

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

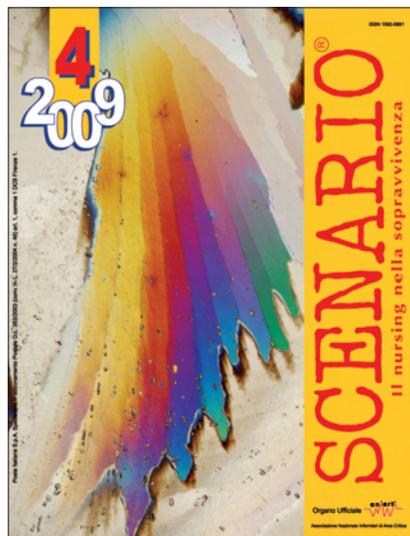
Progetto Grafico: Vittorio Casebasse

Stampa: Tipografia San Marco

Via Della Treccia, 14 - 50145 Firenze

Numero chiuso il giorno
5 Gennaio 2010

(1 copia € 3,50 per soli Soci)



INDICIZZATI
SCENARIO® è indicizzato su CINAHL
(Cumulative Index to Nursing and Allied
Health Literature)
in EBSCO HOST

Un nuovo traguardo per la diffusione
della cultura infermieristica



Questo periodico è associato
alla Unione Stampa
Periodica Italiana

3 QUALI SONO I TEMI CRUCIALI SU CUI GLI INFERMIERI DEVONO INCIDERE PER CAMBIARE LE COSE?
di Maria Benetton

5 28° CONGRESSO NAZIONALE ANIARTI 2009 - INFERMIERI E LA QUESTIONE DEL LIMITE MOZIONE CONCLUSIVA

6 LA CENTRALIZZAZIONE DEL TRAUMA MAGGIORE PER CRITERIO DI MECCANISMO LESIONALE: ANALISI BIENNALE DELLA CASISTICA IN UN DIPARTIMENTO DI EMERGENZA TOSCANO DI 2° LIVELLO
Trauma centralization for mechanism of injury in ED: a 2 year observational study in a tuscan hospital.
di Stefano Bambi, Marco Ruggeri, Enrico Lumini, Sabrina Rossi, Giovanni Becattini

15 LA CURA DEGLI OCCHI NEL PAZIENTE COMATOSO IN TERAPIA INTENSIVA
The use of the patient's diary in intensive Care Unit
di Stefania Favero

22 L'UTILIZZO DEI "DIARI DEL PAZIENTE" IN TERAPIA INTENSIVA
The use of the patient's diary in intensive Care Unit
di Massimo Michele Greco, Lucia Portis, Silvana Di Florio, Marco Romani, Gaetano Romigi

28 IL TRASPORTO INTRA OSPEDALIERO DEL PAZIENTE CRITICO: COINVOLGIMENTO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO PER LA RIDUZIONE DEI RISCHI
Intra-hospital transport of critically ill patient: involvement of nursing staff to reduce risk
di Davide Lastrucci, Giulia Olivagnoli, Maurilio Pallassini

32 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 dell/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**

Quali sono i temi cruciali su cui gli infermieri devono incidere per cambiare le cose?

Le situazioni, i fatti e le discussioni che da tempo stanno animando il panorama sanitario, e che hanno indicato l'urgenza di un Congresso dedicato alle riflessioni sul limite, impongono un'attenzione ancor più critica al senso dell'identità professionale e al valore etico-deontologico che l'infermiere riconduce alla sua attività.

Il Congresso Nazionale Aniarti 2009 è stato un'occasione per obbligarci a rileggere la nostra identità e i nostri valori professionali di riferimento, le competenze, le innovazioni, le idee che sono apportate ogni giorno nel chiuso (ma che interesse per le Rianimazioni aperte, non più sogno ma realtà esistenti!) dei reparti. Ci ha portato a riflettere come l'evoluzione della cura, con una tecnologia che è entrata fortemente nel quotidiano, debba essere sempre più coniugata con i valori del tempo odierno e alla luce dei cambiamenti sociali. Talvolta essi non dialogano tra loro ed il semplice richiamo al rispetto della dignità della persona malata, non sempre basta.

È stato entusiasmante vedere che abbiamo saputo accompagnare alla pratica clinica più avanzata con tecnologia ad alto livello, la scelta civile di rispetto, difesa, promozione dei diritti dei nostri malati e delle loro indicazioni sui trattamenti.

L'incertezza profonda della Scienza e della pratica medica (messa in luce con l'avvento dell'Evidence Based Practice) - ma misconosciuta da una società civile che vuole invece credere e chiede la ricerca dell'assoluto, della certezza, - è accettabile solo se accompagnata dal prendersi cura della persona malata e della famiglia con gli strumenti che fanno parte della formazione basilare degli infermieri: l'ascolto, l'empatia, il sostegno emotivo, la ricerca del consenso più consapevole, la garanzia dell'autonomia di scelta.

La percezione di mitiche attese di efficacia generano e mantengono dei bisogni indotti, delle risposte medicalizzate non realistiche o se ancor peggio sostengono degli interessi economici o personali, nulla hanno da spartire con il bene del malato. Si enfatizzano solo i benefici, restano silenziosi i rischi o gli effetti indesiderati che invece possono pesare gravemente sulla persona e sulla famiglia. È ben vero che tutti noi ricerchiamo messaggi che siano rassicuranti, ma tra questo e la mitizzazione acritica della medicina o il decisionismo sanitario che taglia fuori i diretti interessati, ce ne passa.

Ci dobbiamo collocare da infermieri, nell'insieme complesso del sistema per la salute di oggi e con scenari costantemente nuovi e con persone sempre maggiormente attente alla loro soggettività, consapevolezza e dignità: siamo una società in forte evoluzione. La

medicina ha nuovi riferimenti: la genetica, le biotecnologie, nuovi farmaci, la ricerca, l'informatica, l'organizzazione. Quanto e come sono condizionanti, quanto sono invadenti in rapporto all'assistenza che le persone si aspettano? Come e quanto gli infermieri contribuiscono alla loro evoluzione? Dove e come gli infermieri collocano il limite di questi mezzi per garantire un servizio accettabile, ma che non ledano la dignità dei malati? Come possono gli infermieri trasmettere l'urgente richiesta e necessità di un migliore equilibrio tra progressi e qualità di vita, sostenibile e ragionevole in termini umani e di convivenza complessivi?

La professione infermieristica ha dimostrato che è capace di essere portatrice di una progettazione a misura delle sfide e delle richieste che vengono da una società sempre più consapevole della titolarità di diritti personali che sono vissuti come unici elementi di decisione nella propria vita ma che, in misura altrettanto schizofrenica, dimentica talvolta la cultura dei diritti di coloro che più ne sono privati (poveri, stranieri, disabili, perseguitati di ogni genere).

Abbiamo voluto parlare di assistenza anche molto intensiva e tecnologizzata, avanzata e avveniristica ma anche di etica, di limiti che possono essere superati con scelte diverse, ma anche di limiti oltre i quali la cura diventa dolore, diventa una mancata occasione di rientrare nel nostro Umano e nella finitezza. Abbiamo esaminato e discusso su come siamo cambiati e come dobbiamo reinterpretare gli elementi che costituiscono i fondamentali per la nostra professione: le idee di uomo, di salute, ambiente, di infermiere, di assistenza.

Parlare di etica è e sarà sempre più

imprescindibile, perché l'etica è un modo di rapportarsi con la storia sociale e con gli altri, ed è in base alla dimensione etica che si operano scelte e ci si pongono limiti.

Non diventa quindi inutile interrogarci su quali siano i valori e le indicazioni che regolano il nostro agire professionale e l'Aniarti con i suoi Soci ha deciso di prendere una posizione chiara e netta per una concretizzazione di orientamenti che non vogliono essere solo prospettive lontane. Se le istituzioni sono sempre un po' "distratte" gli infermieri vogliono invece essere ben presenti nel dibattito e nelle scelte che li coinvolgono come professionisti e come cittadini.



Maie Benetton

28° Congresso Nazionale Aniarti 2009

INFERMIERI E LA QUESTIONE DEL LIMITE

Osservazioni, interrogativi e proposte su:

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

25-26-27 Novembre 2009 - Bologna - Palazzo dei Congressi

Mozione Conclusiva

L'Aniarti, a conclusione del suo 28° Congresso Nazionale dal titolo: "Infermieri e la questione del limite", in cui sono state condivise molte esperienze infermieristiche significative rispetto al tema, è stato apportato un approfondito contributo di studiosi, si è sviluppato un confronto con esperti di altre discipline e conoscenze, e dopo molteplici, ampi dibattiti su molte problematiche inerenti alla questione del limite in area critica, **esprime la propria posizione**, in merito ad alcune azioni comuni, che ritiene di assoluta priorità sia per la professione infermieristica che per i cittadini ed i loro rappresentanti ai vari livelli.

Pertanto gli infermieri dell'Aniarti (Associazione nazionale infermieri di area critica) CONSIDERANO URGENTE:

- riflettere in maniera diffusa, approfondita e con disposizione costruttiva, sui contenuti da attribuire ai concetti di vita, salute, morte, comunità sociale, rinnovati alla luce delle radicali trasformazioni conseguenti ed implicite all'adozione delle tecnologie per il supporto della salute;
- una più attenta considerazione delle scelte di salute della persona nell'accettare i limiti della vita, nel rispetto della dignità e dell'autonomia dell'uomo;
- in quanto infermieri, non giustificare in ogni caso, delle decisioni prese per trattamenti sanitari non sufficientemente valutati, che creano, come conseguenza, le premesse per condizioni di vita estremamente problematiche se non drammatiche per le persone;
- che gli infermieri debbano mettere in atto la loro competenza anche clinica, per le porzioni di responsabilità relati-

va. Hanno studiato ed esercitano la clinica, hanno acquisito esperienze e competenze avanzate in specifici settori dell'assistenza; devono passare da una "competenza muta" ad una autorevole "competenza clinica interdisciplinare attiva";

- la necessità di scelte "politiche" - nell'accezione nobile del termine - che conducano ad un riequilibrio del valore dell'assistenza rispetto al valore normalmente attribuito alla sola diagnosi-terapia, che appaiono ancora troppo sbilanciati. Questa affermazione esclude finalità rivendicative di categoria ma esige di sottolineare i valori deontologici di riferimento e che ad essi venga data concretezza nella operatività;
- la necessità e la responsabilità per gli infermieri, di far acquisire ai cittadini una matura consapevolezza che un'assistenza infermieristica di qualità è cruciale per poter assicurare una qualità della vita alle persone malate. I cittadini devono riuscire ad esprimersi quando si tratta di destinare risorse specifiche ed adeguate a questo fine.

L'Aniarti, in quanto associazione di infermieri, che opera con finalità culturali, si impegna fin da ora per mettere in atto tutte le iniziative utili a diffondere le idee e le proposte che consentano di dare attuazione alle dichiarazioni qui formalmente indicate.

L'Aniarti si riconosce nelle posizioni che la rappresentanza istituzionale degli infermieri - i Collegi IPASVI Provinciali e la Federazione Nazionale dei Collegi - ha assunto particolarmente sui problemi del fine-vita, in linea con le indicazioni del rinnovato Codice Deontologico dell'Infermiere.

Bologna, 27 novembre 2009



Stefano Bambi, Terapia Intensiva di Emergenza - DEAA,
 Marco Ruggeri, Sabrina Rossi, Dipartimento di Emergenza - Accettazione - DEAA,
 Enrico Lumini, Giovanni Becattini, Direzione Infermieristica, Azienda Ospedaliero - Universitaria
 Careggi, Firenze

La centralizzazione del trauma maggiore per criterio di meccanismo lesionale: analisi biennale della casistica in un dipartimento di emergenza toscano di 2° livello



Riassunto

Introduzione. La letteratura internazionale indica che la centralizzazione dei traumi per meccanismo lesionale dell'ATLS - ACS è per lo più correlata a basse percentuali di esiti critici.

Obiettivo, strumenti e metodi: studio retrospettivo di correlazione, per verificare la corrispondenza tra i criteri ATLS di centralizzazione e la gravità degli esiti. Campione tutti i pazienti trasportati dal 01/10/2004 al 31/12/2005 presso il PS-DEAA dell'AOU Careggi con "trauma maggiore" come problema identificato al triage. I dati sono stati estratti dalla documentazione sanitaria del soccorso territoriale e del PS. Parametro di severità considerato: esito del malato, differenziandolo in minore o maggiore.

Risultati: 999 pazienti inclusi: il 38% centralizzati per criterio fisiologico o anatomico lesionale; il 61.3% per meccanismo lesionale, e lo 0.7% per livello 4 di triage ATLS. I traumatizzati nel gruppo dei criteri clinici rivestono una possibilità di esito maggiore molto superiore a quelli centralizzati per dinamica maggiore (OR 30.35; IC95% 21.09918147 - 43.65684374; Chi Quadro 447.46, p<0.0001). Assenza di decessi nel gruppo centralizzato per meccanismo lesionale. L'eiezione dall'auto sembra essere il criterio più a rischio di esito maggiore. La morte del passeggero sulla stessa vettura e il tempo di estricazione superiore a 20 minuti non correlano con esiti maggiori. Le cadute da altezza superiore a 6 metri non comportano un rischio di esito maggiore significativamente superiore rispetto alle cadute inferiori ai 6 metri (OR 1.30; IC 95% 0.35934643-4.70298253);

Conclusioni: alcuni criteri di centralizzazione sono da riconsiderare; da stabilire quale valore attribuire ai meccanismi lesionali non compresi nei criteri ATLS® - ACS (6.2%); non ottimale il sistema informativo 118-PS

Parole chiave: Trauma, Triage, Meccanismo lesionale, Dipartimento d'emergenza.

Introduzione

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi è un policlinico di II° livello ad alta specializzazione (eccetto l'area pediatrica), a parziale gestione universitaria, la cui struttura architettonica è caratterizzata da padiglioni separati. Il pronto soccorso medico-chirurgico è situato a circa 600 metri da quello ortopedico, la cui distanza è colmata trasportando i pazienti con un servizio di ambulanza interno.

L'Ospedale di Careggi si pone per la sua rilevanza clinica come una delle 3 strutture regionali toscane presso le quali vengono centralizzati i traumi maggiori.

In particolare questi pazienti vengono accolti dal pronto soccorso medico-chirurgico (Dipartimento di Emergenza Accettazione e Accoglienza - DEAA), poiché le unità operative specialistiche coinvolte nella gestione del trauma sono situate nel medesimo padiglione ad eccezione della competenza ortopedica.

