fisico non autorizzato con un'altra persona. Essi possono anche essere accusati di infrangere l'integrità corporale del bambino secondo l'articolo 8 della Convenzione Europea sui Diritti Umani. Per superare queste difficoltà la legge permette che qualcuno sia delegato per il consenso. In un'emergenza estrema, chiunque stia assistendo un bambino può offrire o autorizzare un trattamento medico (*Children Act 1989, section 3(5)*). Per esempio, se la condizione di un bambino in ospedale si aggravasse improvvisamente, non sarebbe necessario alcun consenso per intervenire in suo favore. In ogni caso, se il tempo lo permette, dev'essere cercato il consenso della persona con responsabilità tutoriale (*Gillick v. West Norfolk and Wisbech Area Health Authority* (1985); *Glass v. UK* (2004))

Le madri acquisiscono automaticamente responsabilità tutoriale. Così anche i padri se sono sposati con la madre del bambino alla data della nascita. I padri non sposati devono essere abilitati; essi possono ottenere la responsabilità tutoriale registrando la nascita del bambino congiuntamente alla madre (*Adoption and Children Act 2002, section 111*), facendone domanda attraverso il tribunale o attraverso un accordo di responsabilità genitoriale con la madre (*Children Act, 1989, section 4*). La forma di un accordo come questo è prescritto dalla legge e, per essere valido, dev'essere registrato dalla Corte Suprema.

La capacità di agire come tutore da parte di un padre non sposato dovrebbe essere verificata prima di dare seguito alle sue istruzioni. Se questo sembrasse invadente o imbarazzante, dovrebbe essere d'aiuto ricordare che anche le scuole devono effettuare delle verifiche su questi argomenti prima di accettare l'autorità di un padre sul proprio figlio.

Agire nel migliore interesse dei bambini

I poteri tutoriali conferiti dalla responsabilità genitoriale devono essere esercitati, per legge, nei migliori interessi del bambino. Cosa debba essere inteso per il migliore interesse di un bambino gravemente malato è stato analizzato piuttosto recentemente nel 2004, dal Royal College of Paediatrics and Child Health. Il loro rapporto, *Withholding or Withdrawing Life-saving Treatment in Children A Framework for Practice*, ha identificato le seguenti cinque situazioni in cui "sarebbe da prendere in considerazione" l'approccio palliativo piuttosto che una continuazione del trattamento salvavita:

1. quando è stata diagnosticata la morte cerebrale;
2. quando il bambino ha sviluppato uno stato vegetativo permanente;
3. quando il bambino ha "una malattia così grave che il trattamento di sostegno vitale ritarda semplicemente la morte senza una significativa diminuzione della sofferenza";
4. quando la sopravvivenza con il trattamento è possibile ma essa sarà accompagnata da un grado di disabilità mentale e fisica intollerabile;

5. *quando “di fronte a una malattia progressiva e irreversibile, un ulteriore trattamento sarebbe più di quanto potrebbe essere sopportato”.*

Le prime due categorie si spiegano da sé. La terza è esemplificata da un caso del 1998 di *Re C (a minor) (medical treatment) (1998)* in cui, casualmente, il tribunale approvò esplicitamente l'approccio del report a questa tipologia di caso.

C. era una piccola bambina gravemente disabile e malata terminale, dell'età di 16 mesi al tempo in cui il suo caso fu esposto in tribunale. Soffriva di atrofia spinale muscolare di tipo 1, pesava solo 5,4 Kg e la sua condizione andava peggiorando. Tuttavia lei sembrava interagire con i propri genitori, pareva che li riconoscesse e sorridesse loro. Secondo il team medico di C. i suoi interessi richiedevano la sospensione del supporto ventilatorio, la non rianimazione nel caso di un arresto respiratorio e una cura palliativa fino alla sua morte. I genitori di C. che erano ebrei ortodossi, erano d'accordo di tentare il distacco dal supporto ventilatorio, ma desideravano che venisse riattivato nel caso in cui C. non potesse respirare senza il supporto. Poiché era prevedibile il disaccordo, l'autorità sanitaria si rivolse al tribunale, che autorizzò i medici ad alleviare la sofferenza di C. e permetterle di terminare la propria vita in pace e con dignità.

Le situazioni che creano maggiori preoccupazioni sono indubbiamente quelle che fanno parte della categoria n°4, e coinvolgono i bambini che sopravvivranno indefinitamente con l'intervento medico, ma la cui sopravvivenza comporta dolore e distress dovuto ai propri deficit di salute. Molti di questi casi sono arrivati davanti ai tribunali. Uno dei primi e più controversi è stato quello di *Re J (a minor) (wardship: medical treatment) (1990)*.

J. è stato fatto nascere alla 27esima settimana di gestazione, con un danno cerebrale molto grave e permanente. Gli esami clinici, circa quattro mesi dopo la nascita di J., suggerivano che probabilmente era cieco e sordo, soffriva di epilessia, avrebbe forse sviluppato una seria tetraplegia spastica ed era improbabile lo sviluppo del linguaggio. Si riteneva comunque che J. provasse dolore tanto quanto gli altri bambini. Era stato ossigeno-dipendente per lun-

ghi periodi della sua giovane età e soffriva di improvvisi collassi a cui seguiva la necessità di ventilazione artificiale. L'équipe medica propose che non avrebbero dovuto ventilare J. la prossima volta che avrebbe smesso di respirare. Nell'accertare dove risiedevano i migliori interessi di J., il tribunale considerò lo stress e la natura del rischio della ri-ventilazione, il rischio ulteriore di deterioramento se J. vi fosse stato sottoposto e la sua prognosi generale estremamente sfavorevole. Poiché le disabilità di J. sembravano rendere la sua vita intollerabile, il tribunale predisponeva di risparmiargli un ulteriore intervento medico invasivo.

Tale giudizio e altri come questo, possono essere criticati per l'importanza attribuita alle opinioni mediche rispetto al bambino. Psicologi, fisioterapisti, insegnanti e lo staff del centro del respiro, sono tra i professionisti che potrebbero, meglio dei medici, chiarire se un bambino disabile può imparare ad interagire con gli altri o almeno avere alcune soddisfazioni dalla sua vita. Ma a meno che questi professionisti non siano già coinvolti nella vicenda del bimbo, essi non hanno l'opportunità di fornire le proprie evidenze al tribunale. Idee potenzialmente valide sono così ignorate e la base dell'accertamento del tribunale rispetto alla qualità della vita futura del bambino, risulta incompleta.

Il 5° tipo di situazione identificata dal *Royal College of Paediatrics and Child Health* come potenziale sanzionamento per la cessazione o la sospensione del trattamento salvavita, coinvolge interventi molto dolorosi e stressanti che risulteranno fallimentari nel far regredire o anche solo arrestare la malattia a causa della quale il bambino sta morendo. In tali circostanze il Collegge afferma che un ulteriore trattamento “*supera quanto potrebbe essere sopportato*” e i tribunali hanno adottato questo approccio. Solo recentemente, comunque, il test di intollerabilità ha riscosso un certo consenso. In *Wyatt v. Portsmouth NHS Trust (2004)*, il NHS Trust ha identificato un comportamento che permettesse al suo staff di interrompere il trattamento invasivo e aggressivo della, allora, bambina Charlotte Wyatt, di un anno. Sebbene il giudice della Corte Suprema riconoscesse che tale trattamento era intollerabile per Charlotte, scelse una giustificazione più positiva per permet-

tere che fosse mantenuta nel modo più compatibile con i propri, migliori interessi. Invece di soffermarsi sugli svantaggi del trattamento che i genitori desideravano, egli elencò i vantaggi nell'evitare un intervento aggressivo, sottolineando il confort che avrebbe avuto nell'essere assistita, il maggiore contatto di cui avrebbe goduto con i propri genitori e la morte tranquilla che ne avrebbe seguito (sebbene accettasse che il momento della morte sarebbe stato leggermente anticipato da questo regime di trattamento). La Corte d'Appello supportò questo approccio nel 2005, dichiarando che i giudici dovrebbero focalizzarsi sui migliori interessi piuttosto che sul concetto di intollerabilità, sebbene quest'ultimo potrebbe essere inglobato con il primo.

Il valore del test di intollerabilità è stato difeso vigorosamente (Foster, 2005) e sembra probabile che sopravvivrà al caso di Wyatt¹, sia pure come componente secondaria di un'indagine più ampia rispetto ai fattori che contribuiscono al benessere complessivo di un piccolo paziente. In qualunque evento, una tale indagine non dovrebbe essere ritenuta completa senza l'evidenza di coloro, inclusi gli infermieri, il cui contatto con il bambino è maggiore. Un'occasione commovente per tale consulto sorse nel caso di *An NHS Trust v MB (2006)*. M., il paziente al centro del caso, era un bambino nato nell'agosto 2004. Come C. nel 1998 *Re C (a minor) (medical treatment)*, menzionato prima, soffriva di sindrome spinale amiotrofica, una condizione degenerativa e progressiva nella sua forma più grave. Al tempo del procedimento legale non era più in grado di utilizzare i suoi muscoli, di sviluppo normale per la sua età, sebbene fosse ancora in grado di compiere alcuni movimenti appena percettibili delle sopracciglia, della rima buccale, delle dita delle mani e dei piedi. Era comunque cosciente, sveglia per la maggior parte del giorno, riconosceva coloro che erano attorno a lui e la musica, la televisione e i DVD e preferiva, come affermò sua madre, *Il libro della Giungla* e *La Sirenetta*, della Disney.

L'evidenza medica rivelò una valutazione più tetra rispetto a quanto presentato dai genitori di M., soffermandosi, come già aveva fatto, sul dolore ricorrente e la mancato comfort associato con la necessità di fisioterapia per drenare le

secrezioni, la periodica infezione localizzata attorno al sito del tubo della gastrostomia, gli esami ematochimici, l'inserzione di linee infusive o cannule endovenose, la sostituzione e la regolare aspirazione del tubo endotracheale e la bronco-aspirazione profonda. M. non poteva muovere gli arti, cambiare la sua posizione senza aiuto né chiedere di essere aspirato quando sentisse le secrezioni accumularsi nel torace, ed era sempre meno in grado di mostrare il suo stress a causa della crescente inabilità ad aprire gli occhi e la completa impossibilità di produrre suoni. La formazione di lacrime e la variabilità della frequenza cardiaca sarebbero stati gli unici indicatori di quello che provava. Gli infermieri che lo assistevano ebbero opinioni diverse rispetto alla sua gestione futura e coloro che avevano maggiore esperienza di condizioni come la sua, erano poco propensi a vedere prolungata la vita di M.

Dopo aver pesato tutti i fattori, il giudice determinò che nella situazione data si doveva mantenere la ventilazione a pressione positiva continua e le relative procedure, che era da considerare nei migliori interessi di M. Non doveva essere intrapreso alcun trattamento maggiormente doloroso. Il tribunale accettò che quando i benefici della cessazione del trattamento fossero più rilevanti del beneficio ancora garantito dalla vita di M., sarebbe stato lasciato morire. Fu ritenuto di poco aiuto etichettare la sua vita come "intollerabile"; ciò di cui c'era bisogno, era un attento accertamento sul livello al quale risiedevano i migliori interessi di M.

È obbligatorio coinvolgere i tribunali laddove famiglie e professionisti concordano che i trattamenti dovrebbero essere sospesi su un bambino? I giudici in *Re J (1990)* affermarono che non è obbligatorio. Comunque, nel caso successivo di *Re C (a baby) (1996)* la Corte Suprema suggerì che la questione del ricorso al tribunale dovrebbe essere decisa nel contesto specifico di ogni situazione individuale. Un approccio così selettivo potrebbe non aderire ai requisiti imposti dall'Art. 2 della Convenzione Europea sui Diritti Umani. Oggi ci si aspetta che la legge interna del Regno Unito proteg-

ga la vita enfaticamente e trasparentemente. Questo deve comportare sicuramente che la decisione di permettere ad un bambino di morire piuttosto che "infliggere" un trattamento, dovrebbe essere presentata al tribunale per un accertamento di quali siano i migliori interessi del bambino. Inoltre, sono necessari criteri espliciti per pianificare la guida di processi decisori dove è in gioco la vita di un bambino.

Contestazioni della famiglia rispetto al trattamento

Laddove gli adulti condividono una responsabilità genitoriale nei confronti del bambino, è sufficiente il consenso di uno soltanto di essi per proteggere l'équipe che sta trattando il piccolo paziente? La risposta fornita dal Children Act 1989 nella sezione 2(7) è affermativa. Ciononostante, nel 1999 la Corte d'Appello stabilì che c'erano alcune decisioni che non potevano essere prese se ciascuno degli adulti con responsabilità genitoriale non avesse concordato. (*Re J (Specific Issue Orders: Child's Religious Upbringing and Circumcision) (2000)*). Gli esempi portati erano la sterilizzazione e la circoncisione, anziché trattamenti da applicare nel caso di bambini in situazione critica. La cautela suggerisce che per procedure irreversibili, particolarmente se controverse, dovrebbe essere ottenuto il consenso di entrambi i genitori (o di chi ne fa le veci).