Dalla fine degli anni '90, il personale del Dipartimento di Emergenza, grazie soprattutto all'istituzione dell'elisoccorso nell'area fiorentina, ha visto progressivamente aumentare il numero dei traumi da trattare.

Questo ha determinato la necessità di formazione specifica, associata ad importanti riassetto organizzativi all'interno dell'équipe infermieristica, allo

ARTICOLO ORIGINALE

pervenuto il 01/12/2009

approvato il 15/12/2009

scopo di far fronte al nuovo contesto clinico con risposte qualitativamente adeguate.

Le statistiche relative all'anno 2004 indicano che il suddetto DEA ha trattato ben 1205 codici rossi, di cui 505 traumi tutti rigorosamente assistiti in sala emergenza.

Il triage intraospedaliero del pronto soccorso di Careggi, si basa sul Modello Toscano del Gruppo Interaziendale di Triage, che prevede l'assegnazione delle priorità mediante l'utilizzo di 5 codici colore, che in ordine crescente sono bianco, azzurro, verde, giallo e rosso.

Il sistema di emergenza extraospedaliera di riferimento (Centrale Operativa 118 di Firenze) condivide con il DEA dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi i criteri di centralizzazione dei pazienti traumatizzati, facendo riferimento alle indicazioni presenti nell'Advanced Trauma Life Support (ATLS[®]) dell'American College of Surgeon¹ e nel Pre-Hospital Trauma Care dell'Italian resuscitation Council.²

Il concetto di centralizzazione si basa sul trasferimento dei pazienti presso i cosiddetti Trauma Center (o ospedali che possiedono elevate risorse professionali plurispecialistiche e tecnologiche, rendendoli assimilabili a questi), al fine di garantire assistenza specialistica medico-infermieristica massimale a tutte le vittime di (potenziale) trauma maggiore, ottimizzando il rapporto vite salvate/tempo.

Il triage territoriale proposto dall'ATLS[®] (Tabella 1) individua 4 livelli di gravità reale e potenziale da prendere in considerazione seguendo un algoritmo decisionale che prevede in ordine decrescente la verifica di alterazioni minacciose dei parametri vitali, la presenza di evidenti lesioni anatomiche gravi, criteri dinamici di impatto ad alta energia, ed infine condizioni fisiologiche particolari o patologiche preesistenti del paziente.

Background scientifico

La necessità di razionalizzare e ottimizzare le risorse professionali all'interno dei dipartimenti di emergenza per fornire risposte di consistenza proporzionalmente adeguata alla gravità dei traumatizzati centralizzati, è scaturito a livello internazionale l'impulso alla revisione dell'adeguatezza dei criteri di centralizzazione proposti dall'American College of Surgeon, risultando in un considerevole numero di lavori scientifici pubblicati. La revisione di letteratura proposta riguarda volutamente le pubblicazioni scientifiche dagli anni '90 in poi, a beneficio della pertinenza con l'argomento trattato, per via della rapida evoluzione e del continuo aggiornamento delle conoscenze e degli strumenti operativi (basti pensare all'utilizzo ormai generalizzato di indici come il revised trauma score, che nello scorso decennio hanno soppiantato lo storico trauma score).

Buona parte della ricerca presente sull'argomento riguarda il confronto tra il potere predittivo dei criteri di centralizzazione del trauma proposti dall'ATLS di tipo fisiologico ed anatomico da una parte, e tra quelli di tipo dinamico dall'altra.

Nel 1996 è stato pubblicato lo studio caso controllo di Henry et al.³ per valutare la necessità di centralizzare i pazienti con trauma chiuso sulla base dei criteri di triage pre-ospedaliero della ACS modificati dallo stato di New York (USA). La popolazione, si componeva di 857 pazienti con trauma chiuso, e di un controllo randomizzato rappresentato da casi di trauma chiuso che non incontravano invece alcun criterio di centralizzazione. L'analisi dei risultati ha dimostrato che la presenza di criteri fisiologici o dinamici di centralizzazione riscontrava maggior possibilità di ricovero rispetto all'assenza di criteri (fisiologici 33%, dinamici 35%, controllo 11%). In confronto alla mancanza di criteri, la presenza di soli criteri dinamici non identificava malati che avevano degenza più lunga (67% contro il 71%), ricovero in terapia intensiva (13% contro il 19%), o interventi di chirurgia maggiore non ortopedica (0.2% contro il 1.6%). La presenza di criteri fisiologici aumentava invece la possibilità di incorrere in tutte le condizioni succitate. Questi paragoni risultavano particolarmente veri per pazienti pedoni inve-

Tabella 1. Criteri di triage sul terreno per la centralizzazione dei pazienti vittima di trauma presso un trauma center¹

Livello	Descrizione
Step 1 – parametri vitali <i>Trasportare presso un trauma center</i>	<ul style="list-style-type: none"> • GCS<14 • FR<10 o >29 • PAS<90 • RTS<11 • PTS<9
Step 2 – anatomia delle lesioni <i>Trasportare presso un trauma center</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Lembo mobile toracico • Frattura di 2 o più ossa lunghe prossimali • Amputazione prossimale alla caviglia/polso • Tutti i traumi penetranti di testa, collo, tronco, e delle estremità prossimali al gomito o ginocchio • Paralisi di arti • Fratture pelviche • Associazione di trauma ed ustione
Step 3 – dinamica di trauma maggiore (meccanismo di lesione, evidenza di impatto ad alta energia) <i>Considerare il trasporto presso un trauma center</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Eiezione dall'auto • Morte di un passeggero nel veicolo • Investimento/arrotamento di pedone • Scontro auto ad alta velocità <ul style="list-style-type: none"> - Velocità iniziale > 64 Km/h - Deformazione abitacolo > 50 cm - Intrusione comparto > 30 cm • Estricazione > 20 minuti • Caduta > 6 metri • Ribaltamento • Trauma auto-pedone con impatto > 8 Km/h • Scontro motociclistico a velocità > 32 Km/h oppure separazione del motociclista dal mezzo
Step 4 – condizioni particolari fisiologiche o patologie pregresse <i>Considerare il trasporto presso un trauma center</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Età <5 o >55 • Gravidanza • Pazienti immunocompromessi • Malattie cardiache, respiratorie • Diabete insulinodipendente, cirrosi, obesità morbosa, coagulopatie

stati da auto, caduti da altezze sopra il livello del terreno, e incidenti motociclistici. L'autore è giunto a conclusione che i pazienti con criteri fisiologici hanno probabilità aumentata di dover essere centralizzati presso un trauma center, rispetto a quelli che non presentano criteri o presentano solo criteri dinamici, a causa della bassa probabilità di ricovero in terapia intensiva o in sala operatoria.

Un anno prima analoghe conclusioni erano comparse nel lavoro di Esposito e collaboratori,⁴ che consisteva in un'ampia analisi prospettica compiuta su ben 5028 traumatizzati allo scopo di valutare i criteri fisiologici, anatomici ed i meccanismi di lesione per il triage del trauma, così come le sensazioni soggettive (definite letteralmente "di pancia") per l'individuazione dei traumi maggiori. Di questi, 3006 presentavano un criterio di centralizzazione. L'analisi metteva in mostra che criteri di triage del trauma bassi o intermedi possono non giustificare l'attivazione immediata del trauma team e la centralizzazione del paziente in trauma center.

Ancora nel 1996 Henry et al.¹⁵ con l'obiettivo di verificare l'aumento di beneficio nell'individuare i traumi maggiori mediante i criteri di triage dell'ACS, hanno elaborato uno studio prospettico trasversale multicentrico su traumi trasportati presso 12 ospedali di una contea suburbana/rurale (USA). Esiti maggiori erano considerati: intervento chirurgico, chirurgia maggiore non ortopedica o morte, e $ISS \geq 16$. Su 1545 pazienti traumatizzati gli esiti sono stati: ammissione nel 13%; intervento chirurgico nel 6%; intervento di chirurgia maggiore nell'1%; $ISS \geq 16$ nel 3%. È stato rilevato che alcuni criteri dinamici come la deformità del veicolo ≥ 30 pollici (76.2 cm), la velocità > 20 mph (32 km/h), o la deformità dell'asse peggiorano la specificità e non influiscono in meglio sulla sensibilità; i criteri risultati i più utili per la predizione di $ISS \geq 16$ sono stati quelli fisiologici e anatomici di lesione, ed alcuni tra i meccanismi lesionali: $GCS < 13$, $FR < 10$ o > 29 , lembo mobile toracico, trauma penetrante, 2 o più fratture di ossa lunghe prossimali, intrusione del lato opposto dell'abitacolo ≥ 24 pollici (60.96 cm), eiezione, ribaltamento, età < 5 o > 55 anni (sensibilità 86%, specificità 70%). Gli autori commentano questi risultati asserendo che alcuni criteri relativi ai meccanismi

di lesione, se usati contemporaneamente ai criteri fisiologici e anatomici di lesione, peggiorano la specificità con un trascurabile aumento della sensibilità.

Di rilievo è l'articolo di Kohn et al. del 2004,⁶ che ha disegnato uno studio di coorte, prospettico, condotto per 5 mesi in un trauma center cittadino californiano di 1° livello, con l'obiettivo di valutare separatamente il grado di predittività dei criteri di 1° e 2° livello (fisiologici e dinamici) dei traumi gravi per l'attivazione del trauma team. L'analisi dei risultati ha rilevato che di 305 pazienti con criterio fisiologico per attivazione del trauma team il 51.5% presentava lesioni gravi; di 34 attivazioni per età > 65 anni, solo il 20.6% presentava traumi gravi; di 305 attivazioni del trauma team per criterio dinamico solo il 7.7% comportava il trasferimento in terapia intensiva, e in sala operatoria (assenza di decessi). Di 452 attivazioni per dinamica di pedone investito da veicolo a motore, incidente di veicolo a motore con cappottamento, morte del passeggero, e incidente di motociclo con distacco del conducente, solo il 4% ha avuto esito di ricovero in terapia intensiva o sala operatoria.

Diversi lavori sono mirati alla valutazione del potere predittivo dei meccanismi lesionali nei confronti di insulti traumatici maggiori: Cooper et al. nel 1997 hanno valutato tramite questionario distribuito al personale paramedico i pazienti centralizzati presso il proprio trauma center di 1° livello con solo criterio dinamico. Su 112 pazienti, 29 sono stati quelli centralizzati per esclusivo meccanismo lesionale: nessuno è stato intubato, né ha avuto necessità di chirurgia di urgenza e tutti sono sopravvissuti; solo 2 hanno sommato un $ISS > 15$; dei rimanenti 83, il 16.9% ha raggiunto un $ISS > 15$ e la mortalità è stata dell'11%; il meccanismo di lesione isolato ha avuto un potere predittivo per $ISS > 15$ solo del 6.9%. Gli autori affermano perciò che il meccanismo di lesione da solo non giustifica l'immediata centralizzazione dei traumi invece del trasporto presso l'ospedale locale.

A conclusioni sovrapponibili era già arrivato l'importante studio di Shatney et al. del 1994,⁸ una revisione retrospettiva di tutte le vittime di trauma chiuso di età < 66 anni, trasportate con solo meccanismo di lesione ad un trauma center di 1° livello della California, dal 1990 al 1992. Su 2298 pazienti interes-

sati, il 75% sono stati dimessi al domicilio direttamente dalla sala emergenza. Dei 586 ospedalizzati, il 63% hanno avuto degenza ≤ 1 giorno, ed il 79% ≤ 2 giorni, 93 traumatizzati sono finiti in terapia intensiva per problemi neurologici o monitoraggio cardiaco; solo 15 avevano un $ISS > 15$. 4 malati sono andati incontro a chirurgia precoce (0.17%), e 22 a riduzione/fissazione esterna di fratture (0.96%). Sulla base di questa analisi la valutazione iniziale da parte di un trauma team di pazienti con trauma chiuso ed emodinamica stabile con solo criteri dinamici di centralizzazione, è considerata lavoro intensivo non necessario e sbilanciato nel rapporto costo/efficacia.

Anche Simon et al.⁹ si sono occupati dello stesso problema, nella loro analisi retrospettiva eseguita su casi di pazienti traumatizzati trasportati ad un trauma center del Massachusetts solo per la presenza di meccanismo di lesione (roll-over, velocità > 30 mph - 48 km/h, morte del passeggero, eiezione, intrusione dell'abitacolo, estricazione prolungata). Su 1235 malati, 349 hanno comportato l'attivazione del trauma team per presenza di meccanismo di lesione. Sono stati esaminati solo quelli che hanno esitato in lesioni minori. La produzione di una check-list di valutazione del trauma al triage, con elementi fisiologici ed anatomici, oltre che dinamici, ha dimostrato retrospettivamente la potenziale possibilità di escludere l'attivazione del trauma team per il gruppo delle lesioni minori nel 56% dei casi, e al contempo in quasi nessun caso di lesione maggiore. È pertanto raggiunta la consapevolezza che l'utilizzo di una valutazione di triage secondaria all'interno del dipartimento di emergenza può ridurre l'attivazione inutile del trauma team in un numero consistente di casi di traumi centralizzati solo per presenza di meccanismo di lesione; analogamente, uno strumento di esclusione può mantenere alta la sensibilità per la rilevazione di lesioni maggiori. Palanca et al.¹⁰ hanno pubblicato nel 2003 uno studio retrospettivo con l'obiettivo di valutare se le linee guida ACS per il triage preospedaliero del trauma, basate sul solo meccanismo di lesione, identificano i traumi maggiori da incidenti con motoveicoli. La ricerca ha preso in esame 621 casi di incidente con motoveicolo di cui il 40.7% (253) è risultata trattarsi di trauma maggiore;

l'esticazione prolungata, l'intrusione, l'alta velocità e l'eiezione sono state statisticamente associate con lesioni maggiori. Anche Palanca, però, raccomanda la necessità di rivedere il triage basato sui criteri dinamici isolati per il trauma. Di particolare interesse sono alcuni lavori mirati alla verifica di eventuali correlazioni tra la presenza di meccanismi lesionali cosiddetti minori (o non contemplati dalle linee guida ATLS) ed eventuali esiti maggiori dei traumatizzati: Helling et al.¹¹ nel 1999 hanno eseguito una revisione retrospettiva su 176 casi di pazienti caduti da altezza inferiore a 6 metri, nel periodo dal 1991 al 1997, esitati in morte o degenza di almeno 3 giorni, escludendo le fratture di anca. La popolazione presa in esame rappresenta solo il 25% della casistica delle cadute riguardanti al trauma center di 1° livello sede dello studio. Gli autori hanno rilevato la presenza di ISS>15 nel 34% dei casi, e la necessità di ricovero in terapia intensiva per oltre il 50% dei pazienti, a dispetto del fatto che il 90% della popolazione in esame presentava all'ingresso parametri vitali stabili. Helling conclude consigliando la revisione dei criteri di caduta per la centralizzazione dei traumi, abbassandone i limiti, particolarmente nei confronti dei pazienti anziani.

Nel 2001 Velmahos e collaboratori¹² hanno studiato prospettivamente invece gli esiti di pazienti trasportati presso il loro trauma center di 1° livello, con cadute inferiori a 3 metri, caduta a terra semplice, o addirittura trovati a terra senza segni esterni di trauma. Durante i 9 mesi di raccolta dati, sono stati esaminati complessivamente 301 casi (37% caduta a terra, 31% caduta da altezza < 3 metri, e 32% trovati a terra senza segni di trauma), mettendo in evidenza 110 pazienti con lesioni significative, che nel 7% hanno subito il ricovero in terapia intensiva, nel 5% l'ingresso in sala operatoria e nell'1% il decesso. Lo studio succitato ha quindi messo in luce come anche il trauma a bassa energia possa produrre lesioni significative, specialmente intracraniche e scheletriche. Per quanto riguarda la problematica circa la necessità e l'utilità della messa in opera di triage secondario (detto anche "supertrriage") all'interno del dipartimento di emergenza per valutare se attivare il trauma team o gestire la vittima soltanto col personale del pronto soccorso, lo studio osservazionale pro-

spettico di Terregino et al.¹³ del 1996, condotto su 190 pazienti consecutivi vittime di trauma, ha mostrato che il 74% dei 54 con supertrriage positivo e attivazione del Trauma Team sono stati destinati in sala operatoria o terapia intensiva, contro il 46% dei casi con supertrriage negativo e gestione da parte del personale dell' dipartimento di emergenza. Quote così importanti di pazienti con esiti maggiori hanno indotto gli autori nell'affermare che devono esser sempre prontamente disponibili le risorse per la gestione di pazienti gravi che non incontrano i criteri di triage preospedaliero e intraospedaliero (trriage secondario).

Cook et al. 2001¹⁴ hanno verificato retrospettivamente l'appropriatezza dell'attivazione del trauma team solo in caso di presenza di criteri fisiologici e/o anatomici di triage: dopo 2 anni dal cambiamento dei criteri di attivazione del trauma team è stato riscontrato che modificando i criteri del triage usando quelli fisiologici e anatomici di lesione, si produce un miglioramento nel triage del trauma, riducendo l'overtrriage e permettendo la migliore allocazione delle risorse.

Infine l'impatto che i traumatizzati con lesioni minime possono produrre sull'organizzazione del lavoro all'interno del dipartimento di emergenza è ben tratteggiato dal lavoro di Hoff et al.¹⁵ pubblicato nel 1992, consistente in un'analisi retrospettiva di pazienti ammessi in un trauma center di 1° livello della Pennsylvania nell'arco di 2 anni. Su 344 pazienti con esito in ISS≤4 il trauma team è stato attivato per 209 casi, mentre 135 vittime sono state gestite dal personale del pronto soccorso. 173 pazienti (64% del trauma team e 36% del personale del dipartimento di emergenza) hanno incontrato i criteri di centralizzazione dell'ACS; nessuna differenza nei 2 gruppi di pazienti è stata correlata a GCS, Trauma Score, ISS, lunghezza di degenza, o giorni di rianimazione/terapia intensiva.

I costi totali in media sono stati più elevati per il Trauma Team che per il personale del pronto soccorso; anche il livello di acuità di nursing è risultato più elevato nel gruppo dei malati gestiti dal Trauma Team. Ne emerge la necessità di attenersi fedelmente ai criteri di triage previsti dall'ACS, e di incentivare l'educazione continua per evitare una cattiva compliance ai crite-

ri, e quindi una centralizzazione inadeguata.

Obiettivo, strumenti e metodi

Nel corso degli ultimi 2-3 anni, si è fatta largo all'interno del gruppo infermieristico del pronto – soccorso medico chirurgico del DEA di Careggi, la percezione che vi sia un consistente numero di casi traumatologici trattati in sala emergenza il cui esito non è in realtà di tipo maggiore (ISS>15), in particolare all'interno del gruppo dei malati centralizzati per criterio cosiddetto dinamico, solitamente assegnati come codice rosso secondo protocollo interno, ed assistiti in sala emergenza da tutto il trauma team composto da medico dell'emergenza, chirurgo, intensivista, e due infermieri dedicati.

Sulla scorta delle considerazioni di cui sopra e dei dati derivanti dall'analisi della letteratura sinora pubblicati, è stato disegnato uno studio retrospettivo di tipo correlazionale, con l'obiettivo di verificare l'effettiva corrispondenza tra il livello di triage per la centralizzazione dei traumatizzati secondo i criteri ATLS® - ACS e la gravità degli esiti. Questo, al fine di determinare eventuali necessità di riorganizzazione delle risorse infermieristiche e logistico-strutturali in base alla quota di impegno assistenziale richiesto dalla reale criticità dei traumi centralizzati in pronto soccorso. Il campione esaminato è stato costituito estrapolando dal database informatizzato First Aid SAGO® tutti i pazienti giunti dall'1 Gennaio 2004 al 31 Dicembre 2005 presso il DEA dell'AOU Careggi con problema principale al triage di "trauma maggiore".

La raccolta dei dati è stata eseguita mediante l'esame e il confronto delle schede medico/infermieristiche di intervento del sistema di emergenza territoriale, di quelle infermieristiche dedicate alla sala emergenza del pronto soccorso, e delle cartelle mediche informatizzate in utilizzo presso il dipartimento di emergenza (software First Aid SAGO®). Sono stati esclusi dallo studio i pazienti sui quali dalla documentazione esaminata non erano reperibili informazioni circa Glasgow Coma Scale (GCS), frequenza respiratoria (FR), pressione arteriosa sistolica (PAS) o Revised Trauma Score (RTS) di ingresso, la presenza/assenza di criteri anatomico

lesionali di centralizzazione, la presenza/assenza dei criteri dinamici di trauma maggiore, la presenza/assenza di condizioni fisiologiche particolari o patologiche pregresse. Data l'impossibilità oggettiva ad estrapolare dalla documentazione clinica in pronto soccorso il punteggio di Injury Severity Score per ogni paziente osser-

vato, al fine di giudicarne l'entità clinica in trauma maggiore (ISS>15) o meno, si è scelto di adottare come parametro di severità l'esito del malato stesso, differenziandolo in minore o maggiore (Tabella 2).

Un'ulteriore interrogazione del sistema informatizzato First Aid è stata eseguita

su tutti i traumatizzati con esito cosiddetto minore allo scopo di verificare se questi pazienti avessero manifestato lesioni maggiori nelle 24 ore successive all'ingresso nel DEA, mediante il rilievo di trasferimento in unità operative di area critica, in sala operatoria oppure di exitus. L'analisi statistica di correlazione è stata effettuata mediante l'utilizzo del software GraphPad Prism 5®.

Tabella 2. Esiti possibili dei traumatizzati trattati presso il DEA dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi

Esiti minori	Esiti maggiori
Non ricoverato	Decesso
Rifiuto ricovero	Rianimazione/Terapia Intensiva specialistica
Osservazione/Degenza ordinaria	Sala operatoria (chirurgia maggiore)
Pronto soccorso ortopedico (trauma minore, interesse solo ortopedico)	Terapia sub intensiva (HDU)
Accettazione ginecologica	

Figura 1. Ripartizione dei traumatizzati secondo criterio di centralizzazione

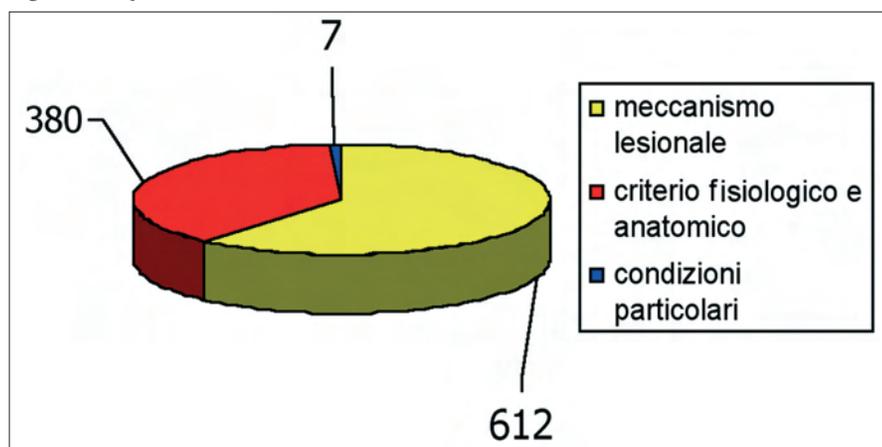
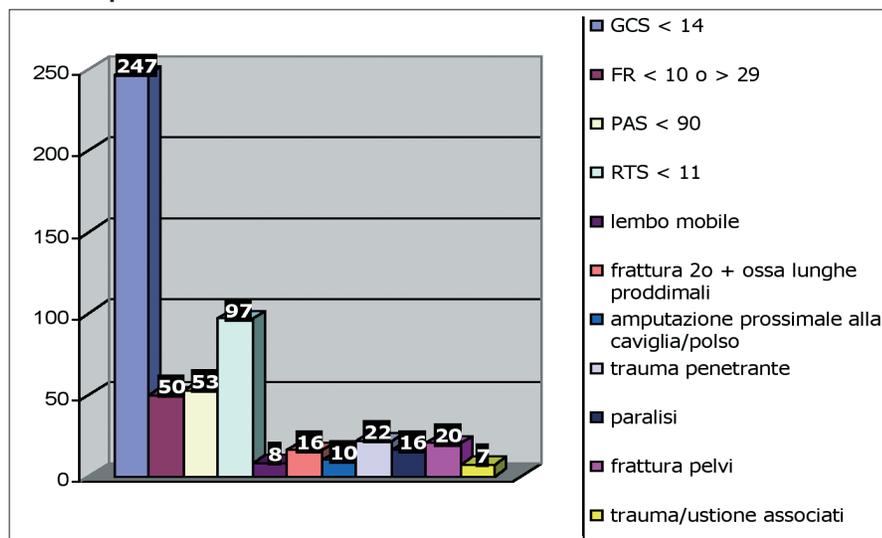


Figura 2. Distribuzione dei criteri fisiologici e/o anatomici di lesione nei pazienti centralizzati per livello 1 e 2



Analisi dei risultati

Analisi statistica descrittiva

Sono stati presi in considerazione 1041 pazienti arrivati presso il DEA dell' AOU Careggi per problema principale "trauma maggiore" (codice colore di triage rosso o giallo). Di questi, quelli effettivamente arruolati nello studio sono stati 999 dopo aver scartato la documentazione relativa a 42 malati, perché incompleta, contraddittoria o illeggibile. Il campione era ripartito come descritto dal grafico: 38% di pazienti centralizzati per criterio fisiologico o anatomico di lesione, il 61.3% per meccanismo di lesione, e soltanto lo 0.7% di centralizzazioni è avvenuto per livello 4 di triage, cioè quello caratterizzato da condizioni fisiologiche o patologiche particolari.

I pazienti centralizzati sulla base di criteri fisiologici o anatomici di lesione (livello 1 e 2 del triage del trauma secondo ATLS®) sono riportati in figura 2.

Se andiamo ad esaminare la distribuzione dei criteri di centralizzazione di livello 1 e 2, risalta immediatamente il dato relativo all'alterazione del livello di coscienza (frequentemente correlato alla traumatologia cranica), seguito comunque dalla valutazione complessiva offerta dal revised trauma score.

Il numero dei pazienti centralizzati per anatomia lesionale maggiore isolata rispetto all'alterazione dei parametri vitali risulta senz'altro ridotto. Tra questi spiccano 22 casi di trauma penetrante in un anno, in linea con i trend presenti a livello europeo, diversamente dal caso mix statunitense dove, sono presenti in maniera cospicua anche i traumi penetranti.

L'esito di questi pazienti al termine della diagnostica e del trattamento in pronto soccorso è rappresentato in figura 3.

Figura 3. Esito dei pazienti centralizzati per criterio fisiologico o anatomico di lesione

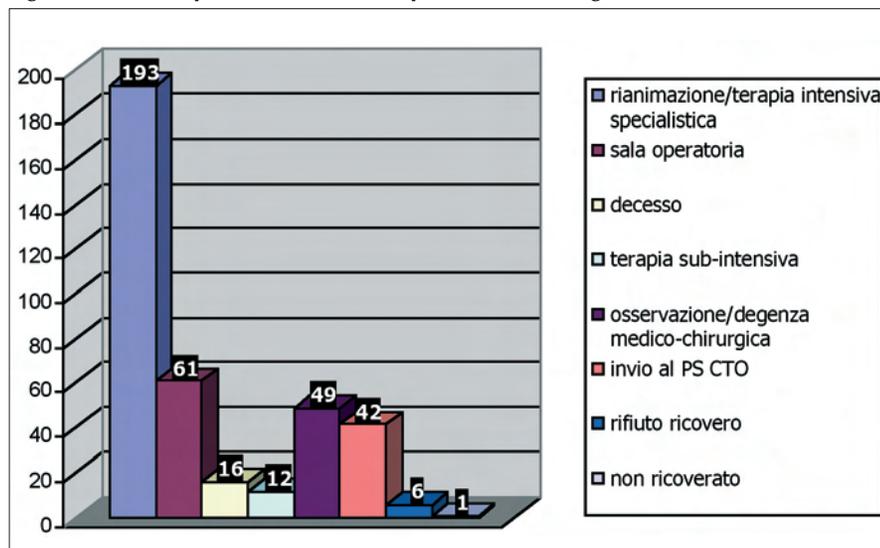
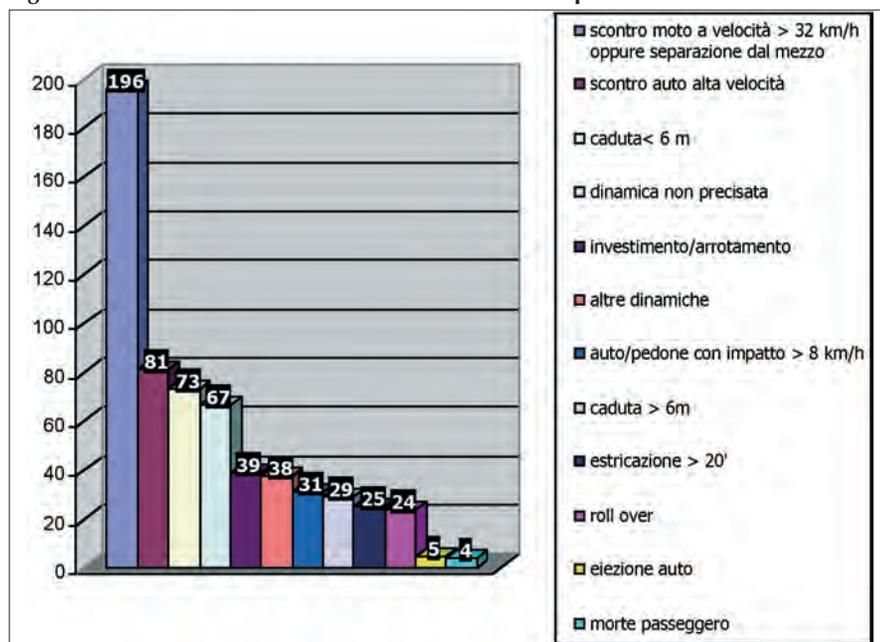


Figura 4. Distribuzione dei criteri di centralizzazione per meccanismo lesionale



In figura 4 sono riprodotti graficamente i traumatizzati centralizzati secondo tipologia di meccanismo lesionale (livello 3 del triage del trauma secondo ATLS®).