Procedere sulla base del consenso di uno soltanto, quando vi sia un conflitto, può in ogni caso essere talmente impopolare che diventa preferibile ricorrere al tribunale. È una delle opzioni disponibili per i professionisti che si ritrovino coinvolti a cercare di rispettare la posizione dell'adulto dissenziente. Questo ultimo, secondo l'Art. 8 della Convenzione Europea, in ogni caso ha il diritto di partecipare alla decisione (*W. v. United Kingdom, 8 July, 1987*). Le dispute sul trattamento medico sono ritenute piuttosto complesse, esse devono essere portate alla Corte Suprema (*Re R (a minor) (Blood transfusion) (1993)*) piuttosto che al Tribunale Conciliativo o al Tribunale Distrettuale.

Disaccordi tra la famiglia e i professionisti dell'assistenza

Laddove vi sia un profondo disaccordo sul modo migliore di procedere, sia la famiglia o l'équipe di cura (attraverso l'autorità sanitaria pertinente) può chiedere al Tribunale di intervenire.

In alternativa, la giurisdizione del tribunale può essere richiesta dai servizi sociali. Il tribunale prenderà in considerazione le opinioni di tutti quelli che sono coinvolti nell'assistenza del bambino e quelle dei legali rappresentanti dello stesso, prima di giungere al proprio accertamento, indipendente, del bilancio dei vantaggi o degli svantaggi dell'azione medica presa in considerazione (*Re T (A minor) (wardship: medical treatment) (1996)*). Le opinioni dell'équipe infermieristica possono e dovrebbero avere molta influenza (*Re C (a minor) (wardship: medical treatment) (1989)*).

Sebbene l'intrusione del tribunale all'interno della vita familiare potrebbe risultare una ingiustificata interferenza dello Stato, secondo l'articolo 8(2) della Convenzione Europea è solitamente ritenuto necessario "per la protezione della salute o della morale, o per la protezione dei diritti e delle libertà altrui". Lo scopo di salvaguardare il benessere fisico, psicologico ed emotivo di un bambino, è considerato una base legittima per l'intervento del tribunale. Infatti, la mancata segnalazione da parte di un NHS Trust o altra autorità sanitaria al tribunale di un caso che coinvolga un trattamento contestato, si configura come violazione dell'Art. 8(1), diritto dei piccoli pazienti di vedere rispettata la propria vita privata e, in particolare, la propria integrità fisica e psicologica. In *Glass v. UK (2004)* la Corte Europea dei diritti Umani ha rivisitato la gestione del Portsmouth NHS Trust, di un bambino 12enne con disabilità mentali e fisiche gravi. Una serie di infezioni del tratto respiratorio hanno portato a numerose ospedalizzazioni in emergenza. Quando, durante una di queste degenze, i medici hanno concluso che era entrato nella fase terminale di una patologia polmonare, consigliarono la somministrazione di morfina. La madre del bambino non fu d'accordo né con la prognosi né col consiglio e, contrariamente a quanto da lei espresso, fu iniziata l'infusione di morfina e fu posto un

Nota

1. Despite what was said about intolerability in *An NHS Trust v. MB and Wyatt*, the Nuffield Council on Bioethics in a 2006 report called *Critical Care Decisions in Foetal and Neonatal Medicine*: ethical issues refers to "intolerable" lives.

ordine di “non rianimare” sulle note riferite al suo bambino, senza che la madre ne fosse a conoscenza. I giudici non furono persuasi dalla tesi sostenuta dall’ospedale, secondo cui non c’era stato tempo per una richiesta d’emergenza al tribunale e decise che, aver preso la decisione di non accettare la visione della madre senza un ricorso al tribunale, costituiva una violazione dell’Art. 8.

Comprensibilmente le decisioni sui trattamenti concernenti i bambini in situazione critica sono approdate con frequenza nei tribunali. In *Re D (wardship: medical treatment) (2000)*, l’NHS Trust si occupò di un piccolo bimbo di 19 mesi che soffriva di una grave patologia polmonare irreversibile ed in peggioramento, oltre a un’insufficienza cardiaca, disfunzione epatica e renale e disabilità di apprendimento. Il Trust desiderava risparmiargli una ventilazione artificiale nel caso fosse intervenuta un’insufficienza cardiaca o respiratoria, ma i suoi genitori non furono assolutamente d’accordo con questo approccio. La Corte d’Appello, in questo caso sostenne l’ospedale e ritenne che i benefici di una probabile breve estensione di aspettativa di vita erano superati dal grande distress causato dal trattamento meccanico invasivo. Allo stesso modo, nel 1998 con il caso di *Baby C.*, la Corte d’Appello concordò con l’autorità sanitaria che il supporto ventilatorio poteva essere sospeso ad una bambina terminale malgrado l’opposizione dei genitori. Di contro, in *Re T (a minor) (wardship: medical treatment) (1997)*, furono i genitori ad obiettare all’intervento medico. T. al tempo dell’evento aveva 17 mesi. Soffriva di un difetto epatico letale, l’atresia biliare e la raccomandazione medica era di un trapianto di fegato. Egli aveva già avuto un intervento chirurgico e il suo dolore e stress in quella circostanza aveva persuaso i suoi genitori che non avrebbe dovuto essere sottoposto ad un intervento di chirurgia maggiore. Delle tre équipe di trapianto consultate, una era pronta a rispettare le opinioni dei genitori, ma una era determinata a procedere con il trapianto. I genitori, che erano esperti professionisti sanitari con esperienza nella cura di bambini piccoli malati, scoprirono che la loro opposizione al trapianto era stata riferita ai servizi sociali e da qui alla Corte.

Sebbene il giudice della Corte avesse stabilito che il trapianto era nei migliori interessi di T., la Corte d’Appello non fu d’accordo. I giudici non erano convinti che una vita breve ma felice, con una morte pacifica fosse una peggiore opzione rispetto a “una vita di medicinali e la possibilità di ulteriori interventi chirurgici invasivi”. Invece, essi guardavano oltre gli interessi puramente medici di T. a “considerazioni più ampie” e conclusero che le opinioni dei genitori potevano essere accettate per determinare il trattamento futuro di T. Sebbene in *Re T* le “ampie considerazioni” fossero avanzate dai genitori, rimane responsabilità degli infermieri che hanno in cura il bambino allertare chi di dovere rispetto a fattori rilevanti e quanto ne concerne.

Senza dubbio il caso più controverso nel causare conflitto tra i genitori e i professionisti della salute è stato quello che coinvolgeva le gemelle siamesi nate a Manchester l’8 agosto 2000. La più debole viveva solamente perché la sua circolazione era sostenuta dalla sorella più forte. Se non fosse stata eseguita una separazione, il cuore della gemella più forte avrebbe ceduto e entrambe le bambine sarebbero morte. L’autorità sanitaria chiese il permesso di separare chirurgicamente le gemelle, cosa che avrebbe permesso a quella più forte di sopravvivere, ma avrebbe immediatamente ucciso la più debole. I genitori rifiutarono quest’azione per compassione della morte di uno dei loro bambini e rifiutarono di approvare questa strategia, ma la loro decisione fu annullata dalla Corte d’Appello. Sebbene i giudici ponessero l’accento sul fatto che la loro decisione “era autoritaria per l’unicità delle circostanze del caso” soltanto, essi di fatto approvarono l’uccisione attiva della gemella più debole, poiché era nei migliori interessi della bambina più forte. Il giudizio è difficile da conciliare con la protezione per il rispetto della vita enunciato nell’Art. 2 della Convenzione Europea. Esso mette in evidenza inoltre l’elasticità del test sui migliori interessi, nel modo in cui è stato applicato alla gemella più debole: a parte 4 giudici (uno della Corte Suprema, tre della Corte d’Appello) che consideravano la sua triste situazione, due pensavano che, viste le sue povere prospettive e una vita sempre più dolorosa, la morte sarebbe stata nei migliori

interessi della bambina, mentre per altri l’opzione migliore era il raggiungimento della fine naturale della vita.

Trascurare le necessità mediche del bambino

Laddove le necessità mediche del bambino sono trascurate da coloro che hanno responsabilità genitoriali, questi ultimi perdono il loro diritto di prendere decisioni sui trattamenti. Se il tempo lo consente, il caso dovrebbe essere posto alla corte Suprema. Se non ci fosse tempo per questo percorso, l’équipe sanitaria dovrebbe procedere a fare ciò che ritiene sia meglio per il bambino. Questa è la base secondo cui si effettuano trasfusioni di sangue ai bambini dei Testimoni di Geova contro il desiderio dei genitori. Gli infermieri dovrebbero essere preparati alle difficoltà inerenti queste dolorose situazioni. Essi dovrebbero, prima che nasca ogni controversia, prendere confidenza con le linee guida dell’ospedale rispetto alle modalità di rapportarsi con i genitori in tali circostanze.

Adolescenti

Capacità di consenso

Le disposizioni della *Sez. 8 del Family Law Reform Act 1969* garantisce che a partire dai 16 anni gli adolescenti possono fornire il loro consenso al trattamento medico. Molti raggiungono precocemente una maturità sufficiente per autorizzare procedure specifiche. L’accertamento di tale maturità è una cosa che i professionisti che stanno trattando un adolescente, devono fare alla luce della guida offerta dal caso di *Gillick v. West Norfolk and Wisbech Area Health Authority (1985)*: la capacità del paziente di comprendere tutti i temi che fanno riferimento al trattamento proposto è il criterio vitale.

Quando un adolescente viene ritenuto in grado di fornire un valido consenso al trattamento, è raccomandabile ma non essenziale, coinvolgere i suoi genitori. Se il paziente insiste sulla riservatezza, questa dev’essere mantenuta. Questa visione, adottata dal Governo nel caso di *Gillick*, fu rivoluzionata in *R (on the application of*

Axon) v. *Secretary of State for Health* (2006) sulla base del fatto che minava il rispetto della vita familiare, violando quindi l'Art. 8 della Convenzione Europea dei Diritti Umani. Il difensore ad ulteriore argomento portò il fatto che se i genitori volevano adempiere alla propria responsabilità per il benessere fisico, mentale e morale dei propri bambini, essi avevano bisogno di tutte le informazioni rilevanti per aiutarli a fare ciò. Il tribunale, sia pur accettando questo ultimo argomento, si sentì obbligato a rispettare l'autonomia della giovane persona matura. Il giudice proseguì nel sostenere che l'Art. 8(1), in cui si evidenzia il diritto alla vita familiare dovuto a un genitore (qui, specificamente, il diritto di essere avvertiti di consigli medici dati ai bambini) diminuisce nel momento in cui il bambino matura e cessa quando il bambino stesso può prendere le proprie decisioni.

I procedimenti legali di cui sopra non impediscono alle autorità sanitarie e ai servizi sociali, o anche a un parente, di riferire un problema medico al tribunale, attraverso la linea di responsabilità interna o la giurisdizione competente. Una volta fatto ciò, la decisione del tribunale può imporsi a quella di qualsiasi persona giovane, comunque competente, che non abbia ancora raggiunto i 18 anni (*Re W (a minor) (medical treatment)* (1992).

Il consenso di un adolescente al trattamento non ha presentato controversie nella sfera della malattia in situazione critica. Laddove un consiglio medico è accettato e seguito, non sorgono conflitti per l'équipe sanitaria coinvolta. La situazione è comunque molto differente, quando una persona giovane rifiuta un trattamento vitale.

Capacità di rifiutare il trattamento

Sebbene il principio di "Competenza di Gillick" fosse chiaramente inteso come applicabile a tutte le decisioni di trattamento medico piuttosto che semplicemente al "consenso", la legge non permetterà agli adolescenti di rifiutare un trattamento essenziale. Il caso (*Re W (a minor) (medical treatment)* (1992), confermò che i bambini, qualunque sia la loro età o maturità, perdono il potere di prevalere sul consenso che una persona con responsabilità genitoriale esprime nel

loro migliore interesse. Al tempo del procedimento legale la grave anoressia della sedicenne W. indicava che era prossima alla morte. L'autorità locale, che aveva responsabilità tutoriale nei suoi confronti, desiderava che ricevesse le cure presso una clinica, che W. si rifiutò di frequentare. La corte d'Appello annullò il suo rifiuto, sostenendo che né la sezione 8 del *Family Law Reform Act* del 1969 né il concetto di "Competenza di Gillick" si applicava al rifiuto del trattamento. I giudici, sensibili ai conflitti familiari che sarebbero sorti quando ci fosse tra gli adolescenti e i propri genitori un disaccordo rispetto al trattamento, hanno suggerito che i professionisti della salute dovrebbero comunque, come dovere etico, riferire i casi complessi al tribunale.