In questo gruppo di pazienti, svettano i numeri degli incidenti motociclistici con velocità maggiore di 32 km/h oppure con distacco del conducente dal mezzo, costituendo il 32% di tutti i pazienti centralizzati per meccanismo

lesionale, seguiti dagli scontri auto ad alta velocità e dalle cadute inferiori ai 6 metri, criterio, questo non presente nelle raccomandazioni ATLS®, ma che costituisce ben 73 casi di centralizzazione del trauma nel DEA di Careggi (11.9%), a dispetto di quelli realmente precipitati da oltre i 6 metri, che sono 29 (4.7%).

Un notevole impatto numero sulla casistica presentata è dato dai 67 (10.9%) pazienti trasportati presso il pronto soc-

corso ed assistiti in sala emergenza per criterio di dinamica maggiore, in quanto dichiarato tale sulla documentazione clinica, dalla quale però non si evincono il meccanismo lesionale o le condizioni fisiologiche particolari o patologiche concomitanti.

Di particolare curiosità sono i 38 pazienti traumatizzati centralizzati per dinamiche non comprese nei criteri ATLS®, tra le quali le più rilevanti (e colorite!) sono descritte in tabella 3.

Il campione rappresentato dai pazienti centralizzati per livello 4, composto da soli 7 casi in 2 anni, essendo eccessivamente scarso, non si presta ad alcuna considerazione a carattere statistico. L'unica considerazione che merita di essere fatta è quella relativa al ricovero in terapia intensiva di un solo paziente centralizzato per compromissione di base del sistema immunitario, nel quale il problema medico ne ha determinato l'esito, indipendentemente dall'entità del traumatismo che è risultato essere lieve.

Analisi statistica di correlazione

Se immediatamente confrontati sulla base degli esiti maggiori e minori, i gruppi dei pazienti centralizzati per criterio fisiologico ed anatomico da un lato, e quelli per meccanismo lesionale dall'altro, appaiono in versione speculare, evidenziando da subito quanto i

Tabella 3. Meccanismi lesionali di pazienti centralizzati presso il DEA dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi non comprese criteri ATLS®

- "Caduta di pancake da circa 4 metri"
- "Trauma da (Parziale) schiacciamento"
- "Investimento da frana di terreno"
- "Motocicletta scivolata su sabbia"
- "Trauma cranico da mattone"
- "Trauma cranico da caduta di pensile"
- "Trauma cranico da scoppio di estintore"
- "Caduta dalle scale"
- "Tamponamento tra camion a bassa velocità"
- "Caduta da scale"
- "Ciclista contro auto"
- "Caduta da bici elettrica"
- "Paziente trovato tra albero e marciapiede"
- "Travolto da muletto"
- "Ciclista contro ringhiera"
- "Caduta durante sciata"

Tabella 4. Distribuzione dei criteri di centralizzazione per livello 4 ed esito

Criterio	n. pazienti centralizzati	esito	n. pazienti in esito
Età <5 o >55	0	Osservazione/degenza	2
Gravidanza	3	PS Ortopedico	1
Pazienti immunocompromessi	1	Terapia intensiva	1
Malattie cardiache, respiratorie	1	Terapia Subintensiva	
Diabete insulinodipendente, cirrosi, obesità morbosa, coagulopatie	2	Sala Operatoria	
		Decesso	
		Non ricoverato	1
		Rifiuto ricovero	
		PS ginecologico	2

Figura 5. Esito dei pazienti centralizzati per meccanismo lesionale o condizione fisiologica/patologica particolare preesistente

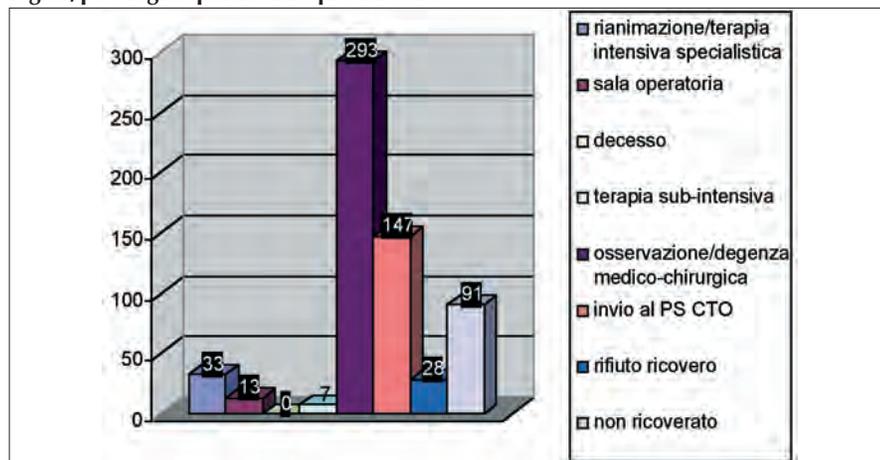
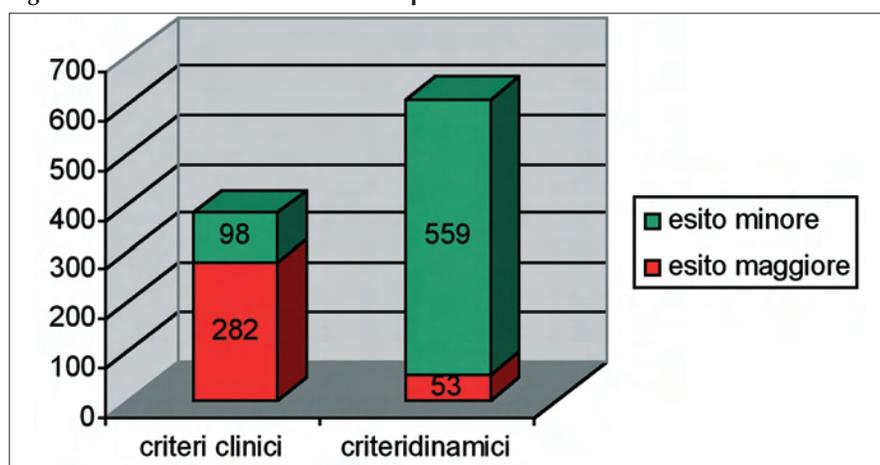


Figura 6. Esiti dei traumi centralizzati per criterio clinico e dinamico a confronto



livelli 1 e 2 comportino più frequentemente la possibilità di un ricovero in ambito critico o il decesso (74.21% contro l'8.66% del gruppo dei pazienti centralizzati per dinamica).

L'analisi statistica di correlazione tra gli esiti dei traumatizzati nel gruppo dei criteri clinici (livello 1 e 2) e quelli dei pazienti nel gruppo dei criteri dinamici, ha messo in mostra come sia di gran lunga superiore la possibilità di un esito

maggiore da parte dei primi (OR 30.35; IC 95% 21.09918147 – 43.65684374; Chi Quadro - 447.46, p<0.0001). Il risultato non fa altro che confermare l'ipotesi di partenza dello studio, infatti gli odds per il gruppo di pazienti con criteri dinamici nei confronti di un esito maggiore è di solo 0.09481.

Un altro dato da tenere in grande considerazione è quello relativo all'assenza di decessi registrati nei traumatizzati centralizzati per meccanismo lesionale. Di particolare interesse risultano i dati relativi alla probabilità di esito maggiore per ogni singolo criterio dinamico di centralizzazione dei malati (Tabella 5).

L'analisi degli esiti di ogni sottogruppo dei pazienti centralizzati per livello 3 dell'ATLS pone le basi per alcune considerazioni:

1. l'eiezione dall'auto sembra essere il meccanismo lesionale in assoluto più a rischio di esito maggiore rispetto a tutti gli altri
2. la morte del passeggero sulla stessa vettura o il tempo di estricazione superiore a 20 minuti non si correlano ad alcun esito maggiore
3. le cadute da altezza superiore a 6 metri sembrano avere un rischio di esito maggiore non significativamente superiore rispetto al gruppo di pazienti centralizzati per cadute inferiori ai 6 metri
4. il gruppo di traumi trasportati per meccanismi lesionali non ricompresi in quelli previsti dai criteri ACS-ATLS® presenta un odds/ratio per esito maggiore sovrapponibile a quello del gruppo delle cadute da altezza inferiore ai 6 metri e degli incidenti motociclisti a velocità superiore a 32 km/h o con separazione dal mezzo.

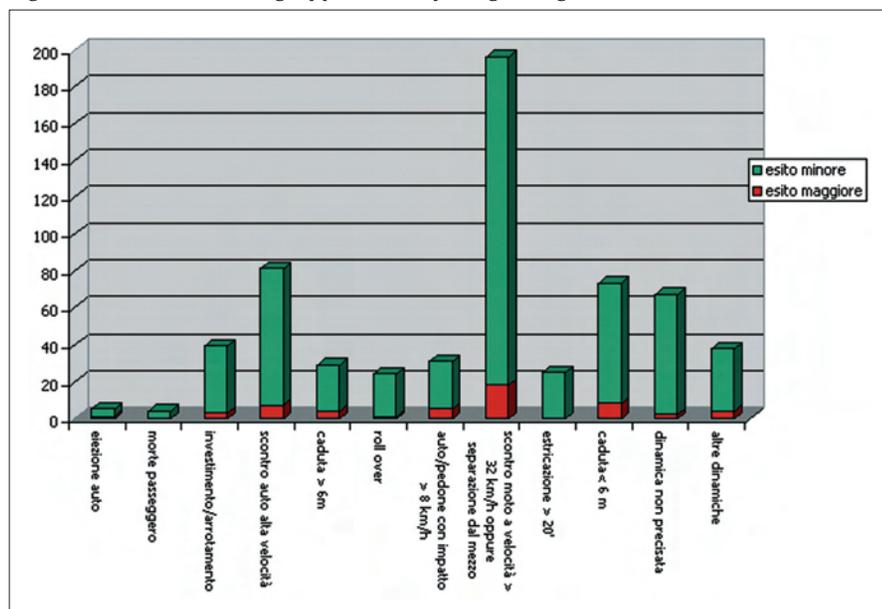
Conclusioni

Analizzando la letteratura internazionale sull'argomento, si rileva una sostanziale conformità dei risultati ottenuti dal presente studio retrospettivo, particolarmente per le basse percentuali di esiti critici riportate dai lavori di Shatney⁸, Kohn⁶, e di Henry³, dove il meccanismo lesionale non riveste predittività nei confronti dell'allungamento della degenza, ricovero in terapia intensiva e chirurgia ortopedica maggiore. In particolare emerge, proprio dai risultati del presente lavoro, la necessità di

Tabella 5. Odds dei criteri di centralizzazione dinamici per esito maggiore e minore

Criterio	esito maggiore	esito minore	odds
eiezione auto	1	4	0,25
morte passeggero	0	4	0
investimento/arrotamento	3	36	0,08
scontro auto alta velocità	7	74	0,09
caduta > 6m	4	25	0,16
roll over	1	23	0,04
auto/pedone con impatto > 8 km/h	5	26	0,19
scontro moto a velocità > 32 km/h oppure separazione dal mezzo	18	178	0,1
estricazione > 20'	0	25	0
caduta < 6 m	8	65	0,12
dinamica non precisata	2	65	0,03
altre dinamiche	4	34	0,11

Figura 7. Suddivisione in gruppi di esito per ogni singolo criterio dinamico



riconsiderare alcuni criteri di centralizzazione, tra i quali quello sulle cadute, dato l'elevato numero di pazienti centralizzati per precipitazione inferiore ai 6 metri e con proporzione tra esito maggiore e minore che non si discosta significativamente dal gruppo delle cadute da altezza superiore ai 6 metri. Rimane da stabilire quale valore attribuire alle centralizzazioni sulla base di meccanismi lesionali non ricompresi nei criteri ATLS® - ACS. Il limite più rilevante che questo studio è costituito dall'impossibilità di eseguire inferenze statisticamente significative tra singoli criteri di centralizzazione ed esiti, in termini probabilistici, a causa dell'esiguo numero di cui si compongono i sottogruppi relativi ai singoli criteri dinamici, ad eccezione di 3 categorie

(scontro moto a velocità > 32 km/h oppure separazione dal mezzo, scontro auto ad alta velocità, cadute da altezza inferiore ai 6 metri). Altri limiti di questo studio sono costituiti da condizioni sulle quali il gruppo infermieristico del pronto soccorso è necessario che lavori nell'immediato:

- la compilazione non ottimale delle schede infermieristiche e delle cartelle mediche delle emergenze traumatologiche, che ha dato origine al numero di casi scartati per l'analisi (4.03%),
- l'assenza di descrizione del meccanismo di lesione nel 10.94% dei traumi centralizzati per livello 3 di triage, che ha impedito l'analisi di correlazione di una fetta importante di pazienti,

- l'impossibilità a consultare la quasi totalità delle schede medico/infermieristiche del soccorso territoriale perché allegate routinariamente alla documentazione che segue il malato a destinazione.

Sono stati evidenziati inoltre alcuni importanti bias durante la consultazione della documentazione, in particolare nel gruppo dei traumi centralizzati per scontro auto ad alta velocità perché non sempre è stato possibile rilevare la precisa descrizione del meccanismo specifico di lesione sotteso a questo gruppo (velocità iniziale > 64 Km/h, deformazione abitacolo > 50 cm, intrusione comparto > 30 cm) così come per i pazienti vittime di incidente motociclistico, per i quali difficilmente è stata descritta la velocità.

A questo proposito il meccanismo lesionale relativo allo scontro moto con distacco del conducente lascia qualche perplessità circa la reale affidabilità come criterio per il trasporto presso un trauma center, dal momento che nell'esperienza degli scriventi, e conseguentemente nella loro opinione, è sufficiente una caduta a bassissima energia/velocità per separare il motociclista dal mezzo.

I dati ricavati dal presente lavoro, che si pongono in linea con la restante letteratura internazionale, hanno un impatto organizzativo molto importante perché comportano la necessità di una maggiore ed attenta valutazione al triage dei traumi centralizzati per livello 3 e 4 secondo le linee guida ATLS®-ACS, e conseguente codifica in giallo, anziché rosso, con attivazione del medico e dell'équipe infermieristica del DEA in prima battuta, piuttosto che del trauma team.

Un'opzione percorribile in questo senso dovrebbe prevedere il semplice allertamento delle figure professionali del trauma team ma non la presenza attiva in sala emergenza durante la fase di anticipazione per la centralizzazione di traumi sulla base del solo meccanismo lesionale, garantendone comunque la pronta disponibilità in caso di chiamata da parte del team leader dell'équipe interna al pronto soccorso.

Sarebbe invece auspicabile la presenza del chirurgo ortopedico in pronto soccorso a tempo "0", per l'effettuazione di consulenze ed interventi di stabilizzazione precoce delle fratture, visto l'elevato numero di pazienti trasferiti dopo

l'inquadramento diagnostico e terapeutico presso il pronto soccorso ortopedico. Lo studio effettuato ha messo infine in evidenza la necessità di individuare una figura in sala emergenza che sia completamente dedicata alla documentazione in tempo reale delle valutazioni e degli interventi effettuati, non solo ai fini medico-legali, ma anche per l'implementazione di ricerca e audit. Si verifica, infatti, la routinaria perdita di un'imponente mole di informazioni a causa della documentazione delle valutazioni e degli interventi eseguita posteriormente all'esecuzione per ottemperare immediatamente e prioritariamente alla stabilizzazione ed al trasferimento a destinazione del paziente.

Altre problematiche e necessità emerse dal presente lavoro sono:

- l'elaborazione e istituzione di un registro traumi all'interno dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi,
- il miglioramento della qualità del passaggio di informazioni col sistema di emergenza 118 durante le fasi di triage pre-ospedaliero e di pre-allertamento del pronto soccorso,
- la necessità di attestare in modo più attendibile possibile il criterio di centralizzazione per dinamica, magari fornendo agli equipaggi delle ambulanze dispositivi per fotografia digitale sulla scena dell'evento,
- la promozione della corretta compilazione della scheda infermieristica di pronto soccorso per l'emergenza attraverso nuovi interventi formativi e verifiche,
- la costruzione di una rete informativa (possibilmente informatizzata) che permetta la raccolta e l'accesso a dati di interesse multidisciplinare e inter-settoriale (cioè tra soccorso territoriale e dipartimenti di emergenza),
- l'elaborazione di protocolli di triage secondario da applicare all'ingresso del pronto soccorso sui traumatizzati centralizzati per livello 3 - 4 di triage pre-ospedaliero al fine dell'utilizzo più appropriato delle risorse interne ed esterne al DEA,
- la ripetizione del presente studio in versione prospettica, favorendo l'individuazione puntuale di eventuale compresenza di più criteri dinamici di centralizzazione, e del loro impatto sugli esiti dei pazienti, rispetto alla casistica dei centralizzati per un solo meccanismo lesionale.

Bibliografia

1. American College Of Surgeon Committee on Trauma Advanced Trauma Life Support for Doctors. American College of Surgeon 7° edition 2004, Chicago (IL);
2. ALBANESE P, CATTAROSSO A, DIANI A, FILIPETTO C, NARDI G, POLATO T, RAFFIN L, SANSON G *Pre-hospital trauma care IRC - approccio e trattamento preospedaliero al traumatizzato*. Italian Resuscitation Council, 5° edizione, 1998;
3. HENRY MC, ALICANDRO JM, HOLLANDER JE, MOLDASHEL JG, CASSARA G, THODE HC JR. *Evaluation of American College of Surgeons trauma triage criteria in a suburban and rural setting*. Am J Emerg Med. 1996 Mar;14(2):124-9
4. ESPOSITO TJ, OFFNER PJ, JURKOVICH GJ, GRIFFITH J, MAIER RV. *Do prehospital trauma center triage criteria identify major trauma victims?* Arch Surg. 1995 Feb;130(2):171-6.
5. HENRY MC, HOLLANDER JE, ALICANDRO JM, CASSARA G, O'MALLEY S, THODE HC JR. *Incremental benefit of individual American College of Surgeons trauma triage criteria*. Acad Emerg Med. 1996 Nov;3(11):992-1000.
6. KOHN MA, HAMMEL JM, BRETZ SW, STANGBY A. *Trauma team activation criteria as predictors of patient disposition from the emergency department*. Acad Emerg Med. 2004 Jan;11(1):1-9.
7. COOPER ME, YARBROUGH DR, ZONE-SMITH L, BYRNE TK, NORCROSS ED. *Application of field triage guidelines by pre-hospital personnel: is mechanism of injury a valid guideline for patient triage?* Am Surg. 1995 Apr;61(4):363-7.
8. SHATNEY CH, SENSACKI K. *Trauma team activation for 'mechanism of injury' blunt trauma victims: time for a change?* J Trauma. 1994 Aug;37(2):275-81; discussion 281-2.
9. SIMON BJ, LEGERE P, EMHOFF T, FIALLO VM, GARB J. *Vehicular trauma triage by mechanism: avoidance of the unproductive evaluation*. J Trauma. 1994 Oct;37(4):645-9.
10. PALANCA S, TAYLOR DM, BAILEY M, CAMERON PA. *Mechanisms of motor vehicle accidents that predict major injury*. Emerg Med (Fremantle). 2003 Oct-Dec;15(5-6):423-8.
11. HELLING TS, WATKINS M, EVANS LL, NELSON PW, SHOOK JW, VAN WAY CW. *Low falls: an underappreciated mechanism of injury*. J Trauma. 1999 Mar;46(3):453-6.
12. VELMAHOS GC, JINDAL A, CHAN LS, MURRAY JA, VASSILLIU P, BERNE TV, ASENSIO J, DEMETRIADES D. *"Insignificant" mechanism of injury: not to be taken lightly*. J Am Coll Surg. 2001 Feb;192(2):147-52.
13. TERREGINO CA, REID JC, MARBURGER RK, LEIPOLD CG, ROSS SE. *Secondary emergency department triage (supertriage) and trauma team activation: effects on resource utilization and patient care*. J Trauma. 1997 Jul;43(1):61-4.
14. COOK CH, MUSCARELLA P, PRABA AC, MELVIN WS, MARTIN LC. *Reducing over-triage without compromising outcomes in trauma patients*. Arch Surg. 2001 Jul;136(7):752-6.
15. HOFF WS, TINKOFF GH, LUCKE JF, LEHR S. *Impact of minimal injuries on a level I trauma center*. J Trauma. 1992 Sep;33(3):408-12

Abstract

Background: International literature shows that trauma centralization criteria according to ATLS-ACS mechanism of injury is mainly related to low percentages of severe outcomes.

Aim, instruments and methods: retrospective observational design study to verify the agreement between ATLS trauma centralization criteria and severity of the patients' outcomes. We collected data from emergency medical service and emergency department clinical charts about all the trauma patients centralized in the ED of Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi from 10/01/2004 to 12/31/2005. We analyzed patients' severity dividing it in minor and major outcomes.

Results: 999 patients were included in this study. 38% were centralized on the basis of physiologic or anatomical criteria; 61.3% for the presence of mechanism of injury criteria, and only the 0.7% on the basis of level 4 of ATLS trauma triage flowchart. Trauma patients in the clinical criteria group had a higher number of major outcomes if compared to those belonging to the mechanism of injury group (OR 30.35; CI 95% 21.09918147 - 43.65684374; Chi Square 447.46, p<0.0001). We didn't record any death occurrence in the group of mechanism of injury. Car ejection seems to be the mechanism of injury more related to major outcomes. Death of a passenger on the same vehicle and time of extrication longer than 20 minutes were not related to major outcomes. Falls from heights upper 6 meters didn't show a significantly higher risk of major outcome than the falls from less of 6 meters (OR 1.30; CI 95% 0.35934643-4.70298253)

Conclusion: Some centralization criteria have to be deeply reviewed. There is the need to evaluate some kinds of mechanism of injury (6.2%) not included in the ATLS-ACS centralization criteria. The informative system of emergency service and ED needs to be improved and implemented.

Key word: Trauma, Triage, Mechanism of injury, Emergency department

Stefania Favaro, Infermiere, Treviso

La cura degli occhi nel paziente comatoso in terapia intensiva



Riassunto

I pazienti comatosi ricoverati in unità di terapia intensiva sono a maggior rischio di sviluppare cheratopatia da esposizione che, se non trattata, può evolvere verso cheratite microbica e perdita della vista.

Lo scopo di questo lavoro è di conoscere i metodi più efficaci per la cura degli occhi del paziente comatoso, attraverso un controllo della letteratura, e di confrontare i modi di cura degli occhi in varie terapie intensive in Italia, attraverso un'indagine epidemiologica.

La revisione della letteratura è stata eseguita attraverso la ricerca di articoli, linee guida e revisioni sistematiche nelle principali banche dati (Pubmed, PNLG, EBM, EBN, etc.).

L'analisi epidemiologica è stata condotta su 24 terapie intensive italiane attraverso la distribuzione di questionari su aspetti di carattere generale (presenza nell'unità operativa di protocolli/Linee Guida sulla cura degli occhi, incidenza dei disordini oculari nel paziente ricoverato, disturbi oculari più frequenti), modalità di cura degli occhi (tipi di interventi messi in atto e frequenza) e gestione dell'assistenza (registrazione degli interventi, documentazione).

I risultati ottenuti suggeriscono che il tema della cura degli occhi del paziente comatoso sia ancora poco conosciuto e poco documentato in molte terapie intensive italiane.

La cura degli occhi è effettuata nelle terapie intensive intervistate con modalità spesso diverse. Nella maggior parte dei casi, questo non indica una mancanza del rispetto delle norme di buona pratica, in altri invece sono più evidenti una sottovalutazione e una gestione frammentaria del problema. Da rilevare comunque la discontinua o assente registrazione degli interventi nella documentazione del paziente.

La cura degli occhi del paziente comatoso è un intervento assistenziale infermieristico essenziale nella prevenzione di complicanze oculari. Oltre alla consapevolezza del problema e alla conoscenza delle norme di buona pratica, è importante che ciascuna terapia intensiva esegua una precisa valutazione degli interventi messi in atto, in modo da individuare più facilmente le pratiche inefficaci ed evitare sprechi di risorse.

L'inclusione della cura degli occhi nella pianificazione dell'assistenza al paziente comatoso potrebbe avere un duplice effetto: da una parte può aumentare la consapevolezza del problema e dall'altra evidenziare le aree di miglioramento nella prevenzione delle complicanze.

Parole chiave: Cura occhi, Coma, Terapia Intensiva.

Introduzione

I pazienti comatosi ricoverati in Terapia Intensiva (T.I.) sono a maggior rischio di sviluppare cheratopatia da esposizione che, se non trattata, può evolvere verso cheratite microbica e perdita della vista.

Pur rappresentando una delle più importanti e semplici manovre del nursing di base, la cura degli occhi è spesso considerata come di secondaria importanza data la gravità complessiva dei pazienti in terapia intensiva. Tuttavia, è necessario considerare quale effetto possa avere un disturbo oculare sulla qualità di vita del paziente.

Scopo

Lo scopo di questo studio è di conosce-

re i metodi più efficaci per la cura degli occhi del paziente comatoso, attraverso un controllo della letteratura, e di confrontare i modi di cura degli occhi in varie terapie intensive italiane attraverso un'indagine mirata.

Contesto

Da studi osservazionali risulta che fra il 20% e il 42% dei pazienti ricoverati in terapia intensiva sviluppa cheratopatia da esposizione^{1,2,3}.

Da uno studio di Imanaka et al. del 1997 è risultato che il 60% dei pazienti intubati e sedati presentava cheratopatia superficiale⁴.

Anche se la precisa incidenza è sconosciuta, sono riportati dei casi in letteratura che documentano l'insorgenza di severe infezioni che hanno causato perdita della vista al punto di richiedere trapianto corneale urgente^{5,6,7,8}.

ARTICOLO ORIGINALE

pervenuto il 29/12/2009
approvato il 04/01/2009

Figura 1. Lagoftalmo



I fattori che concorrono a determinare disturbi oculari nel paziente comatoso sono correlati fondamentalmente all'incapacità di chiudere gli occhi (lagoftalmo – patologica incompleta chiusura delle palpebre – figura 1), spesso conseguenza della sedazione e dello stato di incoscienza.

Le gocce oculari e gli unguenti utilizzati per proteggere gli occhi possono inavvertitamente diffondere l'infezione quanto lo stesso flacone o applicatore è usato per entrambi gli occhi².

Inoltre, il paziente critico presenta spesso condizioni di squilibrio idroelettrolitico e aumento della permeabilità capillare che può causare edema congiuntivale, che a sua volta impedisce la chiusura delle palpebre. La ventilazione a pressione positiva può causare edema congiuntivale alzando la pressione venosa del paziente e riducendo il drenaggio del sangue dal tessuto oculare³. Numerosi altri fattori possono aumentare il rischio di danni oculari nei pazienti in terapia intensiva:

1. *l'alto flusso di ossigeno attraverso maschere facciali o nebulizzatori può portare a danno epiteliale⁹,*
2. *l'aspirazione endotracheale può portare a diffusione per aerosol di patogeni respiratori nell'epitelio corneale^{5,6,10,11},*
3. *I farmaci che causano diminuzione della forza muscolare palpebrale, dei movimenti oculari, della perdita del riflesso dell'ammiccamento e secchezza oculare, quali le atropine, gli anti-istaminici, gli antidepressivi triciclici, la fenotiazina e la disopiramide².*

I pazienti con patologie più significative dal punto di vista medico sono più suscettibili a danno corneale: alcuni fra gli indicatori che possono prevedere

cheratopatia sono basso livello della Glasgow Coma Score, ricovero in terapia intensiva superiore a una settimana e significativo squilibrio metabolico².

Dato che una rete di nervi scorre tra le cellule epiteliali della superficie corneale, il danno corneale causa un importante dolore. Tuttavia, molti pazienti critici non possono esprimere il dolore oculare e il bisogno di protezione, con conseguente ritardo di intervento fino a che il danno oculare non è severo.