Essi enfatizzarono inoltre che le opinioni dei pazienti adolescenti devono essere analizzate e vi deve essere attribuito un peso proporzionale alla loro età e maturità.

La linea guida fornita dalla Corte d'Appello del caso *Re W* fu applicata in *Re M (child: refusal of medical treatment)* (1999). M. era una ragazza di 15 anni colpita da insufficienza cardiaca ad insorgenza improvvisa. Divenne chiaro che la sua sopravvivenza dipendeva da un trapianto di cuore a cui doveva sottoporsi.

Sebbene M. stessa si fosse opposta alla procedura, i suoi genitori furono d'accordo con l'équipe sanitaria nel ritenere che il trapianto era nei suoi migliori interessi. Ci fu così un consenso legale sufficiente per procedere con il trapianto proposto, ma in considerazione di quello che era stato deciso nel caso *Re W* l'autorità sanitaria decise di portare il caso in tribunale. L'urgenza della situazione impose la scelta di contattare un giudice di servizio e la decisione presa durante la notte. Le opinioni di M. furono fatte pervenire al giudice attraverso il suo avvocato; sebbene queste fossero state prese in considerazione, il giudice stese un attento rapporto delle proprie ragioni rispetto ai benefici per M.

Le decisioni prese in *Re W* e *Re C* avrebbero poco effetto se non potessero essere applicate. I tribunali hanno riconosciuto che può essere necessaria la forza nel caso in cui

debba essere somministrato un trattamento essenziale ad un giovane paziente che non lo desidera, sebbene su domanda al tribunale gli ordini che autorizzano un minimo grado di forza o restrizione siano disposti con parsimonia e con molta attenzione (*Re S (a minor) (consent to medical treatment)* (1994); e *Re C (detention: medical treatment)* (1997).

Il Royal College of Nursing ha predisposto una guida sui problemi relativi al forzare i giovani a subire un trattamento (*Restraining, Holding Still and Containing Children: Guidance for Good Practice*, 1999).

Partecipare nel processo decisionario

Secondo l'opinione degli infermieri che assistono i pazienti adolescenti, la legge non sembra essere abbastanza sensibile nel principio del rispetto dell'autonomia. Comunque, l'importanza piuttosto limitata che avevano in passato gli adolescenti nell'influire sulle decisioni di trattamento, ha acquisito una nuova possibilità di crescita sotto la Convenzione Europea per i Diritti Umani. La sua enfasi sul significato della vita familiare (Art. 2), del processo imparziale (Art. 6) e della riservatezza familiare (Art. 8) sembra condurre ad una nuova ottica di rispetto per il punto di vista di una persona giovane e il diritto di partecipare nel processo di decisione.

Deve inoltre essere posta attenzione alla disposizione della Convenzione dei Diritti Umani e di Biomedicina nel 1997. Un supplemento alla Convenzione Europea dei Diritti Umani chiarisce:

"di adottare queste misure in quanto necessarie per salvaguardare la dignità umana e i diritti fondamentali e le libertà dell'individuo con riferimento all'applicazione alla biologia e alla medicina".

L'articolo 6(2) pone l'accento sul fatto che *"l'opinione del minore dovrebbe essere presa in considerazione come un fattore sempre più determinante in proporzione alla sua età e al suo grado di maturità"*. Una violazione di questo articolo, quando non possa essere applicato, potrebbe rinforzare le disposizioni della Convenzione Europea dei Diritti Umani.

Adulti in grado di prendere le proprie decisioni

Rifiuto del trattamento

Nei casi in cui vi siano adulti malati in situazione di criticità vitale, potrebbe essere difficile resistere alla tentazione di intervenire a nome loro, senza badare ai loro desideri. Ma anche condizioni che pongono a rischio per la vita non giustificano un trattamento non consensuale, come previsto dal paragrafo 3 del Codice NMC per la condotta professionale, e come anche la giurisprudenza chiarisce. Quando i pazienti rifiutano il trattamento è importante che gli infermieri raccolgano un riassunto delle discussioni e delle decisioni nella documentazione del paziente.

I tribunali hanno asserito ripetutamente i diritti dei pazienti di rifiutare procedure mediche in qualsiasi circostanza. Comunque, posti di fronte al rifiuto di un consenso rispetto a un trattamento salvavita, l'infermiere, assieme agli altri professionisti della salute, dovrebbe prendere in "considerazione molto attenta e dettagliata la capacità di decidere del paziente" (*Re T (adult: refusal of treatment) (1992)*). Più seria è la decisione, maggiore è la capacità necessaria per prenderla.

Una linea guida autorevole con cui ci si dovrebbe approcciare ai pazienti è stata predisposta dalla Corte d'Appello nel caso di *Re MB (medical treatment) (1997)*. Le équipes mediche dovrebbero partire dalla presunzione che i pazienti hanno la capacità di prendere le loro proprie decisioni, un principio adesso avallato dal *Mental Capacity Act* del 2005. I pazienti hanno titolo per fare scelte irrazionali o folli. La motivazione per reprimere la loro volontà si pone solamente quando c'è evidenza di un'incapacità mentale. Dolore, shock, medicazioni, affaticamento e farmaci possono indurre una temporanea perdita di competenza. Così potrebbe fare la paura, se distrugge la capacità di prendere decisioni.

Laddove vi sono buone ragioni per dubitare della capacità di un paziente, il percorso sicuro è di determinare un piano di trattamento che sia nei migliori interessi del paziente e invitare il tribunale a dichiararlo legale. Procedure a salvaguardia del paziente in un caso simile sono state intraprese in *Re MB*, ed è necessario attenersi con rigidità.

Conflitto materno-fetale

Quando una donna incinta volesse dare alla luce il proprio bambino vivo e in salute, la sua nascita sicura si configura normalmente nei suoi migliori interessi. Ma dove i desideri della madre competente escludono una nascita sicura allora, come nel caso *MB*, ci si deve tuttavia ugualmente attenere.

Adulti incapaci di prendere le proprie decisioni

Principi generali

Il punto di partenza è che gli adulti che perdono la capacità legale di prendere decisioni inerenti il trattamento, non possono dare un consenso valido agli interventi medici; né può nessun altro farlo al posto loro (*Re F (mental patient: sterilization) (1989)*). È comunque legale trattarli, a patto che il trattamento sia in accordo con gli standard professionali appropriati e sia nei migliori interessi del paziente implicato (*Re A (1999)*). Gli infermieri hanno un ruolo chiave nel processo della determinazione di ciò che è nei migliori interessi del paziente. È buona pratica consultare la famiglia del paziente, ma come dimostra il caso di *An NHS Trust v. A (2005)*, la parola finale spetta all'équipe sanitaria. I tribunali possono essere interrogati per dichiarare se un intervento proposto sia legale o meno. Una volta che è stato fatto un deferimento è compito del giudice, guidato da tutta l'evidenza, accertare quali siano i migliori interessi del paziente (*Re SL (adult patient: medical treatment) (2000)*).

La nuova legislazione estende ora la protezione offerta dalla legge alle persone incapaci di prendere le proprie decisioni. Il *Mental Capacity Act* del 2005 fornisce una checklist dei migliori interessi per le persone agenti in nome di altre e offre l'opportunità per gli adulti di nominare un procuratore che possa consentire o rifiutare un trattamento medico al posto loro. Il potere, particolarmente rilevante nei casi di grave malattia, di decidere sulla somministrazione, sospensione o mantenimento del trattamento salvavita non è conferito automaticamente dalla carica, deve essere espressamente conferito dal procuratore, che potrebbe dover fornire evidenza di esso.

Direttive Anticipate

I pazienti si preparano sempre di più per l'insorgenza della loro incapacità mentale preparando un set di istruzioni sul trattamento che vorrebbero fosse effettuato, o evitato, in una tale circostanza. Note come "direttive anticipate", tali istruzioni possono assumere varie forme spaziando da documenti firmati e autenticati, ad un desiderio espresso a voce. Le affermazioni che richiedono opzioni di trattamento specifico dovrebbero normalmente essere rispettate, ma non possono stravolgere giudizi professionali, come nella legge nessuno può dettare come debbano procedere le équipes di cura. Di contro, i casi come *Re C (adult: refusal of treatment) (1994)* e *Re AK (adult patient: medical treatment: consent) (2001)* confermano che le affermazioni che assumono la forma di un rifiuto anticipato del trattamento hanno pieno effetto legale, a patto che siano chiaramente articolate, con piena comprensione delle proprie implicazioni e si adattino alle circostanze che in seguito accadano.

Il *Mental Capacity Act* del 2005 aggiunge il requisito che le decisioni circa il trattamento salvavita debbano essere scritte, firmate e autenticate (sezione 25). Secondo l'Atto, l'evidenza di un cambiamento di idea da parte dei pazienti potrebbe invalidare la loro direttiva e potrebbe essere compito degli infermieri avvertire chi di dovere di un tale cambiamento.

Il caso di *Re T (adult: refusal of treatment) (1992)* dimostra alcuni dei problemi collegati con un rifiuto anticipato in caso di un'emergenza. T. era una giovane donna incinta portata in ospedale dopo un incidente stradale. Fu presa la decisione di far nascere il suo bambino mediante taglio cesareo e in questo contesto fu sollevata la questione di somministrare sangue. T., la cui madre era una fervente testimone di Geova, chiese se c'era un trattamento sostitutivo e le fu data risposta affermativa. Quindi T. firmò un modulo di rifiuto del consenso a trasfusioni ematiche. Il modulo non le fu letto o spiegato, né fu avvertita del rischio per la propria salute e per la propria vita che il suo rifiuto implicava.

In seguito al parto cesareo (il bambino nacque morto), la condizione di T. peggiorò e fu trasferita in terapia intensiva. Dopo essere andata in coma, suo padre e il suo ragazzo cercarono di ottenere una dichiarazione dal tribunale che

fosse legale che l'ospedale somministrasse sangue, nonostante il precedente rifiuto di T.

La Corte d'Appello sostenne chiaramente il diritto degli adulti a rifiutare un consiglio medico e un trattamento, se la loro decisione è pervenuta quando hanno la capacità di produrla.

I giudici valutarono la capacità di T. al momento in cui rifiutò la trasfusione. Essi asserirono che la sua capacità era stata minata dall'influenza di sua madre, dal dolore e dalla confusione in cui si trovava e dall'omissione di portarla a piena conoscenza delle potenziali gravi conseguenze della sua decisione. Alla luce di questa scoperta, la trasfusione ematica proposta fu dichiarata legale. La decisione mostra che ci si deve approcciare ai rifiuti anticipati con cautela e con attenzione alle circostanze in cui essi sono stati fatti, se queste sono conosciute.

Pazienti in stato vegetativo permanente o che vi sono vicini

Si ritiene che un paziente in stato vegetativo permanente (PVS) o prossimo a questa condizione non sia un malato in situazione di criticità vitale: il mantenimento della nutrizione e dell'idratazione può mantenere questi pazienti in vita per molti anni. Potrebbe, comunque, essere riconosciuto che la futilità della vita percepita nel PVS presenti dei dilemmi simili ad alcuni di quelli associati con la situazione di criticità. Inoltre, le emergenze che sorgono durante l'assistenza dei pazienti PVS sono spesso a rischio per la vita.

In *Airedale NHS Trust v. Bland (1993)*, la Camera dei Lord sostenne una dichiarazione secondo cui la proposta dei medici di sospendere cibo e acqua ai loro pazienti era legale. Nel giudizio dell'équipe medica (e della famiglia), mantenere in vita Anthony Bland era diventato inutile poiché non c'era speranza che avrebbe mai recuperato dal PVS accuratamente diagnosticato in cui si trovava. Il tribunale accettò che questo giudizio fosse parte del considerevole corpo di opinioni mediche condivise, e concordò che la continuazione di nutrizione artificiale e idratazione non rientrava nei migliori interessi del paziente. I giudici fecero richiesta che i temi morali, sociali e legali originati dal caso fossero riconsiderati dal Parlamen-

to e, come salvaguardia provvisoria per i pazienti, insistettero che il trattamento salvavita dovesse essere sospeso per gli adulti in PVS solo con il supporto di una sentenza del tribunale.