Materiali e metodi

Rassegna della letteratura

In letteratura sono presenti alcuni studi che hanno comparato le varie modalità di cura degli occhi.

L'utilizzo della pomata o delle gocce si è dimostrato più efficace rispetto alla semplice chiusura manuale delle palpebre o alla mancata instillazione di prodotti oculari nel ridurre l'incidenza di abrasioni corneali¹³.

Se ci si aspetta che la chiusura delle palpebre possa essere compromessa per più di qualche settimana, sarebbe opportuno consultare un oftalmologo per avere una temporanea o permanente chiusura delle palpebre (tarsorafia)¹⁴.

Dallo studio di Ezra et al. che ha comparato Geliperm[®] (gel di poliacrilamide), Lacrilube[®] (unguento di metilcellulosa - paraffina liquida, vaselina bianca - lubrificante oculare) e toilette oculare effettuata regolarmente con acqua sterile, è emerso che il Lacrilube[®] è più efficace nel prevenire la cheratopatia rispetto al Geliperm[®] o alla toilette con acqua sterile¹⁵.

Con lo studio effettuato da Cortese et al. è stato dimostrato che la creazione di camere di umidificazione con film/coperture di polietilene è più efficace dell'instillazione di gocce lubrificanti ogni due ore¹⁶.

In un altro studio, Koroloff et al. hanno comparato due gruppi di pazienti: a uno venivano applicate gocce di ipromellosa (lacrime artificiali) e Lacrilube[®] ogni due ore e all'altro veniva posta una copertura con polietilene per creare una camera di umidificazione. Inoltre, ai pazienti di entrambi i gruppi veniva effettuata una pulizia oculare con soluzione salina ogni due ore. I risultati indicano che la copertura con polietilene è più efficace dell'instillazione di gocce di ipromellosa, anche se le differenze non sono statisticamente significative¹⁹.

Lo studio randomizzato controllato, che ha comparato l'efficacia delle coperture in polietilene con unguento di lanolina (Duratears[®]) nella prevenzione di ulcerazioni corneali nel paziente critico, suggerisce che le camere di umidificazione in polietilene offrono una protezione simile agli unguenti di lanolina. Tuttavia le coperture con polietilene hanno alcuni benefici aggiuntivi fra cui il minor costo e la facilità di applicazione¹⁷.

La metanalisi effettuata da Rosenberg et al. mostra che le camere di umidificazione create con coperture/film in polietilene sono significativamente migliori della lubrificazione nella prevenzione della cheratopatia da esposizione nei pazienti in terapia intensiva.

Figura 2. Opti-Gard (copertura in polietilene) tratto da www.dupacoinc.com/OptiGard.html



Sivasankar et al. hanno effettuato un confronto fra l'utilizzo di camere di umidificazione chiuse e camere di umidificazione aperte. L'utilizzo di particolari occhiali e la regolare umidificazione delle palpebre con garze imbevute di acqua sterile per creare una camera di umidificazione chiusa è più efficace dell'utilizzo di lubrificanti oculari e della chiusura della palpebra con cerotto a nastro (camera di umidificazione aperta) nella prevenzione di danno corneale in pazienti sedati e semioscienti in terapia intensiva¹⁸.

Le coperture di polietilene (Figura 2) sono caratterizzate da facilità di applicazione, basso costo e facilità di mantenimento poiché le camere di umidificazione non devono essere applicate ogni due ore dando la possibilità di proteggere l'intera cornea. Queste condizioni potrebbero renderle uno standard di trattamento degli occhi del paziente comatoso ricoverato in ICU¹⁹.

Indagine epidemiologica

Lo studio è iniziato con la costruzione di un questionario, costituito da 17 domande a risposta multipla o a completamento.

Le prime 6 hanno indagato gli aspetti di carattere generale come la presenza o meno di protocolli/linee guida in unità operativa per la cura degli occhi, l'incidenza approssimativa di disturbi oculari, i disturbi oculari più frequenti, il momento in cui viene iniziata la cura degli occhi, il tipo di intervento che è effettuato.

I quesiti successivi hanno indagato in modo particolare i vari tipi di interventi (pulizia dell'occhio, mantenimento del film lacrimale, chiusura della palpebra e trattamento antibiotico) nei vari aspetti: modalità utilizzata/strumenti, frequenza dell'intervento, tipo di paziente a cui è effettuato.

Infine si è richiesto la modalità di registrazione degli interventi, l'effettuazione di controlli oculistici alla dimissione e i dati percentuali relativi all'incidenza di danno oculare permanente.

Questo questionario è stato validato attraverso un'intervista a infermieri esperti (che sono poi stati esclusi dall'indagine) ed è stato successivamente inviato via e-mail a 30 infermieri o coordinatori infermieristici esperti, in rappresentanza di altrettante Terapie Intensive italiane distribuite in modo equilibrato fra nord, centro e sud.

Per la ricerca sono state inserite le seguenti esclusioni: pazienti con età inferiore a 12 anni, pazienti con traumi maxillo-facciali e pazienti con lesioni oculari pre-esistenti.

I questionari ricevuti sono stati 24, con provenienza prevalente dalle regioni del nord e centro Italia.

Risultati

Il primo dato evidente è stato che il 62,5% delle ICU italiane intervistate non adotta protocolli/Linee Guida per la prevenzione e il trattamento dei disturbi oculari nel paziente comatoso (TI di Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria). Questo comunque non significa che la cura degli occhi non venga effettuata seguendo le norme di buona pratica e le raccomandazioni scientifiche presenti in letteratura.

Del restante 37,5% delle terapie intensive intervistate, un 13% segue le Linee Guida dello Joanna Briggs Institute (TI di Veneto, Lombardia, Toscana), un altro 16,5% ha adottato un protocollo aziendale (TI di Veneto, Toscana, Marche, Campania), e un 8% ha adottato un protocollo di reparto (TI della Toscana). (Grafico 1)

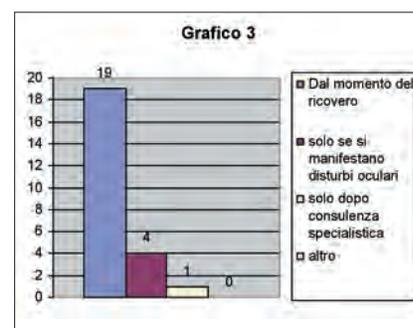
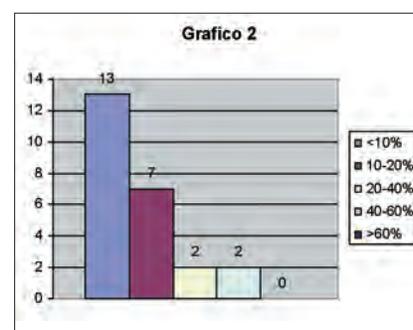
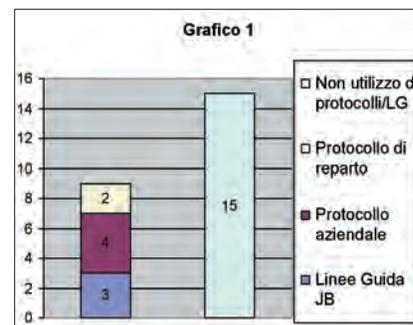
Tredici terapie intensive su venti stimano che l'incidenza annuale approssimativa di danno oculare nei pazienti comatosi ricoverati sia inferiore al 10%. (Grafico 2)

Nonostante la maggior parte delle terapie intensive (54%) percepiscano come "bassa" la percentuale di danno oculare, non è possibile dare a questo dato una ragionevole importanza perché la stima è solamente ipotetica. A rafforzare questa interpretazione, sono anche le analisi delle risposte riferite alla registrazione degli interventi e degli outcomes:

- metà delle TI intervistate non registra interventi di cura degli occhi;
- nella maggior parte delle TI intervistate (80%) non vengono effettuati controlli alla dimissione per verificare la presenza di danno oculare, con conseguente difficoltà a risalire a dati certi sull'incidenza dei disturbi oculari;
- nessuna TI è in possesso di dati percentuali sull'incidenza di danno oculare permanente, quindi anche i dati sulle complicanze risultano essere più legati a percezione o a comunicazioni orali non documentate.

Fra i disturbi oculari che si manifestano nel paziente comatoso, prevalgono la congiuntivite e l'edema congiuntivale (82%). Con una minore incidenza si riscontrano lagoftalmo e cheratite. Nessuna terapia intensiva segnala, come "frequenti", manifestazioni più gravi quali l'ulcerazione corneale; tuttavia non si conosce l'incidenza di questo tipo di danno oculare perché l'80% delle terapie intensive intervistate non effettua controlli alla dimissione.

La maggior parte delle terapie intensive (19 su 24) inizia la cura degli occhi del paziente comatoso al momento del ricovero. Quattro terapie intensive iniziano solo se si manifestano disturbi oculari ed una terapia intensiva inizia solo in seguito al manifestarsi di



disturbi oculari e dopo consulenza specialistica. (Grafico 3)

In letteratura non ci sono studi che valutano quale sia il momento corretto per iniziare la cura degli occhi del paziente comatoso, ma molti autori sono concordi nell'affermare che dovrebbe essere iniziata al momento del ricovero o comunque prima dell'insorgenza di disturbi oculari¹⁵.

Gli intervistati hanno riportato che secondo la loro esperienza nel 71% dei casi i disturbi oculari si manifestano entro una settimana dal ricovero se non viene effettuata la cura degli occhi del paziente in coma; fra questi, nel 38% dei casi, i disturbi si manifestano già entro le prime 48 ore dal ricovero. Il fatto che nel 29% dei casi i disturbi oculari si manifestino immediatamente o entro una settimana nonostante venga effettuata la cura dell'occhio, fa pensare che la modalità con cui viene realizzata non sia efficace.

Tra questi che dichiarano di osservare disturbi oculari nonostante la cura degli occhi venga iniziata dal momento del ricovero, gli interventi messi in atto sono vari e con frequenza diversa, e risulta quindi difficile attribuire il danno oculare ad una pratica errata.

Tuttavia, dato che non vengono effettuate verifiche sugli interventi di cura degli occhi è difficile capire se il manifestarsi dei disturbi oculari sia legato a interventi di "cattiva" pratica e di conseguenza i dati raccolti non possono essere attendibili per una interpretazione realistica. (Grafico 4)

L'unica raccomandazione in merito alla frequenza degli interventi di cura degli occhi si ritrova nelle linee guida elaborate da Marshall: tutti i pazienti che non sono di grado chiudere le palpebre, non coscienti o pesantemente sedati, dovrebbero essere sottoposti a interventi di cura degli occhi ogni due ore (pulizia con garza imbevuta di soluzione salina e somministrazione di specifici lubrificanti oculari).

Se facciamo riferimento agli studi presenti in letteratura sui metodi utilizzati per il mantenimento del film lacrimale, le camere di umidificazione con film/coperture di polietilene sono più efficaci dell'instillazione di gocce/unguenti lubrificanti¹⁰ e la copertura con

polietilene è più efficace dell'instillazione di gocce di ipromellosa (lacrime artificiali)¹¹.

Nelle Terapie Intensive indagate il metodo principalmente usato per la pulizia dell'occhio consiste nell'utilizzo di cotone/garze sterili e acqua sterile (62,5%). Sette terapie intensive utilizzano invece materiale non sterile e soluzione salina. (Grafico 5)

In letteratura non sono stati trovati studi di valutazione sui metodi di igiene dell'occhio, nonostante vi siano numerosi suggerimenti sull'effettuazione regolare di interventi di pulizia oculare.

La quasi totalità (96%) effettua la pulizia dell'occhio a tutti i pazienti in coma, compresi quelli in coma farmacologico; solo in 4 terapie intensive viene effettuata anche nel paziente sedato o trattato con farmaci miorilassanti (grafico 6).

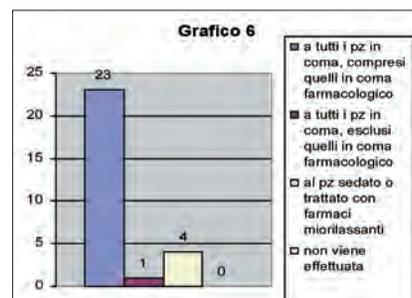
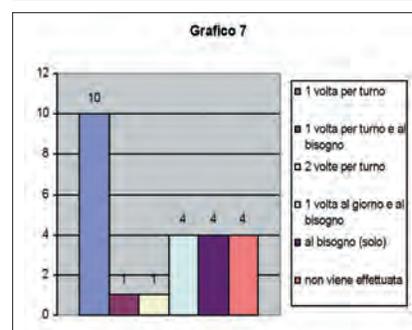
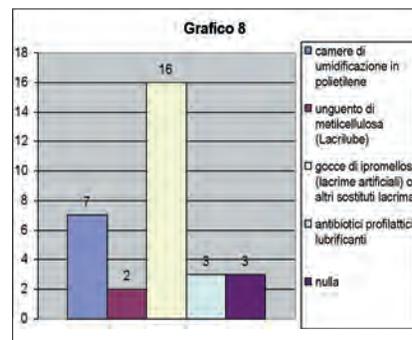
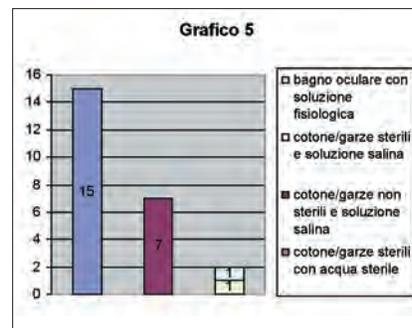
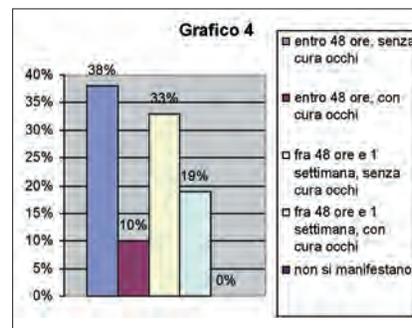
È utile ricordare che dallo studio effettuato in Corea, il rischio di sviluppare disturbi oculari aumenta nel paziente sedato e in quello a cui vengono somministrati farmaci miorilassanti, rispettivamente di 4,2 volte e di 2,3 volte.

Undici TI su 24 intervistate effettuano la pulizia oculare una volta per turno. Una sola TI la effettua due volte per turno. Quattro unità operative la effettuano solo al bisogno.

Come detto in precedenza, in letteratura non sono presenti studi che permettono di stabilire quale sia la frequenza corretta degli interventi di cura degli occhi, ma viene senza dubbio raccomandata una frequenza regolare. (Grafico 7)

Considerando i dati raccolti assai diversi tra loro, ed essendo difficile stabilire cosa significhi "frequenza regolare", possiamo però fare una riflessione: l'infermiere avrebbe sicuramente una maggiore comprensione del problema e possibilità di valutazione degli interventi assistenziali se, almeno una volta per turno, attuasse un intervento sugli occhi, sia esso di cura o di monitoraggio.

Senza studi specifici risulta difficile ipotizzare la risposta al quesito "quale frequenza è raccomandata", che rimane irrisolto. Inoltre, è sempre necessario considerare alcuni fattori soggettivi per ogni paziente quali condizioni cliniche,



effettuazione di manovre di aspirazione endotracheale che possono contribuire alla diffusione di contaminazioni oculari, presenza di presidi che non serve rimuovere frequentemente (es. camere di umidificazione) e che per le loro caratteristiche potrebbero ridurre la necessità di effettuare l'igiene oculare ad ogni turno o più volte per turno, etc.

Sono state analizzate le modalità utilizzate per mantenere il film lacrimale e prevenire l'essiccamento dell'occhio: le risposte risultano essere 31 (anziché 24) perché alcune terapie intensive utilizzano più metodi in associazione. (Grafico 8) L'intervento di mantenimento del film lacrimale viene eseguito in 16 terapie intensive attraverso l'instillazione di gocce di ipromellosa (lacrime artificiali). Tre terapie intensive fra queste associano l'intervento all'applicazione di camere di umidificazione in polietilene, altre tre lo associano all'utilizzo di unguenti lubrificanti o altri sostituti lacrimali. Nove su sedici utilizzano unicamente le lacrime artificiali per mantenere il film lacrimale. Sette terapie intensive (29%) applicano le camere di umidificazione in polietilene, metodo più efficace secondo alcuni studi che hanno comparato diverse modalità di mantenimento del film lacrimale^{16,17,18,19}.

In merito alla frequenza dell'intervento di mantenimento del film lacrimale le risposte prevalenti sono "al bisogno" e "una volta per turno". (Grafico 9) Il dato sulla frequenza degli interventi di cura degli occhi andrebbe analizzato tenendo conto di altri fattori, in primo luogo del metodo utilizzato per non incorrere in errori di interpretazione. "Al bisogno" potrebbe significare più volte per turno oppure più raramente. Se prendiamo in considerazione il metodo utilizzato dalle terapie intensive che hanno dato questa risposta, vediamo che quattro di queste utilizzano le camere di umidificazione in polietilene (che possono richiedere una minore frequenza di sostituzione) in associazione o meno alle lacrime artificiali, le altre tre utilizzano solo le lacrime artificiali. Dieci terapie intensive su ventiquattro effettuano questo tipo di intervento almeno una volta per turno e il metodo principalmente utilizzato è quello del-

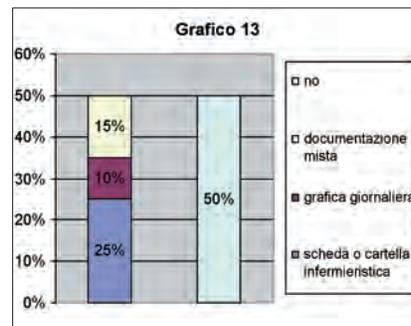
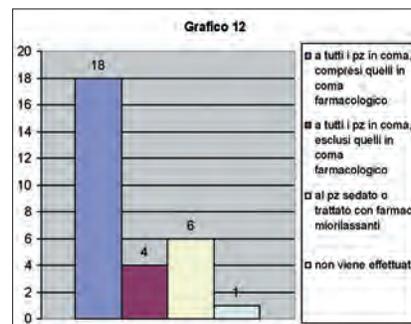
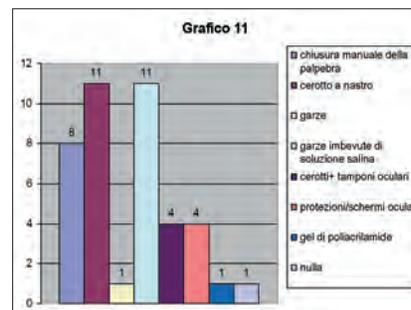
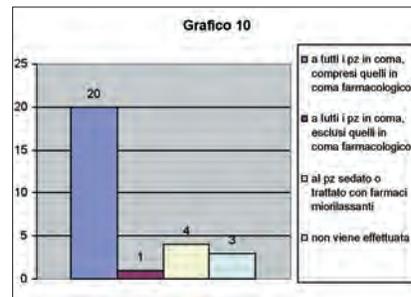
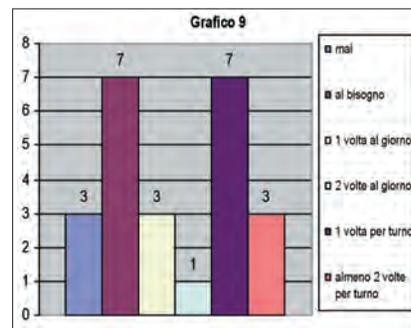
l'instillazione di gocce di ipromellosa (lacrime artificiali).

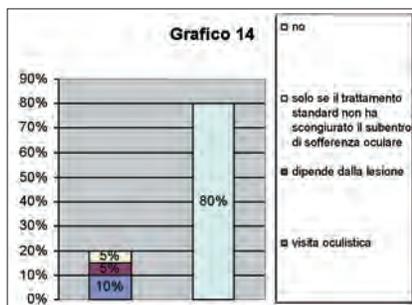
Il mantenimento del film lacrimale viene effettuato nell'83% delle terapie intensive a tutti i pazienti in coma, compresi quelli in coma farmacologico; inoltre, nel 17% di queste terapie intensive viene effettuata anche nel paziente sedato o trattato con farmaci miorilassanti. Tre unità operative su ventiquattro non effettuano questo intervento. (Grafico 10)

Fra i metodi utilizzati per mantenere chiusa la palpebra vi sono la chiusura manuale, con cerotto a nastro e con garze imbevute di soluzione salina, attuati singolarmente, in associazione tra loro o con altri interventi. Solamente una terapia intensiva afferma di non effettuare interventi di chiusura palpebrale. Altre possibili risposte come garze imbevute di paraffina, suture palpebrali a freddo (suture di trazione delle palpebre inferiori), tarsorrafia temporanea (barra laterale o mediale o sutura di Fuch), non sono state considerate dagli intervistati. (Grafico 11)

La quasi totalità delle T.I. effettuano l'intervento di chiusura della palpebra al paziente in coma, anche farmacologico. Di queste, cinque lo effettuano anche al paziente sedato o trattato con farmaci miorilassanti. Quattro terapie intensive chiudono la palpebra al paziente comatoso, ad esclusione di quello in coma farmacologico. Una sola terapia intensiva non effettua la chiusura della palpebra al paziente comatoso. (Grafico 12)

Metà delle TI intervistate non registra gli interventi di cura degli occhi; l'altra metà li registra in vari tipi di documenti: cartella infermieristica, grafica giornaliera, etc. (Grafico 13) Questo determina la difficoltà di risalire a dati certi in caso di ricerca finalizzata. Molte prestazioni assistenziali sembrano poco rilevanti nella cura complessiva del paziente e quindi le si documenta poco; specularmente, gli interventi poco o non documentati sono destinati ad essere considerati nella prassi assistenziali poco importanti. Invece, come anticipato nella parte iniziale, la cura degli occhi è riconosciuta come una procedura del nursing di base, che risulta essenziale per i pazienti in stato comatoso in terapia intensiva.





Nella maggior parte delle TI (80%) non vengono effettuati controlli alla dimissione per verificare la presenza di danno oculare. (Grafico 14)

Nessuna TI è in possesso di dati percentuali sull'incidenza di danno oculare permanente nei pazienti che sono stati ricoverati in stato comatoso.

Questi ultimi dati forniscono vari spunti di riflessione.

Il fatto che non si effettui un controllo alla dimissione implica che sia difficile avere dei dati statistici su eventuali danni oculari permanenti e, conseguentemente, è impossibile valutare la bontà degli interventi messi in atto per la cura degli occhi del paziente comatoso.

Risulta necessario chiedersi: non si registrano gli interventi perché si ritiene che abbiano priorità più bassa rispetto ad altri, oppure il problema è poco conosciuto e di conseguenza poco trattato e poco studiato?

Discussione

La prima parte dello studio ha permesso di ricavare alcune indicazioni di buona pratica infermieristica per la cura degli occhi del paziente comatoso ricoverato in terapia intensiva.

Tuttavia, la scarsità di evidenze su questo argomento richiede attenzione.

La cura degli occhi del paziente comatoso viene effettuata con modalità spesso diverse. Seppure nella maggior parte dei casi vengano seguite le indicazioni di buona pratica infermieristica, è evidente che in alcune unità operative questo aspetto dell'assistenza sia poco conosciuto, trattato e documentato.

L'applicazione rigorosa da parte di ogni membro del gruppo infermieristico di semplici protocolli per la cura degli occhi del paziente comatoso potrebbe diminuire in modo significativo l'insor-

genza di disturbi oculari nel paziente comatoso.

La ricerca infermieristica potrebbe avere ampio spazio nell'approfondimento di questo aspetto dell'assistenza che, spesso considerato poco importante e di minore priorità rispetto ad altri interventi infermieristici in area critica, può portare a delle complicazioni che incidono fortemente sulla qualità di vita del paziente.

Conclusioni

La cura degli occhi del paziente comatoso è un intervento assistenziale infermieristico essenziale nella prevenzione di complicanze oculari.

I risultati degli studi presenti in letteratura e dell'analisi epidemiologica effettuata in ventiquattro terapie intensive italiane indicano che l'argomento è ancora poco conosciuto e documentato, e che non sempre vengono seguite le raccomandazioni scientifiche presenti nelle linee guida.

Oltre alla consapevolezza del problema e alla conoscenza delle norme di buona pratica, è importante che ciascuna terapia intensiva esegua una precisa valutazione degli interventi messi in atto, in modo da individuare più facilmente le pratiche inefficaci ed evitare sprechi di risorse.

L'inclusione della cura degli occhi nella pianificazione dell'assistenza al paziente comatoso potrebbe avere un duplice effetto: da una parte può aumentare la consapevolezza del problema e dall'altra evidenziare le aree di miglioramento nella prevenzione delle complicanze.

Bibliografia

- ROSENBERG, JAMIE B. MD, EISEN, LEWIS A. MD. *Eye care in the intensive care unit: Narrative review and meta-analysis*. Crit Care Med, 36 (12), 3151-3155.
- HERNANDEZ EV, MANNIS MJ: *Superficial keratopathy in intensive care unit patients*. Am J Ophthalmol 1997; 2:212-216
- MERCIECA F, SURESH P, MORTON A, et al.: *Ocular surface disease in intensive care unit patients*. Eye 1999; 13:231-236
- IMANAKA H, TAENAKA N, NAKAMURA J, et al.: *Ocular surface disorders in the critically ill*. Anesth Analg 1997; 85:343-346
- HILTON E: *Nosocomial bacterial eye infections in intensive care units*. Lancet 1983; 13:1318-1320
- HUTTON W, SEXTON R: *Atypical pseudo-*

monas corneal ulcers in semicomatose patients. Am J Ophthalmol 1972; 73:37-39

- OMMESLAG D, COLARDYN F, DE LAEY JJ: *Eye infections caused by respiratory pathogens in mechanically ventilated patients*. Crit Care Med 1987; 15:80-81
- KIRWAN JF, POTAMITIS T, EL-KASABY H, et al.: *Lesson of the week: Microbial keratitis in intensive care*. Br Med J 1997; 314:433
- MAURICE DM: *The Von Sallmann Lecture 1996: An ophthalmological explanation of REM sleep*. Exp Eye Res 1996; 66:139-145
- DUA HS: *Bacterial keratitis in the critically ill and comatose patient*. Lancet 1998; 351:387-388
- OMMESLAG D, COLARDYN F, DE LAEY JJ: *Eye infections caused by respiratory pathogens in mechanically ventilated patients*. Crit Care Med 1987; 15:80-81
- JOYCE N: *Eye care for intensive care patients: a systematic review*. The Joanna Briggs Institute for evidence based nursing and midwifery, Adelaide. Best Practise 6, 1-6
- LENART SB, GARRITY JA: *Eye care for patients receiving neuromuscular blocking agents or propofol during mechanical ventilation*. Am J Crit Care 2000; 9:188-191
- TARO KIVELÄ: *Lagopthalmos*. EBM Guidelines. (21.6.2005). Artiche ID: ebm00825 (037.012). © Duodecim Medical Publications Ltd. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ebm.wiley.com>
- EZRA DG, LEWIS G, HEALY M, et al.: *Preventing exposure keratopathy in the critically ill: A prospective study comparing eye care regimes*. Br J Ophthalmol 2005; 89:1068-1069
- CORTESE D, CAPP L, MCKINLEY S: *Moisture chamber versus lubrication for the prevention of corneal epithelial breakdown*. Am J Crit Care 1995; 4:425-428
- SO HM et al.: *Comparing the effectiveness of polyethylene covers (Gladwrap TM) with lanolin (Duratears®) eye ointment to prevent corneal abrasions in critically ill patients: A randomized controlled study*. Int J Nurs Stud 45 (2008) 1565-1571
- SIVASANKAR S, JASPER S, SIMON S, JACOB P, JOHN G, RAJU R. *Eye care in ICU*. Indian J Crit Care Med 2006; 10: 11-4
- KOROLOFF N, BOOTS R, LIPMAN J, et al.: *A randomized controlled study of the efficacy of hypromellose and Lacri-Lube combination versus polyethylene/Cling wrap to prevent corneal epithelial breakdown in the semiconscious intensive care patient*. Intensive Care Med 2004; 6:1122-1126
- MARSHALL AP, ELLIOTT R, ROLLS K, SCHACHT S, BOYLE M: *Eyecare in the critically ill: clinical practise guideline*. Aust Crit Care (2008) 21, 97-109

Abstract

Background: intensive care patients have got a high risk of developing exposure keratopathy that may progress to microbial keratitis and visual loss whether untreated.

Aim: to identify effective eye care methods in intensive care patients through a literature review as well as to compare eye care methods in Italian ICU, through an epidemiological research.

Methods: the literature review was carried out through the research of articles, guidelines and systematic reviews from the major databases (Pubmed, PNLG, EBM, EBN, etc.). The research was carried out on 24 Italian ICU through the delivery of questionnaires on general aspects (use of protocols and guidelines in ICU to manage eye care, incidence of eye disorders, more frequent eye disorders noticed by the équipe); methods of eye care (kind of interventions and frequency) and nursing management (records of the interventions, documentation).