Dopo la decisione in *Bland*, la descrizione clinica nei casi di PVS ha ricevuto molta attenzione. Nel 1994 il Comitato della Camera dei Lord sull'Etica medica ha raccomandato di costituire un gruppo di lavoro per produrre linee guida sulla diagnosi e gestione del PVS. Una Commissione di Studio del *Royal College of Physicians* rispose allo stimolo nel 1996 con la pubblicazione di *The Permanent Vegetative State*, che fornisce linee guida successivamente avallate sia dalla *British Medical Association* che dal Procuratore Generale. Queste sono state sostituite da nuove linee guida pubblicate nel 2003.

Ciononostante, la diagnosi di PVS rimane difficile e, dal momento della decisione di *Bland*, i tribunali si sono sforzati di adattare gli aspetti clinici dei casi alla struttura delle linee guida. In *Frenchay NHS Trust v. S (1994)* la Corte d'Appello ha ascoltato argomentazioni che mettevano in discussione le diagnosi di PVS di un paziente maschio 24enne, con una lesione cerebrale acuta e gravissima in seguito a overdose. Gli infermieri delle équipe di cura erano convinti che S. apparisse sofferente e i rapporti medici riportavano i sintomi come un comportamento volontario e spontaneo. I tentativi di riabilitazione durarono 2 anni, cosa che mise in discussione la sicurezza con cui era stato diagnosticato il PVS in un primo tempo.

Sebbene non ci fossero dubbi tra i giudici che la decisione di consentire a S. di morire coincidesse con i suoi migliori interessi, è chiaro da questo caso che le linee guida del PVS non sempre necessitano una stretta aderenza. Vale la pena notare che il ricorso al tribunale fu innescato dal dislocamento del sondino per la nutrizione di S., una tipica emergenza minacciosa per la vita in un contesto di PVS.

È ora chiaro che il rifiuto del trattamento ai pazienti PVS non infrange l'Art. 2 della Convenzione Europea dei Diritti Umani, che protegge il diritto alla vita delle persone.

Nel caso di *NHS Trust A v. M (2000)* and *NHS Trust B v. H (2000)* la Corte Suprema stabilì che il trattamento potes-

se cessare laddove, come nei casi di PVS, non vi sia un obbligo positivo a prolungare la vita. Il tribunale pubblicò sentenze che affermarono che la nutrizione artificiale e l'idratazione potevano essere sospese legalmente da due pazienti donne in PVS.

Casi limite

Laddove vi è evidenza di una reale possibilità che continui una vita significativa per il paziente, la cessazione del trattamento (che in accordo a *Bland*, include la nutrizione artificiale e l'idratazione) sarebbe ovviamente più difficile da giustificare rispetto ai casi di PVS. Le équipe di cura e i tribunali dovrebbero equilibrare i fattori simili a quelli di cui si è fatta descrizione nei casi attuali di bambini.

Rianimazione d'emergenza

Quando le emergenze che si verificano durante il trattamento di pazienti in situazione di criticità vitale sollevano la questione se si debba tentare la rianimazione, le decisioni dovrebbero essere guidate dal consiglio argomentato nell'affermazione condivisa del *Royal College of Nursing*, il *Resuscitation Council (UK)* e la *British Medical Association* così come prevede la guida del GMC. La presunzione è che la rianimazione cardio-polmonare debba essere tentata a meno che il paziente si sia espresso per un rifiuto. La presa di decisioni anticipate dell'équipe sanitaria che dovrebbe non rianimare può, comunque, essere giustificata facendo riferimento alla previsione di risultato positivo della rianimazione e ai desideri accertati del paziente e della sua famiglia.

Tali decisioni "di non rianimare" devono comprendere la consultazione con l'équipe infermieristica del paziente, anche se la responsabilità della decisione rimane dello specialista in servizio. Le decisioni dovrebbero essere registrate nella documentazione infermieristica così come nelle annotazioni mediche. Se viene seguita questa condotta professionale, il dovere legale di cura del paziente verrà giustificato. Un aspetto fondamentale di questo dovere è di mantenere i pazienti in vita ma solo finché ciò aderisce ai loro migliori interessi (*The Queen on application of Burke v. The general Medical Council (2005)*)

Conclusion

I problemi legali comunemente associati con le cure sanitarie, tendono a presentarsi in modo acuto particolarmente durante la gestione di una situazione di criticità vitale. L'accertamento della capacità del paziente di prendere decisioni inerenti il trattamento e i propri migliori interessi diventa più difficile del solito. È stata sottolineata la necessità di limiti al dovere di mantenere la vita e dell'intervento del tribunale solo nei punti chiave di incertezza. Come discusso, la risposta della legge è stata di incrementare la struttura di base dei principi all'interno dei quali ci si aspetta che gli infermieri operino.

L'attenzione agli sviluppi legali e una solida comprensione dei requisiti legali sono diventati componenti vitali dell'approccio professionale nell'assistenza infermieristica a pazienti in situazione di criticità vitale.

Bibliografia

- Adoption and Children Act 2002, section 111
- BRITISH MEDICAL ASSOCIATION, RESUSCITATION COUNCIL (UK), ROYAL COLLEGE OF NURSING *Decision Relating to Cardio-pulmonary Resuscitation: A Joint statement*. London, BMA, 2001
- Children Act 1989, section 3(5)
- FOSTER, C. BURKE: *a tale of unhappy endings*. *Journal of Personal Injury Law*. 4-2005, pp 293-303.
- GENERAL MEDICAL COUNCIL. *Withholding and Withdrawing Life-prolonging Treatments: Good Practice in Decision-making*. London, GMC, 2002
- Mental Capacity Act 2005, section 9
- NURSING AND MIDWIFERY COUNCIL. *The NMC Code of Professional Conduct: Standards for Conduct, Performance and Ethics*. London: Nursing and Midwifery Council. 2004 Para. 8.3
- RE C (*detention: medical treatment*) [1997] 2 FLR 180.
- R V Central Birmingham Health Authority. Ex parte Walker [1987] BMLR 32.
- RE J (*Specific Issue Orders: Child's Religious Upbringing and Circumcision*) [2000] n1 FLR 571 at 577 (d)
- RE S (*a minor*) (*consent to medical treatment*) [1994] 2 FLR 1065
- ROYAL COLLEGE OF NURSING. *Restraining, Holding still and containing children: Guidance for good practice*. London 1999: Royal College of Nursing.
- ROYAL COLLEGE OF PAEDIATRICS AND CHILD HEALTH. *Withholding or Withdrawing Life-Saving Treatment in Children: A Framework for Practice*. London 2004:

Royal College of Paediatrics and Child Health

- ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS. *The vegetative state: Guidance on diagnosis and management*. London 1996: Royal College of Physicians.
- W v United Kingdom, July 8, 1987. Series A, No 121; 10 EHRR 29.

Abstract

Caring for the patient whose life hangs in the balance or whose prognosis is very uncertain can test the limits of the principles of consent and negligence, and the impact of the Human Rights Act 1998, which incorporated the European Convention for the protection of Human Rights and Fundamental Freedoms in English Law. The stress for all involved in dealing with grave illness can provoke conflicts that highlight the need for careful adherence to court rulings, legislation and the guidance emanating from government departments, the Royal Colleges and professional bodies in the sphere of nursing. This discussion examines the legal and ethical dilemmas inherent in caring for the critically ill patient. To reflect the law's own approach to discussion in critical illness cases, patients will in this discussion be divided into the following broad categories:

- i. babies and young children
- ii. teenagers and adults able to make their own decisions, and
- iii. adults unable to make their own decisions.

The legal rules relating to each category will be examined separately, but some general points can be made at the outset. Nurses treating critically ill patients should be clear about the criminal implications of knowingly causing their death. Providing pain relief with drugs that, as a side effect, may shorten life, can be acceptable, but acts aimed primarily at hastening death are forbidden. Withdrawing treatment, in the knowledge that death will result can be legitimate. English law has traditionally extended a large measure of professional freedom to doctors. The courts have felt unable to dictate to doctors and have refused to let patients to do so. Coercive remedies against doctors have simply not been made available, on the grounds that doctors should not have to choose between their professional, clinical judgement and a court order. The process of law has shown there are limits over the allocation of health care resources. While courts are allowed to vet how decisions are made, they must confine themselves to procedural points and ignore the benefits that patients might derive from receiving

the resources they request. The case law has shown no exception is made for the critically ill patient whose survival depends upon treatment being funded. Legal problems commonly associated with the delivery of health care tend to present themselves in acute during the management of critical illness. Assessing the patient's capacity to make treatment decisions and his or her best interests becomes more difficult than usual. The need for limits to the duty to maintain life and for court intervention at key points of uncertainty are highlighted. The law's response typically has been to augment the basic framework of principles within which nurses are expected to work. Attention to legal developments and a sound understanding of legal requirements have become vital components of a professional approach to nursing critically ill patients.

Key words: Children, Ethical conflicts, Legislation.

Dawn Knight, Isabel Thruston, Unità di Terapia Intensiva Pediatrica, Evelina Childrens' Hospital, Guy's and St Thomas NHS Foundation Trust, London, UK,

Approccio multidisciplinare alla sospensione dei trattamenti vitali



Riassunto

La morte di un bambino in terapia intensiva pediatrica è spesso preceduta dalla decisione di sospendere o interrompere i trattamenti di sostegno vitale e tale decisione deve essere assunta tenendo conto della legge comune e delle questioni etiche. L'assistenza ad un bambino morente deve essere definita entro i limiti del diritto vigente in Inghilterra, con l'obiettivo fondamentale di perseguire il migliore interesse del bambino.

Il presente articolo ha lo scopo di descrivere in primo luogo gli aspetti fondamentali concernenti il diritto inglese ed il quadro di riferimento scritto dal Royal College of Paediatrics and Child Health (Royal College, 2004); in secondo luogo, di descrivere come il nostro team PICU gestisce quotidianamente la sospensione dei trattamenti vitali mostrando come nelle decisioni vengano presi in considerazione il bambino stesso, la famiglia e il personale coinvolto. La filosofia a cui si ispira il modello è l'importanza dell'assistenza centrata sulla famiglia e pone attenzione agli aspetti fisici, psico-spirituali, sociali e del contesto.

Parole chiave: PICU, Bambino morente, Sospensione trattamenti vitali pediatrici

Introduzione (Dawn Knight)

La morte di un bambino in terapia intensiva pediatrica è spesso preceduta dalla decisione di sospendere o revocare i trattamenti di sostegno vitale e tale decisione deve essere assunta tenendo conto della legge comune e delle questioni etiche. L'assistenza ad un bambino morente deve essere elaborata nei limiti del diritto vigente in Inghilterra, con l'obiettivo fondamentale di perseguire il migliore interesse del bambino. Ad esempio, è legale e può essere opportunamente gestita la somministrazione di farmaci al fine di alleviare il dolore e l'angoscia mentre, la somministrazione di trattamenti con il principale intento di provocare la morte non è legale e tanto meno appropriata. L'eutanasia è illegale in Inghilterra. Curare bambini in fin di vita spesso implica dilemmi etici e decisioni difficili per la definizione dei benefici e delle conseguenze delle azioni. Le considerazioni di carattere etico includono i principi d'autonomia, di beneficenza, di non maleficenza, di giustizia e, molto altro ancora. Quando i trattamenti vengono sospesi non è sempre possibile prevederne i risultati, pertanto l'obiettivo di cura di solito viene spostato dalle cure intensive verso le cure palliative, dove il comfort e il supporto sono le priorità da perseguire. Nella cura di fine

vita è necessario considerare tutti gli attori coinvolti: i bambini, i genitori, la famiglia ed il personale. La nostra unità operativa ha sviluppato ed implementato un quadro di riferimento per soddisfare le esigenze di tutte le figure coinvolte. Il quadro è utilizzato come base per singoli piani di cura, con il contributo, dove possibile, dei bambini, dei familiari e del team multidisciplinare. La filosofia alla base del nostro quadro di riferimento è l'importanza della cura famiglia-centrica associato ad aspetti fisici, psico-spirituali, sociali ed ambientali.

Il contesto normativo

Per poter parlare di sospensione dei trattamenti vitali, è bene analizzare (ad un livello di minima, consci che tutti i Paesi hanno i loro sistemi giuridici) gli aspetti concernenti il diritto inglese ed il quadro di riferimento scritto dal *Royal College of Paediatrics and Child Health* (Royal College, 2004).

In Inghilterra esistono 2 sistemi giuridici. Uno di diritto penale, in cui le azioni sono intraprese dallo Stato nei confronti di un individuo per un reato commesso nell'ambito del diritto penale, al fine di imporre una punizione, come la reclusione o una multa. Esempi di reati includono: l'omicidio, il furto e, rilevanti con il nostro argomento, i casi in cui una persona aiuta il suicidio di un altro o tenta il suicidio. Ai sensi della legge

COMUNICAZIONE

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

traduzione a cura di:
Iliaria Cossu ed Elio Drigo

del 1961 sul suicidio, questo ed il tentativo di suicidio non sono più considerati reati, ma lo è aiutare un altro a suicidarsi.

L'altro sistema è di diritto civile, in cui le azioni sono intraprese da civili nei confronti di altri civili, al fine di un risarcimento danni. Un esempio pertinente sono le azioni legali intraprese dai genitori nei confronti dei medici delle PICU per negligenza nelle cure prestate al proprio figlio, che hanno causato danni al bambino. L'azione, avrà successo se, su un equilibrio delle probabilità, il medico non ha applicato lo "standard delle conoscenze di base del normale esperto che esercita e dichiara di possedere quelle speciali abilità che identificano il medico di PICU". Questo è noto come il Test di Bolam, derivato dal caso Bolam versus Barnett Friern HMC 1957. Il suo effetto è che ogni operatore sanitario deve cercare di fornire assistenza in linea con la prassi accettata come corretta da un organo garante di persone qualificate nella specifica professione; in caso contrario saranno esposti a denunce di negligenza. In pratica, un medico di PICU deve seguire la pratica accettata in quel momento da un organismo garante dei medici di PICU, mentre un infermiere di PICU deve seguire la pratica accettata in quel momento da un organismo garante degli infermieri di PICU.

In sostanza, per evitare accuse di negligenza la decisione di sospendere un trattamento vitale deve aderire alle indicazioni del Bolam Test (Royal College, 2004). L'organismo responsabile del parere professionale dovrebbe essere dell'idea che non è nel miglior interesse del bambino continuare il trattamento per motivi logici e preventivamente analizzati. Il Royal College è un organo garante di professionisti che ha contribuito notevolmente con il suo "quadro di riferimento per la pratica" (Royal College, 2004). Si tratta di un quadro di riferimento, conforme al diritto vigente, per orientarsi attraverso i difficili problemi etici che sorgono al momento in cui si decide che il percorso più umano sono le cure palliative, piuttosto che la continuazione dei trattamenti di sostegno vitale. In effetti, i professionisti che seguono questo quadro non dovrebbero essere accusati di negligenza nelle cure e tanto meno essere ritenuti responsabili di aver commesso un reato riguardo a qualsiasi decisione di interruzione dei

trattamenti. Vale la pena leggere interamente questo quadro di riferimento per la pratica, che può essere scaricato dal Royal College dal sito web (www.rcpch.ac.uk).

Il quadro di riferimento tenta solamente di guidare la gestione dei singoli casi, con l'obiettivo fondamentale di considerare e perseguire l'interesse superiore del minore. Non si tratta di una formula prescrittiva da applicare rigidamente in tutti i casi. Esso riconosce a tutti i membri del team di assistenza, in collaborazione con i genitori, il dovere di agire in qualsiasi momento nel migliore interesse del bambino. Riconosce inoltre che ci sono delle circostanze in cui, i trattamenti che si limitino ad essere solamente dei sostegni vitali, non sono nell'interesse superiore del minore in quanto non ripristinano la salute o producono altro vantaggio. Nel complesso il quadro stabilisce 5 situazioni in cui può essere etico e legale prendere in considerazione il ritiro dei trattamenti di sostegno vitale.

Esse sono:

1. **La "morte cerebrale" del bambino**, che è determinata nel solito modo da 2 medici. (i medici PICU in Inghilterra devono rispettare una serie ben definita di test).
2. **Lo "stato vegetativo permanente"** in cui il bambino è dipendente dagli altri per tutte le cure e, non reagisce e non si relaziona con il mondo esterno.
3. **La situazione "senza possibilità"** quando il bambino ha patologie talmente gravi che i trattamenti di sostegno vitale semplicemente posticipano la morte, senza alleviare significativamente le sofferenze. Prolungare inutilmente il trattamento, in questi casi è futile e non nell'interesse migliore del bambino, così che non vi è alcun obbligo giuridico da parte di un medico di garantirlo. In realtà continuare tali inutili trattamenti possono costituire "trattamento inumano e degradante" ai sensi dell'articolo 3 della Convenzione Europea sui Diritti Umani.
4. **La situazione "senza scopo"** nonostante il bambino possa essere in grado di sopravvivere con il trattamento, il grado di menomazione fisica o mentale generato sarà tanto grave che è irragionevole aspettarsi che lo sopporti.

5. La situazione "insostenibile"

Quando il bambino e la famiglia sentono che di fronte all'irreversibile progressione della malattia, qualsiasi ulteriore trattamento non è utile, tanto da desiderare la sospensione dei trattamenti, a prescindere dal parere del medico che questi possano generare qualche beneficio.

Decidere che una situazione rientra in una di queste 5 categorie, non deve mai essere presa in modo affrettato e deve essere presa dal team attraverso tutte le evidenze disponibili. Inoltre tutte le cause reversibili per la condizione del bambino, come gli effetti dei farmaci, devono essere stati esclusi. Quindi, in situazioni di emergenza, se non è ancora stata presa una chiara decisione di sospensione dei trattamenti, devono essere intraprese le manovre rianimatorie. Nel prendere qualsiasi decisione di sospensione dei trattamenti, tutto il team assistenziale deve sentirsi parte del processo; i punti di vista di ciascuno devono essere ascoltati con la riserva di avere valore nella decisione finale. Inoltre, la decisione dovrebbe essere presa con il bambino ed i genitori sulla base di conoscenza e fiducia. Solo così idealmente, ci sarà una decisione univoca. In ultima analisi, tuttavia, la decisione finale deve essere presa dal consulente incaricato del caso. Nel caso ci siano disaccordi che non possono essere risolti con la discussione del caso, si dovrebbe consultare un giudice.

Infine, il quadro di riferimento stabilisce 3 principi fondamentali:

1. **Dovere di cura e partnership d'assistenza.** Decidere di interrompere la cura non significa non curare, ma il cambiamento dell'orientamento verso le cure palliative. Vi è un assoluto dovere di comfort e cura del bambino, di prevenzione del dolore e della sofferenza. Ciò richiede anche il rispetto delle opinioni e dei desideri dei bambini, in relazione al loro grado di conoscenza, comprensione ed esperienza.
2. **Obbligo giuridico.** L'eutanasia volontaria, che è l'uccisione di una persona con il consenso della persona stessa, è illegittima e non approvata dal Royal College. Qualsiasi trattamento pianificato con il principale intento di provocare la morte è illegale. Al contrario, somministrare medicinali per

alleviare la sofferenza, che possono avere come effetto collaterale l'anticipazione della morte, è lecito e può essere opportuno.

3. Rispetto per i diritti dei bambini. I principi fondamentali enunciati nella Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo del 1989, ratificata dalla Gran Bretagna, dovrebbero essere rispettati. Ad esempio, l'articolo 12 stabilisce che il peso dato alle opinioni del bambino deve essere conforme con l'età e la maturità del bambino.

Il quadro di riferimento effettivamente indica anche molto altro, ma quelli sopra esposti sono, fondamentalmente, i punti chiave relativi alla questione trattata.

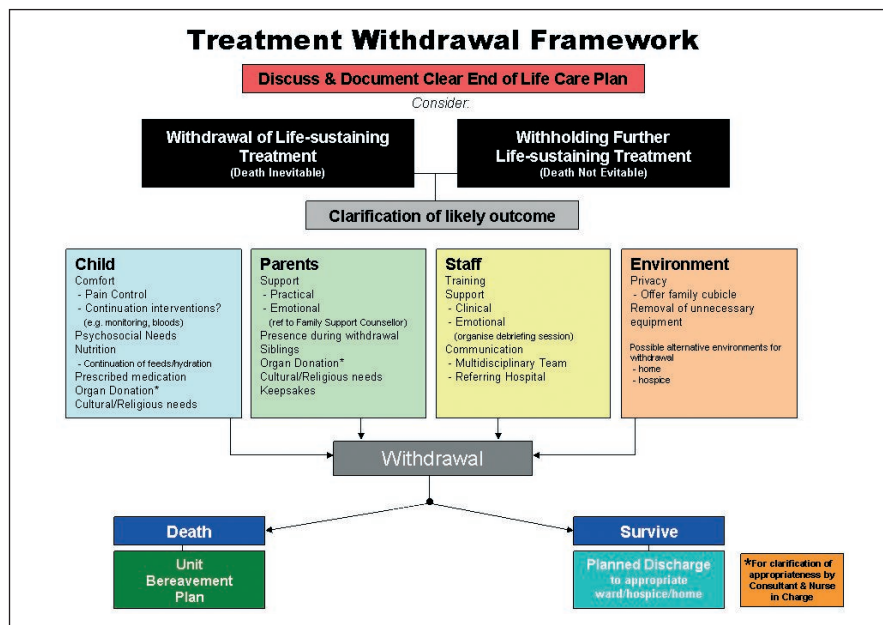
La pratica quotidiana (Isabel Thruston)

Per sospensione del trattamento si può intendere la decisione di continuare il trattamento corrente ma di non necessariamente accelerare la morte. Un esempio può essere un ordine di DNR (non rianimare) quando, nel caso di arresto cardio/polmonare, non s'interviene con le manovre rianimatorie. Un altro esempio può essere la "one way extubation", quando un bambino non verrebbe reintubato nel caso in cui non sia in grado di mantenere autonomamente pervie le vie respiratorie e la respirazione.

Per cessazione del trattamento invece s'intende la cessazione dell'applicazione delle tecniche di terapia intensiva, come la ventilazione meccanica, l'emodialisi, la somministrazione di inotropi o l'ECMO (ossigenazione extra corporea). L'enfasi si sposta dalle cure intensive verso le cure palliative, dove il comfort e il supporto sono le priorità ed è necessario il rispetto per il bambino, i genitori e la famiglia ed il personale coinvolto.

Nella nostra unità, riconoscendo la necessità di migliorare l'assistenza di "fine vita" che forniamo ai nostri pazienti, abbiamo sviluppato e attuato un quadro di riferimento per soddisfare le esigenze di tutti gli interessati.

Il quadro è utilizzato come base per i singoli piani di cura, con il contributo del bambino (dove possibile), della famiglia e del team multidisciplinare. La letteratura pubblicata in merito è divisa



su molte questioni di buona pratica e per questo motivo, il quadro non può fornire nessuna indicazione assoluta, ma solo servire come promemoria.

I Bambini

I bambini devono essere trattati con dignità e le loro scelte devono essere ascoltate e rispettate. Ad esempio, alcuni bambini rifiutano un trapianto, e molti chiedono di non essere intubati. Miriamo a valutare i bisogni psicologici, spirituali e culturali dei bambini. Ad esempio, qual è la loro religione? Qual è il loro parere sulla donazione di organi? Sintomi psicologici e dolore sono difficili da valutare così ascoltiamo i genitori che sono gli esperti dei bisogni psicologici dei propri bambini. Esistono molte potenziali cause di dolore e angoscia. Sono perciò evitati interventi inutili, come ad esempio gli esami del sangue eseguiti di routine. Le cure infermieristiche, come l'igiene, la rilevazione della pressione, la cura della bocca e degli occhi, sono particolarmente importanti in questa fase. Comuniciamo sempre con il bambino, anche se è apparentemente incosciente.

L'uso ottimale di farmaci analgesici per alleviare il dolore, il disagio e l'angoscia, (e non per provocare o accelerare la morte) è opportuno e legale. La morfina è di solito l'oppiaceo di scelta e non ha alcun limite di dose; nel caso, esso è

determinato da effetti indesiderati, come la depressione respiratoria. Benzodiazepine a breve azione riducono l'ansia e inducono amnesia. Interventi non farmacologici, come massaggi, immaginari guidati, musica e terapia distrattive possono essere utilizzati in associazione ad adeguati trattamenti farmacologici. Spesso sono interrotte cure mediche come l'antibiotico terapia, ma può essere opportuno continuare con altri farmaci come anti-convulsivanti. Casi di sospensione della nutrizione e dell'idratazione si verificano solo in poche unità per adulti e sono fonte di stress in particolare per gli infermieri, che percepiscono questa decisione come una sospensione del comfort minimale, della cura e dignità, anche se si è visto che i malati in fase terminale percepiscono pochissimo o addirittura nessun fastidio dalla sospensione della nutrizione e dell'idratazione.

I genitori e la famiglia

È fondamentale il coinvolgimento dei genitori nelle decisioni relative alle cure di fine vita; ad essi il team multidisciplinare deve dare un sostegno pratico ed emozionale. Devono essere valutati i bisogni spirituali e culturali delle famiglie e quando possibile, devono essere adottate tutte le strategie per soddisfarli. Ad esempio, si potrebbe battezzare un bambino all'interno nell'unità operativa.

I genitori traggono un certo conforto dal fatto di poter stare con il loro bambino,



dall'essere coinvolti nella loro cura e dal tenerli in braccio. Ad esempio noi utilizziamo i letti a misura degli adulti così i genitori possono coricarsi con il proprio neonato o bambino.

Una comunicazione aperta, onesta e precisa è essenziale per garantire ai genitori una buona comprensione della situazione ed avere così delle aspettative realistiche. Non è possibile prevedere l'esito per i bambini a cui si è interrotto il trattamento di supporto vitale; la sopravvivenza può variare da alcuni minuti, a giorni, ad anni.

In certe situazioni può essere necessario un traduttore.

Alcune famiglie ricevono conforto all'idea di donare gli organi, vedendo nella donazione un aspetto positivo della loro perdita.

Ai genitori sono offerti ricordi come ciocche di capelli e le tracce delle orme dei piedini, e vengono offerti dei diari su cui scrivere e macchine fotografiche disponibile per fare delle foto, se lo desiderano. Ai genitori piace scegliere come vestire il proprio bambino ed aiutarci a lavarlo e vestirlo.



I fratelli ed i nonni che vivono il lutto hanno bisogno di conforto e sostegno.

Nella figura presentiamo alcuni libri scritti per aiutare i bambini ad elaborare il processo del lutto. Il nostro terapeuta

del gioco è formato per lavorare con i fratelli e le sorelle che vivono la perdita. Il sostegno emotivo è fornito da tutto il team multi-disciplinare, che è formato dal personale infermieristico e medico, l'infermiere consulente, il cappellano, lo psicologo clinico, dal team ospedaliero per il lutto e il consulente familiare. Il sostegno emotivo continua nei mesi successivi all'evento. L'ospedale fornisce anche aiuto concreto per la registrazione della morte, per l'organizzazione del funerale e del servizio alla memoria. Sono disponibili gruppi di sostegno per le famiglie.



Il Personale

Gli infermieri, a causa del loro livello di coinvolgimento, possono trovare in queste situazioni una fonte di profonda tristezza e loro stessi possono aver bisogno di sostegno. Al nostro staff viene offerto sostegno clinico da parte di colleghi e sostegno emotivo in sessioni di *de-briefing* e *counselling*. Il personale delle PICU non sempre ha le competenze specialistiche necessarie per fornire cure palliative ai pazienti, così viene incoraggiato a partecipare a giornate studio e sessioni di formazione.

Sul sito intranet dell'ospedale sono disponibili le linee guida per l'assistenza nel lutto.

L'ambiente

Nell'ospedale è creata una stanza tranquilla in cui ogni attrezzatura e monitoraggio inutili vengono tolti. La stanza è resa confortevole con luci soffuse, musica a scelta della famiglia, un telefono per uso personale ed un arredamento appropriato. Possiamo anche accompagnare il bambino e la famiglia per fare una passeggiata nel parco o lungo il corso del fiume. È importante che alla

famiglia non sia posta fretta e possa stare con il proprio bambino per tutto il tempo che desiderano. La famiglia può visitare il bambino in ospedale anche nei giorni successivi alla morte e qualcuno di noi li accompagna. Alcuni genitori possono desiderare di far morire i propri figli in un hospice o in casa, o portare il loro bambino a casa dopo la morte, per un certo periodo di tempo. In alcuni casi tutto ciò può essere organizzato con il supporto del medico di famiglia, del team di comunità e del direttore dei funerali.

Il quadro di riferimento è stato progettato in modo tale da essere sufficientemente attento a consentire personalizzazioni per i pazienti e le loro famiglie. Esso contribuisce a far sì che esse ricevano con continuità cure individualizzate di standard molto elevato centrate sulla famiglia stessa.

Bibliografia

- BOLAM V FRIERN, Barnet Hospital Management Committee 1957 2 All ER 118
- DIMOND B. *Legal Aspects of Nursing*. 5th Ed. Prentice Hall, London 2008
- ROYAL COLLEGE OF PAEDIATRICS AND CHILD HEALTH (RCPCH). *Withholding or withdrawing life saving treatment in children. A framework for practice*. RCPCH, London, 1997

Abstract

The death of a child in Paediatric Intensive Care is often preceded by the decision to withhold or withdraw life-sustaining treatment and such a decision must take into account common law and ethical issues. Care of the dying child must be framed within the relevant current law in England and the fundamental aim is to serve the best interests of the child.

The present article has the purpose to describe the relevant aspects of English law and a framework written by the Royal College of Paediatrics and Child Health ('Royal College', 2004), then describe our PICU team deals with the bedside practicalities of withdrawing treatment. Consideration for the child, the parents and family, and the staff involved, is needed in end of life care. The philosophy within the framework is the importance of family centred care and addresses physical, psycho-spiritual, social and environmental aspects.

Key words: PICU, Dying child, Paediatric withdrawing treatment

Pio Lattarullo, Dott., DAI, Docente a contratto di Deontologia Professionale – Università degli Studi “A. Avogadro”- Piemonte Orientale

Francesco Germini, Dott., DAI, Docente a contratto di Discipline Infermieristiche

Maria Carmela Bruni, Dott., DAI, Docente a contratto di “Bioetica” - Università degli Studi di Bari

Sul corpo di Eluana

Il concetto di “morte naturale” appare bizzarro e inadatto a comparire sui certificati di morte
Daniel Callahan, *La medicina impossibile*



Riassunto

La coscienza è un’esperienza soggettiva, ma è necessario definirla in termini di evidenza empirica. La neuroscienza oggi si è sviluppata in modo da permettere un processo di diagnosi e valutazione corretta delle situazioni caratterizzate da disturbi di coscienza, come lo stato vegetativo persistente.

Nonostante le forti polemiche che seguirono alla sospensione della ventilazione assistita a Piergiorgio Welby, il caso che ha profondamente dilaniato le coscienze e creato ancor più evidente la frattura tra laici e cattolici è quello di Eluana Englaro.

Cosa cambierà per tutti noi? Chi deve prendere le decisioni ultime? Il testamento biologico può risolvere alcune situazioni? Purtroppo, la comunità infermieristica non è rappresentativa all’interno del Parlamento: come può esprimere il proprio parere in merito a questi argomenti?

La scelta di accompagnare Eluana nel suo ultimo viaggio, è tipica di una professione che ha deciso di fare dell’advocacy uno dei suoi cavalli di battaglia. Soltanto così un Infermiere potrà ritenersi professionista a tutti gli effetti, capace di esprimere intelletto e scelte.

I tempi sono maturi perché la professione infermieristica, al di là della dichiarazione d’intenti espressa per il tramite del Codice Deontologico, indaghi sul sentire dei propri componenti e ne sintetizzi il parere.

Sarebbe auspicabile che, dopo il dovuto silenzio per Eluana, oggi la professione infermieristica spenda qualche parola in più, per dare vita e reale consistenza al testamento biologico.

Parole chiave: Testamento biologico, Stato vegetativo persistente, Etica professionale.

Se era giusto un doveroso silenzio durante lo svolgersi degli avvenimenti che riguardavano Eluana Englaro, ora il silenzio deve cessare per diventare discussione e decisione consapevole in questa società che non vuol più esser lasciata fuori dalla scelta sul mantenimento e recupero della salute o sull’accompagnamento alla morte. Se in passato si era sotto il dominio della natura, oggi non si vuol cadere sotto il dominio della tecnica, che sebbene sia benefica nel curare, guarire o alleviare la sofferenza, non può divenire una tecnica onnipotente tanto da caderne succubi e che spaventa.

Gli infermieri si sono espressi chiaramente nel nuovo Codice Deontologico rispetto la tutela della volontà dell’assistito. Interferire nell’esercizio della capacità di compiere scelte autonome proprio perché consapevoli, grazie alle quali le persone danno senso alla propria vita, sarebbe una forma non tollerabile di quel paternalismo che da sempre rigettiamo come professionisti.

Ma sicuramente c’è bisogno di far sentire la voce professionale, non per urlare con chi cerca consenso, ma per sostenere la necessità per tutti, di tenere sempre la persona come punto di riferimento. Abbiamo una voce ancora troppo flebile in queste discussioni, dobbiamo incentivarla la conoscenza e la riflessione per un apporto qualificante e responsabile in un mondo sanitario in cui la condivisione etica non sia privilegio (ma anche fardello) solo di alcuni. (N.d.D.)

Persona e stato vegetativo persistente

Una riflessione da fare circa il soggetto in stato vegetativo è correlata all’interpretazione dei termini utilizzati, come persona, soggetto, creatura umana, ecc...; questi vengono utilizzati molto spesso come sinonimi, ma è necessario specificare che il corpo è “portatore” della personalità e la sua modalità di comunicazione è di una importanza cruciale (Körtner UH., 2008). La condizione vegetativa porta a

degli atteggiamenti che potrebbero essere considerati come tentativi non verbali di comunicazione e quindi fortemente soggetti ad interpretazione: è la persona che tenta di esprimere la sua coscienza, o sono meri segnali corporali, espressione solo di una funzione biologica “svuotata” della “persona” che animava quel corpo? Altri autori evidenziano come la possibilità che, come i meccanismi della fame e della sete restano ancora presenti nei soggetti in stato vegetativo, anche attività emotive, sentimenti e sensazioni possano ancora persistere (anche senza evidenza scien-

EDITORIALE

pervenuto il 11/04/2009
approvato il 18/05/2009

tifica di ciò) e quindi la sospensione del trattamento di alimentazione e idratazione potrebbe essere inquadrata come violazione del principio di non maleficenza, infliggendo quindi una pratica "cruel" al paziente che, se in possesso di sensazioni, vivrebbe questo suo processo del morire in uno stato di angoscia atroce. In questo caso, una saggia riflessione circa l'opportunità di una somministrazione farmacologica che riduca o annulli questa angoscia e quindi la valutazione circa l'opportunità di un rapido trattamento eutanasi (Panksepp et al., 2007). Altro aspetto considerato è quello del dolore: i soggetti, in stato vegetativo potrebbero provare dolore? Ricerche effettuate in questo campo hanno evidenziato come il cervello di questi soggetti elaborerebbe il dolore solo a livello primario, a livello di ricezione biochimica, senza quindi raggiungere la soglia della consapevolezza; nei soggetti in uno stato minimamente consapevole, invece, il tessuto cerebrale corticale è sufficientemente integro per elaborare l'informazione dolorosa, quindi sono in grado di provare consapevolmente dolore. Queste evidenze ci permettono di affermare che il soggetto in stato vegetativo persistente non provi dolore, anche se è comunque raccomandata l'applicazione di metodi e tecniche volte alla valutazione del dolore nei soggetti con deficit di coscienza (Schnakers e Zasler, 2007).

La coscienza è un'esperienza soggettiva, su cui la filosofia per millenni ha elaborato concetti e paradigmi, ma si rende più che mai necessario definirla in termini di evidenza empirica; i casi relativi alla morte di Terry Schiavo e del recupero miracoloso di Terry Wallis dimostrano come la comprensione di certe situazioni è molto problematica. La neuroscienza oggi si è sviluppata a tal punto da poter permettere un processo di diagnosi e valutazione corretto delle situazioni caratterizzate da disturbi di coscienza, come lo stato vegetativo persistente, al momento solo analizzate da un punto di vista descrittivo (Fins, 2008). Sperimentazioni in questo campo produrrebbero evidenze oggettive circa il reale stato funzionale del cervello colpito da questa grave patologia. Nuove tecniche di neurostimolazione potrebbero essere utilizzate per portare questi soggetti ad uno stato minimamente consapevole, tramite stimolazione elettrica del talamo centrale, ma è

importante capire se questo miglioramento da un punto di vista neurologico si traduce in un beneficio per il paziente, in un miglioramento della qualità di vita, in modo da giustificare eticamente la scelta di trattare un cervello danneggiato e non cadere così nell'accanimento terapeutico (Glannon, 2008).

Vari studi hanno dimostrato come, nonostante il metabolismo cerebrale presente suggerisse un certo livello di plasticità cerebrale ancora presente, non si è presentata alcuna attività statisticamente significa di recupero della coscienza e dell'autonomia. (Rousseau et al., 2008)

Sul corpo di eluana

Indubbiamente, nonostante le forti polemiche che seguirono alla sospensione della ventilazione assistita a Piergiorgio Welby, il caso che ha profondamente dilaniato le coscienze e creato ancor più evidente la frattura tra laici e cattolici è quello di Eluana Englaro che, in seguito ad incidente stradale nel 1992 e alle pratiche rianimatorie entra nel tunnel dello stato vegetativo e sconvolge la vita dei suoi genitori, "inferno", iniziato da quell'incidente. Ora che Eluana non c'è più, a distanza di sedici anni dall'incidente, in ottemperanza alla Sentenza della Corte di Appello di Milano, del 08.10.2008, che ha disposto la sospensione dell'idratazione ed alimentazione tramite sondino nasogastrico, viene spontaneo chiedersi cosa cambierà per tutti noi? Il professionista sanitario infermiere (Federazione IPASVI, 2009), l'individuo, la comunità sono chiamati ad esprimere un giudizio sulla liceità di un'azione o di un'omissione, quale può essere la rimozione del sondino-naso gastrico e quindi la omissione di alimentare una persona in stato vegetativo persistente, giudizio in grado di fornire le ragioni, di giustificare razionalmente la valutazione morale. Si tratta di stabilire se un'azione od un'omissione siano buone o cattive, da farsi o non da farsi, da raccomandare o da biasimare (Cattorini, 2006). Nel ragionamento occorre risalire dall'azione alla regola, ai principi per arrivare alla teoria per fondare e giustificare il giudizio morale. Ragionamento induttivo, dove la giustificazione va fatta in riferimento a parametri associabili a corrispondenti correnti antropologiche:

- la decisione o il sentimento del singolo individuo (soggettivismo etico);
- l'accordo raggiunto da un gruppo di persone (intersoggettivismo etico);
- l'insieme dei comportamenti di una collettività (etica descrittiva);
- un valore oggettivo al di sopra di ogni persona (oggettivismo).

La principale dicotomia tra i diversi orientamenti etici si colloca nell'accettazione della cosiddetta legge di Hume, per il quale la bontà di ciò che è buono può essere colta direttamente e non, attraverso la mediazione costituita da altre proprietà come l'utilità e la piacevolezza (Urso e Scognamiglio, 2008). Secondo tale legge non è possibile dedurre il dover essere (tanto caro agli infermieri), cioè la sfera valoriale, dall'essere, ossia dal mero fatto naturale. I non cognitivisti fondano le loro posizioni sulla legge di Hume, quindi dichiarano illegittima l'inferenza tra la descrizione dei fatti e le norme morali. Al contrario i cognitivisti riconoscono l'esistenza di una fondazione razionale ed oggettiva delle norme morali. Dalla dicotomia tra i cognitivisti ed i non cognitivisti derivano i diversi orientamenti etici (Sgreccia, 1999) che caratterizzano il panorama pluralistico della società in cui viviamo e che permettono diverse interpretazioni della realtà, tanto che appare che ognuna di loro riesce ad illuminare una diversa dimensione del medesimo caso.

Analizzando il caso Eluana secondo il pensiero non cognitivista è illegittima l'inferenza tra la descrizione dei fatti avvenuti e le norme morali, perciò è impossibile stabilire che, interrompendo la nutrizione ed idratazione, procurandole in pochi giorni la morte, quell'azione è giusta o è sbagliata. Secondo il modello socio-biologista il valore della vita può modificarsi nel tempo, in base all'evoluzione del pensiero e soprattutto della tecnologia che permette il protrarsi di situazioni cliniche un tempo impossibili, situazioni in cui, come nel caso Eluana, è possibile vivere nutrendosi con un sondino naso-gastrico ed essere in uno stato vegetativo in seguito all'assistenza rianimatoria, dopo l'incidente stradale.

Il determinarsi di tali situazioni cliniche, non possibili in precedenza, comporta la possibilità di far sì che i valori entrino in una prospettiva evolutiva; occorre allora adeguarsi e quindi si rende necessario legiferare in materia di direttive

anticipate, depenalizzare il suicidio assistito e/o legalizzare l'eutanasia. Ritenere quindi che procurare la morte ad una persona può essere un'azione non giustificabile come cattiva, in quanto conseguenza di un danno del progresso scientifico – tecnologico. I valori devono mutare con il tempo ed è impossibile stabilire valori al di fuori del periodo storico e della situazione di cui si sta parlando. Per il modello non cognitivista, liberal-radical è impossibile formulare un giudizio etico basato sui fatti o sui valori oggettivi e trascendenti: il fondamento dell'agire morale è la scelta autonoma del soggetto. L'unico limite è insito nella libertà altrui: il padre Beppino (suo tutore) chiedeva da anni l'interruzione dell'alimentazione - idratazione della figlia, esprimendo la volontà ferma dichiarata verbalmente dalla figlia in merito all'incidente di un suo amico, volontà ricostruita in seguito alle dichiarazioni delle sue amiche e che ha permesso successivamente, secondo la sentenza della Corte di Appello di Milano ad ottobre 2008, di poter rimuovere il sondino naso - gastrico. Interrompere la nutrizione ed idratazione non ha inficiato la libertà di alcuno, tranne nel caso in cui si volessero obbligare dei professionisti che per le proprie istanze morali e/o deontologiche o istituzionali non volessero farlo. In una società pluralista, che rifiuta l'oggettività della norma morale anche la corrente pragmatico – utilitarista rientra nel non cognitivismo, valutazione e giudizio dopo la valutazione intersoggettiva sui costi benefici, giungendo così ad un soggettivismo della maggioranza (Engelhardt, 1999), mettendo sullo stesso piano valori anche disomogenei. Riduzione del dolore procurato ai genitori di Eluana, elaborazione del concetto di qualità di vita non degna di essere vissuta, sia per l'individuo in stato vegetativo, che per la famiglia e soprattutto per la società che ne deve sostenere i costi. Un orientamento etico di tipo cognitivista, basato sull'oggettività di valori e norme, anche sulla base del ricorso a principi opportunamente gerarchizzati, è quello personalista per il quale, alla base della valutazione etica sussiste l'essenza della persona umana (Lucas Lucas, 1993). Affondando le radici nel pensiero tomista, esso conferisce un valore alla persona per ciò che la persona è, non per ciò che fa, per la sua capacità di esprimersi e rela-

zionarsi. Eluana non aveva perso, secondo il pensiero personalista, la sua dignità di persona, nonostante non fosse in grado di relazionarsi con il mondo esterno. La sua vita fisica andava difesa, la vita corporea è un dono ricevuto, il valore della vita va tutelato. La malattia è la componente ineluttabile dell'esistenza e quando non esiste alcuna cura per migliorare la condizione deve essere garantito il care. Secondo tale assunto sospendere l'idratazione e l'alimentazione ad Eluana costituiva atto eutanasi-co, non giustificabile dal punto di vista morale. Il principio di responsabilità (Soldini, 2006) obbligava il padre Beppino a non poter rifiutare le cure indispensabili alla sopravvivenza di Eluana, il diritto alla vita fisica è ontologicamente superiore rispetto al diritto alla libertà. Dalla disamina delle varie posizioni ne discende che cure e terapie, in questo periodo storico offrono allora possibilità di evoluzione di situazioni cliniche critiche, guarendo ma anche creando situazioni di non vita... la scienza offre e crea nuove terapie ma non garantisce sempre effetti sicuri, con relative sofferenze delle persone, tanto da arrivare a chiedere di essere aiutati a morire. Chi deve prendere le decisioni ultime? La legge... la politica... la giurisprudenza? Il testamento biologico può dirimere e risolvere alcune situazioni? La maggioranza politica può esprimere la volontà di tutto un popolo su questioni così importanti quali la vita e la morte di individui? Il pluralismo in tema etico non può essere negato, né si può mettere in dubbio la laicità dello Stato, di fronte a visioni etico-religiose. Avvicinare etica e diritto, visione personale e ordinamento generale è il compito duro ed appassionante della politica, che non può peraltro ignorare le esigenze democratiche del pluralismo. L'agire politico perciò ha in sé una notevole importanza dal punto di vista umano ed esige un grande senso di responsabilità. Testamento biologico a difesa e a tutela dell'autodeterminazione di individui, che ricorda ai professionisti della salute l'importanza dell'alleanza terapeutica, della fiducia da parte del paziente, fiducia fondata sulla competenza e soprattutto sulla capacità di informare sui progetti diagnostico-terapeutico-assistenziali, progetti accompagnati dall'informazione su possibili effetti collaterali, a breve e lungo

termine. Urge una legge sul testamento biologico anche a tutela dei professionisti sanitari? L'obiezione di coscienza per gli operatori sanitari deve essere prevista? Purtroppo, la comunità infermieristica non è rappresentativa all'interno delle commissioni in Sanità: come può esprimere il proprio parere in merito a questioni che vive quotidianamente nello svolgimento del proprio ruolo?

Quale voce per gli infermieri?

Nel corso della vera e propria battaglia che si è scatenata tra professionisti e non, tra neo guelfi e ghibellini d'antan, la professione infermieristica ha scelto come sempre, la strada dei fatti, ovvero di astenersi nell'immediato dall'esprimere un pensiero ufficiale che probabilmente avrebbe agito da comburente e lacerato ancor maggiormente gli animi ed ha mostrato, attraverso l'opera di un piccolo manipolo di noi, il senso della pietas e della vicinanza personale e professionale che dalla notte dei tempi ci contraddistingue.

La scelta di accompagnare Eluana nel suo ultimo viaggio, è tipica di una professione che ha deciso di fare dell'advocacy uno dei suoi cavalli di battaglia. Soltanto così un Infermiere potrà ritenersi professionista a tutti gli effetti, capace di esprimere intelletto e scelte. È probabilmente utile proporre una riflessione sul Codice Deontologico che anche nella nuova versione (2009) ribadisce, che l'Infermiere non partecipa a interventi finalizzati a provocare la morte dell'assistito (art. 38). Di converso, il precedente art. 36, enuncia che *"l'infermiere tutela la volontà dell'assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica..."*

Or dunque, laddove qualcuno intenda ipotizzare una dicotomia tra questi due assunti, è bene che si renda conto del fatto che tale ipotesi è assolutamente fuori luogo dato che, se applicato al caso Englaro, com'è stato anche stabilito dalla Suprema Corte di Cassazione, il prolungamento ad aeternum della nutrizione ed idratazione **artificiale**, non rappresentano altro che accanimento terapeutico.

Accanimento, perché da ben 17 anni il quadro clinico della giovane Eluana è rimasto immutato e non c'era alcuna evidenza di viraggio anche verso uno

stato di minima coscienza, e terapeutico, perché a prescindere dall'interpretazione ideologica che ciascun vuol dare, non vi è dubbio alcuno che idratazione e nutrizione artificiale, in quanto artificio studiato dall'uomo, così come concepite non sono presenti in natura.

Non pare, allo stato, rientri nella competenza di nessun altro esercente una professione o mestiere al di fuori della medicina o dell'infermieristica, porre un sondino naso – gastrico nello stomaco di una persona o perforare la parete addominale. Parimenti, la nutrizione artificiale non è in libera vendita negli esercizi commerciali, ma è un preparato galenico magistrale, ad opera di un farmacista e su prescrizione di un medico. È bene ribadire, ove fosse ancora necessario, che trattamento sanitario è soltanto quello che può essere praticato da personale autorizzato.

Detto ciò, i tempi sono maturi, perché la professione infermieristica, al di là della dichiarazione d'intenti espressa per il tramite del Codice Deontologico indagli sul sentire dei propri componenti e ne sintetizzi il parere.

Se, com'è fortemente prevedibile verrà approvata la legge che prevede la non contemplazione della nutrizione ed idratazione artificiale nelle direttive anticipate, in tantissime corsie e terapie intensive, vi sarà battaglia tra persone assistite, familiari e sanitari. La negazione di questo fatto, è tipica del modus vivendi italico, dove si preferisce ignorare la realtà o non "si vuole deludere" qualche istituzione.

Chi tra noi infermieri praticherà un **Trattamento Sanitario Obbligatorio** (perché di questo si tratta), infilando per forza un sondino naso – gastrico ad una persona che non vuole più alimentarsi o laddove incapace ha dichiarato di non volerlo fare? Gaudenti gli avvocati che avranno centinaia di casi da discutere nelle aule dei tribunali.

Sarebbe auspicabile che, dopo il dovuto silenzio per Eluana, oggi la professione infermieristica spenda qualche parola in più, per dare vita e reale consistenza al testamento biologico, generando una situazione di felice "ritorno al passato", momento in cui le decisioni di fine vita, restino nel giusto conclave che dovrebbe rappresentarle, la famiglia.

Sembra particolarmente interessante quanto afferma Cosmacini (2009): "Nella terra di nessuno, ma di tutti, che intercorre tra la vita e la morte, il transi-

to non è soltanto quello governato dalle leggi della bio-tanatologia; è anche un trapasso che fa di ogni persona – familiare o amica o qualunque – non un cadavere, ma un defunto, il cui lascito testamentario non può essere oggetto di bio – litigio. Il "testamento biologico" va rispettato, non eluso o impugnato. Se lo fosse, colui che lo ha lasciato, disponendo in tal modo della propria eredità di affetti, poca gioia avrebbe nell'urna".

Bibliografia vancouver

- CATTORINI P. *Bioetica*. Masson, Milano, 2006.
- COSMACINI G. *Chiamatelo "Testamento biografico"*. Il Sole 24 Ore, 1 Marzo 2009.
- ENGELHARDT HT. *Manuale di Bioetica*. Ed. Il Saggiatore, Milano, 1999
- FIN J. *Neuroethics and neuroimaging: moving toward transparency*. The American Journal of Bioethics , Sep 2008;8(9):46-52.
- GLANNON W. *Neurostimulation and the minimally conscious state*. Bioethics , Jul 2008;22(6):337-45.
- LUCAS LUCAS R. *L'uomo spirito incarnato. Compendio di filosofia dell'uomo*. Ed. San Paolo, Cinisello Balsamo (MI), 1993
- KÖRTNER U. *Don't leave alone! Or maybe do? What it means to acknowledge vegetative patients as human subjects*. Wiener Medizinische Wochenschrift 2008;158 (13-14):396-401.
- PANKSEPP J, FUCHS T, GARCIA V, LESIAK A. *Does any aspect of mind survive brain damage that typically leads to a persistent vegetative state? Ethical considerations*. Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine , Dec 2007;17;2:32.
- ROUSSEAU M, CONFORT-GOUNY S, CATALA AG, BLAYA J, SOULIER E, VIOUT P, ET AL. *A MRS-MRI-fMRI exploration of the brain. Impact of long-lasting persistent vegetative state*. Brain Injury , Feb 2008;22(2):12.
- SCHNAKERS C, ZASLER N. *Pain assessment and management in disorders of consciousness*. Current Opinion in Neurology, Dec 2007;20(6):620-6.
- SGRECCIA E. *Manuale di Bioetica*. Ed. Vita e Pensiero, Milano, 1993.
- SOLDINI M. *Filosofia e Medicina*. Armando Editore, Roma, 2006.
- URSO F, SCOGNAMIGLIO A. *Bioetica una proposta per la scuola*. Ediz. Servi della Sofferenza, Taranto, 2008.

Abstract

The conscience is a subjective experience; however it's necessary to define it in terms of empirical evidence. Nowadays neuroscience has developed to allow a process of diagnosis and correct evaluation of the situations characterized by troubles of conscience such as the persistent vegetative state. Despite the controversy caused by the suspension of the mechanical ventilation of Pierluigi Welby, the case of Eluana Englaro has torn apart the consciences and has made the divide between laymen and Catholics more evident.

What is going to change for all of us? Who is going to take the last decisions? Can the living will resolve any situations? Unfortunately the nursing profession is not represented in Parliament: how can it express its opinion on these issues? The choice to accompany Eluana in the final chapter of her life is typical of a profession that has decided to make the advocacy one of its strong points. To all intents and purposes this is the only way a nurse can consider him/herself professional and can be able to express opinions and choices.

Now is the time for the Nursing Profession to look beyond the Code of Conduct and to investigate the feelings of members, summerizing their opinions. It would be hoped that today, after proper reflection on Eluana's case, the nursing profession can spend more time giving life and real substance to the living will.

Key word: Living will, Vegetative persistent status, Professional ethic

CONSIGLIO DIRETTIVO ANIARTI - TRIENNIO 2008-2010

DRIGO ELIO - *Presidente*
Via del pozzo 19 - 33100 UDINE
Tel. 0432 501461 - Cell. Aniarti 340 4045327
edriego@aniarti.it

MOGGIA FABRIZIO - *Vicepresidente*
Cell. Aniarti 340 4045259
fmoggia@aniarti.it

CECINATI GIANFRANCO - *Tesoriere*
Cell. Aniarti 340 4045361
gfcecinati@aniarti.it

BENETTON MARIA - *Direttore della Rivista*
Corso di Laurea in Infermieristica
Via Venier 50 - 31100 Treviso - Cell. 340 4045124
benetton@aniarti.it

GIUSTI GIANDOMENICO
Rianimazione A.C.U.TI A.O. "S.M. della Misericordia" (PG)
Tel.lavoro 075 5783298 - Fax 075 578303
Cell. 3487230282 - giustigiando@libero.it

MARCHINO PAOLA
Azienda S.S. 1 Triestina Unità Op. Bambini e Adolescenti 2

Cell. 339 8172051 - Cell. Aniarti 340 4045129
paolamark@alice.it

MARINELLI NORA
Rianimazione A.C.U.TI A.O. "S.M. della Misericordia" (PG)
Tel.lavoro 075 5783298 - Fax 075 578303
Cell. 347 9069486
fab.family@libero.it - nmarinelli@aniarti.it

MARSEGLIA MARCO
Via Larga 36 - 40138 BOLOGNA
Rianimazione CCH Osp. "S.Orsola-Malpighi"

Tel. lavoro 051 6363405-678-058 - Fax 0516363058
Cell. Aniarti 340 4045439
marsegliam@aniarti.it - marsegliam@aosp.bo.it

SEBASTIANI STEFANO
Tel. lavoro 0516361449
Cell. Aniarti 340 4045447 - ssebastiani@aniarti.it

SCELSI SILVIA
Loc. Colle Fagiano Palombara Sabina (RM)
Cell. 347 4996863
ARES 118 area formazione regionale
s_sclsi@yahoo.it

CONSIGLIO NAZIONALE ANIARTI - TRIENNIO 2008-2010

ABRUZZO

STORNELLI MUZIO
Via Pietragrossa,183 Paterno di Avezzano (AQ)
Tel.0863359645 - Cell.3479477797
T.I. Casa di Cura Di Lorenzo Avezzano - Tel. 0863428274
stornelli73@gmail.com

CALABRIA

GARROPOLI ADRIANO
Via L. Grassi 11 - 87100 Cosenza
Cell. 338 6254987

CAMPANIA

BIANCHI GIUSEPPE
Via Manzoni,106 - S. Giorgio a Cremano 80046 Napoli
Tel.lavoro 081 25427773 - 2542740
Cell. 339 5687771 - Cell. Aniarti 3404045124
bianchipe@libero.it

BUFALINO GIOVANNI
Rianimazione CCH Osp. Mondali
Tel. Lavoro 081 7062720 - Cell. 333 3285709
giovannibufalino@hotmail.com

D'ACUNTO CONCETTA
Via Filomarino 166 - 80070 MONTE DI PROCIDA (NA)
Pat. Neonatale Osp. "S. Paolo" - Tel.081 8045236
Cell. 339 8957010 - dactin67@yahoo.it

DE CRESCENZO TONIA
Tel. Lavoro 081 7473828 - Cell. 338 9420956
tdecrescenzo@interfree.it

EMILIA ROMAGNA

CAPODIFERRO PIETRO
Via della Foscherara 2 40141 Bologna
Tel. 051 6231492 - Cell. 338 5702332
pietrocdf@libero.it

QUERZOLI ANTONELLO
Via San Carlo 85 44028 Ferrara
Osp. Bentivoglio Dipartimento Igiene Organizzativo
Tel. Lavoro 051 6644257 - nukite@libero.it

SOLOMITA GRAZIELLA
CCH Osp. "S.Orsola-Malpighi"
Tel. Lavoro 051 6364761 - fax 051 6364751
Cell. 338 6769039 - solomita.graziella@libero.it

FRIULI - VENEZIA GIULIA

PERESSONI LUCA
Via Mantova 100 - 33100 UDINE
Il° Rianimazione Osp. "S.M.della Misericordia" (UD)
Tel. Lavoro 0432 552462 - Fax 0432 552421
Cell. 333 8461153 - tati.luca@libero.it

SPANGARO SABRINA
Via Cortatis 1 - 33032 BERTIOLO (UD)
sabrinaspangaro@interfree.it
spangaro.sabrina@aoud.sanita.fvg.it

LAZIO

COSSU ILARIA
Via Emma Carelli, 18 00168 ROMA
TI Postoperatoria Policlinico "A. Gemelli" - 06 30155299
ilaria42@libero.it

DEGLI ESPOSTI RACHELE
Via Agatone, 22 00125 ROMA
T.I. Casa di Cura Privata "Roma American Hospital"
Cell.349 1615820 - rachele.degliesposti@gmail.com

MARCHETTI ROSSELLA
Viale Giulio Cesare 237 - 00192 ROMA
Tel. 06 39726094 - Cell. 339 2977270
TI Postoperatoria Policlinico "A.Gemelli"
Tel. Lavoro 06 30155299 - rosmarchetti@libero.it

ROMIGI GAETANO
Viale dei Salesiani 49 - 00175 ROMA
Tel. 06 71589161 - Cell. 329 1213308
UO Formazione Aggiornamento ricerca e Sperimentazione ROMA C
Tel. Lavoro 06 5017651 - g.romigi@tin.it

LIGURIA

DE PAOLI GRAZIELLA
Via Fieschi, 32 16015 GENOVA - Cell. 3387683489
grazielladepaoli@virgilio.it

LOMBARDIA

ETTORE GIORDANO
Centro grandi ustioni Az. Osp. Niguarda (MI)
Tel.02 64442381 - Cell. 3406108095 - 3291839992
giordano.ettore@libero.it

MARCHE

FROGIONI ELSA
Servizio di Anestesia Analgesia e Rianimazione
Ospedale di Osimo Via G. Leopardi, 15 60027 OSIMO (AN)
Tel. Lavoro 0717130662 - Cell. 3477120794
aniartimarchelsa@yahoo.it

PIEMONTE e VALLE D'AOSTA

DEIANA CECILIA
Corso Piemonte, 13 - 10036 Settimo Torinese (TO)
Cell. 3482266890 - 3483390058
P.S. Gradenico - 011 8151283
cecilia_deiana@hotmail.com

PUGLIA

D'ANGELA GIUSEPPE
Piazza Pertini, 5 74100 TARANTO
Cell. 338 9662536
Centrale Operativa 118 di Taranto - 099 4724037
Fax 099 4585831 - gepstoffa@libero.it

SPECIALE ROBERTO
Via Celestino Basile, 37
Cell. 339 3827263 - robस्पec@libero.it

SARDEGNA

BOE COSTANTINA
Via Rockefeller 18 - 07100 SASSARI - Tel. 079 210406

Rianimazione Clinica Universitaria
Tel.lavoro 079 229177 - 079 228413

SICILIA

DI MISA SALVATORE
Via Dalla Chiesa, 76 A - 90049 Terrasini (PA)
Tel.- 3393523405 - sal.dms@tiscali.it

TAORMINA MARIA
Centrale 118 PALERMO
Tel. 091 6880862 - Cell. 347 7951768 - mariaaormina@libero.it

TOSCANA

CULLURA' CLAUDIO
P.zza della Pace 15 - 52027 S. GIOVANNI VALDARNO (AR)
Rianimazione Osp. di S. Giovanni Valdarno
Tel. Lavoro 055 9106613 - claku@tiscalinet.it

MARCONI ROBERTO
Via Del Tirassegno 48 - 58100 GROSSETO
Cell. 338 1446942 - 3387020960
Centrale 118 Grosseto - Numero Verde 800550280
themarcons@aliceposta.it

MOSTARDINI MARCO
Via Lami,55 - 50056 Montelupo Fiorentino (FI)
Rianimazione DEA Careggi
Cell. 339 3121653 - marcomostardini@alice.it

TRENTINO ALTO ADIGE

CALLIARI OLIVIO
Via Biasi 102/a - 38010 S. MICHELE ALTO ADIGE (TN)
olivocalliari@yahoo.it

UMBRIA

DOTTORI FRANCESCO
Via Eugubina, 73 - 06100 PERUGIA - 075 5735719
Cell. 3397691469
Rianimazione A.C.U.TI A.O. "S.M. della Misericordia" (PG)
francesco.dottori@virgilio.it

ZUCCONI MARCO
Cell. 3391345044 - 3407114681
marco.zucconi@email.it

VENETO

BELLAN SOFIA
Loc. Chiavica del Bosco 13 45011 ADRIA (RO)
Casa di Cura Madonna della Salute Porto Viro (RO)
Tel. Lavoro 0426 360283 - Cell. 3483651462
sofiabellana@virgilio.it

FAVERO WALTER
Via Volpin 66/A - 30030 S. Maria di Sala (VE)
T.I. Osp. S. Antonio (PD) - Tel. lavoro 049 8216739
Cell.3471744064 - valter.favero@sanita.padova.it

DI PAOLA FEDERICA
Neurochirurgia T.I. Osp. Treviso
Tel. 0422 322510 - fedipaola@libero.it