Results: the results emphasize that eye care in a coma patient is still unwell known and poorly documented in many Italian ICU. Different methods are often described to guarantee eye care. While in most of the cases this doesn't mean that standards of good practise are disregarded, in others it is more evident an underestimation and a fragmented management of the problem. However it is noteworthy the discontinuous or absent record of interventions in patient clinical notes..

Conclusions: eye care is an essential nursing practise to prevent ocular disorders in a coma patient. Beside the awareness of the problem and the knowledge of good practise standards, it is important that every ICU perform a specific assessment of interventions in order to identify more easily ineffective practise and avoid waste of resources. The inclusion of eye care in a coma patient care plan may lead to a double result. In fact on the one hand it may increase the awareness of the problem, on the other hand it may point out improvement areas on prevention of complications.

Key words: Eye care, Coma, ICU

4th EfCCNa Congress & FSAIO Spring Congress



CRITICAL CARE NURSING IN EUROPE: WORKING TOGETHER ACHIEVING MORE

European Critical Care Nursing: Working together for a better tomorrow INVITATION

Dear colleagues and friends,

It is a great honour for the European federation of Critical Care Nursing associations (EfCCNa) and the Danish Society of Anaesthesia and Critical Care Nurses (FSAIO) to announce that Her Royal Highness Crown Princess Mary is the patroness of the 4th EfCCNa Congress and the FSAIO Spring Congress, Copenhagen, Denmark from 24-26 March 2011.

We have great pleasure of inviting you to this unique congress of two critical care nursing organizations indicating the strength of collaboration and motivation of critical care nurses which is inspired by the EfCCNa motto: Working Together – Achieving More.

Besides a promising and stimulating scientific programme, Copenhagen is a pulsating metropolitan with a historical oasis full of contrasts and surprises.

We are looking forward to welcoming you in Copenhagen,

Jos Latour & Birte Baktoft

Download first announcement: [First announcement & call for abstracts](#)

For more information, please pre-register to receive all newsletters.

International Organising Committee

Jos Latour, The Netherlands (Co-Chair)
Birte Baktoft, Denmark (Co-Chair)
Eva Barkestad, Sweden
Gordana Dragosev, Serbia
Elio Drigo, Italy
Maria Carrion Torre, Spain
Lisbeth Grenager, Sweden
Anne Kokko, Finland
Lothar Ullrich, Germany
Mette Ring, Denmark

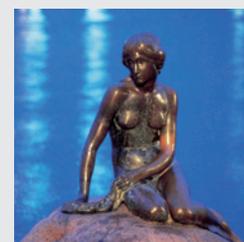
International Scientific Committee

John W. Albarran, UK (Co-Chair)
Ingrid Egerod, Denmark (Co-Chair)
Tom Andrews, Ireland
Carmen Asian, Spain
Aysel Badir, Turkey
Maureen Coombs, UK
Leanne Langhorn, Denmark
Elizabeth Papathanassoglu, Greece
Karen Samuelson, Sweden
Sissel Lisa Storli, Norway

Conference Secretariat

PCO
Van Hauen Conferences & Incentives
Amaliegade 36
DK-1256 Copenhagen K
Denmark

E-Mail: vanhauen@vanhauen.dk



Massimo Michele Greco, Coordinatore Gestionale, Policlinico Tor Vergata – Roma, Docente di Pedagogia Generale e Sociale, Laurea Magistrale in Infermieristica, Seconda Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università La Sapienza Roma

Silvana Di Florio, Coordinatrice Gestionale della Terapia Intensiva

Marco Romani, Coordinatore Clinico dell'Area Emergenza del Policlinico di Tor Vergata - Roma, **Gaetano Romigi**, Coordinatore, Docente e Tutor Corso di laurea in Infermieristica e Master 1° livello - Università di Tor Vergata (sede ASL Rm C)

Lucia Portis, Antropologa, Docente di Antropologia Culturale, Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino

L'utilizzo dei "Diari del paziente" in Terapia Intensiva



Riassunto

Lo scopo: dell'articolo è descrivere l'utilizzo dei Diari di Terapia Intensiva, una prassi presente in alcune strutture sanitarie del nord Europa. I Diari sono considerati uno strumento del prendersi cura di un uno dei maggiori problemi di salute che incontrano i pazienti dimessi dalla Terapia Intensiva: la difficoltà di ricordare gli eventi reali capitati durante il ricovero. Il ricordare in modo allucinatorio e frammentario, dovuto sia alle condizioni acute sia alla sedazione, può essere d'ostacolo al processo di riabilitazione successivo alla dimissione, fino a portare in molti casi allo sviluppo di una Sindrome da Stress Post-Traumatico. I Diari, che riportano per lo più gli eventi del ricovero con un linguaggio semplificato, sono finalizzati ad aiutare il paziente a riguadagnare il senso d'integrità personale e d'identità, permettendo la costruzione di una memoria narrativa del periodo trascorso in Area Critica.

Il metodo: utilizzato per giungere a un'articolata descrizione delle varie prassi adottate nelle Terapie Intensive straniere è consistito nell'effettuare una ricerca su database di riviste infermieristiche e mediche, giungendo a considerare varie tipologie di gestione e sviluppo di questo tipo di diari.

Il risultato: di questa ricerca ha dato rilievo ad una molteplicità di stili, modelli e soluzioni.

Le conclusioni: rilevano come l'uso di questi diari possa essere considerato parte importante delle attività del prendersi cura, anche se l'applicabilità nel contesto culturale e antropologico italiano sia ancora da verificare. Si afferma inoltre che, contrariamente a quanto solitamente pensato, anche l'Area Critica è un campo d'applicazione dell'approccio chiamato Medicina Narrativa.

Parole chiave: Diari del Paziente, Medicina Narrativa, Infermieristica Narrativa, Terapia Intensiva, sindrome da Stress Post-traumatico, Ansia, follow-up in Area critica, Nursing di Area critica.

Scopo dell'articolo

È generalmente acquisito che il campo d'interesse dell'Area Critica non può limitarsi al momento acuto e alla permanenza nei reparti di Rianimazione e di Terapia Intensiva, ma che esso deve considerare anche gli elementi che favoriscono od ostacolano il percorso di riabilitazione seguente la dimissione. Tra gli strumenti che possono concorrere a rispondere ai bisogni del paziente nel suo percorso di riabilitazione, in alcune strutture sanitarie soprattutto estere, è utilizzato il "Diario del paziente" di Terapia Intensiva (in inglese *ICU Diary*). L'articolo, redatto con l'intento di dare una descrizione di questa prassi, si basa

su una selezione effettuata sul database PUBMED e sul Web, senza porre limiti di tempo ed inserendo alcune parole chiave quali *ICU diary*, *narrative*, *narrative based medicine*, *narrative based nursing*. La quasi totalità dei testi esaminati si riferisce a campioni piuttosto piccoli, studiati per lo più con metodi qualitativi: la generalizzabilità dei risultati e delle considerazioni è quindi limitata, a vantaggio di una maggiore intensità descrittiva delle modalità applicative e dei vissuti dei soggetti coinvolti. In questo scritto ci si concentrerà esclusivamente sulla descrizione di questa prassi. Nelle considerazioni finali di questo scritto, condivideremo alcune riflessioni e spunti d'approfondimento ulteriore.

Il contesto: l'estensione del concetto di qualità delle cure intensive

Tra gli esiti auspicabili di un ricovero in

REVISIONE

pervenuto il 30/11/2009
approvato il 15/12/2009

Terapia Intensiva si considerano già da un po' di tempo non solo la sopravvivenza del ricoverato rispetto alle condizioni acute e la prevenzione di sequele patologiche secondo un'ottica biomedica, ma anche la qualità della sua vita successiva secondo un modello biopsicosociale^{1,2}. All'ampliamento temporale del campo d'interesse (ad es. pianificazione del follow-up e dei percorsi di riabilitazione³), si è aggiunta quindi l'estensione di esso ad istanze psicosociali, che sono state riconosciute importanti per il recupero a lungo termine e per il benessere anche del contesto sociale e familiare d'appartenenza⁴. All'attenzione alla dimensione disease (la malattia nel senso strettamente fisiopatologico) si è affiancata quindi, come per altre branche della clinica e dell'assistenza, l'attenzione alla dimensione illness (la malattia come è vissuta dal paziente e dalla sua rete di relazioni sociali).

Tra gli elementi che concorrono a determinare la qualità della vita successiva alla dimissione, nonché la velocità e l'efficacia del percorso di riabilitazione, vi è la possibilità di ricordare ed elaborare il vissuto del periodo trascorso nei reparti critici. Come alcune ricerche hanno chiarito^{5,6}, le persone ricoverate in Terapia Intensiva e che vi trascorrono un lungo periodo in stato di incoscienza, hanno dei ricordi frammentati e confusi dell'esperienza. Questa indeterminatezza del ricordo influenza anche la consapevolezza circa la gravità delle condizioni di salute, circa la complessità delle cure e il tempo necessario per completare la convalescenza con successo⁷. In molti casi, i pazienti ricordano con maggior chiarezza le proprie allucinazioni riguardo al ricovero, anche in termini visivi, piuttosto che i fatti concreti che hanno vissuto⁸. Sono ricordate anche sensazioni auditive, gustative, cinestesiche e propriocettive senza che queste siano attribuibili ad eventi o a fenomeni chiari nella coscienza del paziente (gli odori pungenti, i rumori delle apparecchiature, i cambi posturali vissuti in passività, etc.). La temporalità, ossia il tempo come è vissuto e percepito soggettivamente, risulta anch'esso lesa dall'esperienza del ricovero in Terapia Intensiva, per la difficoltà di reintegrare la percezione

frammentata e obnubilata del tempo vissuto in ospedale e di correlare i ricordi frammentati e spesso onirici in una linea temporale coerente. Nei racconti dei pazienti dimessi dalla Terapia Intensiva, il registro metaforico e immaginifico può essere letto come un tentativo di dare un senso e una rappresentabilità di un'esperienza vissuta non solo nel terrore e nella sofferenza, ma soprattutto nel disorientamento e nella passività¹⁰.

La difficoltà nel ricostruire il vissuto del ricovero è messa in relazione spesso, dopo la dimissione e durante la convalescenza, a problemi psicologici^{11,12} che possono costituire a lungo termine un ulteriore problema di salute¹³ fino ad arrivare ad una possibile diagnosi di Disturbo da Stress Post-traumatico (PTSD)⁴. In alcuni studi sono stati inoltre evidenziati il "bisogno di sapere" dei pazienti e il beneficio che possono trarre dal poter accedere ad informazioni riguardanti il loro soggiorno in Area Critica: la possibilità di ricostruire gli eventi che si sono vissuti nell'inconsapevolezza e nell'incoscienza è in grado, secondo alcuni studi, di compensare e in molti casi risolvere le sequele allucinatorie, gli attacchi di panico frequenti nel lungo termine e la sindrome PTSD⁸. Oltre all'aspetto individuale, tutto il sistema sociale attorno al paziente è messo sotto pressione dal "bisogno di sapere", come fa notare Griffiths: spesso i familiari sono interrogati dal paziente dimesso circa gli eventi del ricovero e sono costretti a ritornare più volte a raccontare ricordi dolorosi. La possibilità di ancorare le percezioni confuse con ricordi concreti e fattuali può quindi rivestire un profondo significato sia per il paziente sia per i suoi cari, che vivono, durante il ricovero ma anche a posteriori ripensando all'esperienza, il bisogno di essere rassicurati sul fatto che il paziente sia stato il più possibile curato e confortato^{16,17}.

Alcune ricerche hanno così formulato l'ipotesi che dando al paziente dimesso informazioni personalizzate circa il passato ricovero si riesca a restituire il senso di controllo sulla propria vita, reintegrando la percezione del tempo vissuto con dettagli che possono agganciarsi ai ricordi frammentati creando un racconto coerente¹⁸. Come si avrà modo

di elaborare nelle considerazioni conclusive, si può parlare non solo di "bisogno di sapere", ma anche di "bisogno di raccontarsi", di restaurare quello spazio di rappresentazione narrativa di se stessi che, secondo alcuni autori, indirizza e costituisce il nostro senso d'identità e d'integrità del sé¹⁹. Si tratta quindi di ripristinare e garantire il "diritto alla propria autobiografia" laddove questo sia stato espropriato da un'esperienza di passività, frammentazione del sé e spaesamento²⁰, come può essere considerata la condizione di paziente di Area Critica.

Il diario: formati, stili e contenuti

Il "Diario del paziente" in Terapia Intensiva è un documento contenente informazioni di livello semplice su ciò che accade al paziente durante il ricovero in Area Critica. La struttura e i modelli di diario variano secondo la struttura sanitaria dove sono sviluppati: in termini generali, nel diario non sono presenti informazioni cliniche ma osservazioni e descrizioni di eventi, anche minimi, che riguardano il paziente. Alcuni centri hanno portato avanti progetti di diario retrospettivo, compilato a posteriori sulla scorta della documentazione clinica dal personale di reparto: in questo caso, le perplessità hanno riguardato il consumo di tempo per compilare questo tipo di documento¹⁸. La maggior parte dei diari citati negli articoli scientifici riguarda invece una tipologia prospettica, secondo la quale il diario è redatto durante il ricovero. Questo articolo tratta del tipo di diari prospettici. Di seguito un esempio di scrittura del "Diario del paziente" di Terapia Intensiva:

Lunedì 18 giugno

'Sei stato sdraiato sul tuo stomaco per diverse ore oggi. Ciò significa che invece di giacere sul tuo dorso o sul fianco, ti abbiamo girato, supportando il tuo lato destro con dei cuscini. Facciamo questo perché fa bene ai tuoi polmoni e ti aiuta ad assumere l'ossigeno. Mi domando se di solito dormi a pancia in giù. Sembri così rilassato in questa posizione. Mi chiedo se ricorderai che sei stato sdraiato in questa posizione, quando

ti sarà permesso di svegliarti.'

Christine Lind, intensive care nurse ²¹

In alcune strutture sanitarie, l'intero diario è lasciato al letto del paziente; in altre si appronta un raccoglitore a fogli singoli rimovibili, cambiati di giorno in giorno e poi conservati in un luogo sicuro del reparto. Il testo è redatto principalmente dal personale sanitario, infermieristico e medico, in modo volontario. In alcuni centri, i parenti/visitatori, insomma tutti quelli che sono coinvolti nella cura, sono incoraggiati a leggere il diario e a contribuire con riflessioni, pensieri, commenti e notizie, ad esempio su quello che succede a casa, sulle persone che hanno chiesto del paziente, su altre notizie considerate importanti per il paziente (anche i risultati sportivi); se ci sono bambini, si includono nel diario disegni e letterine scritte da loro. In alcune strutture, una commissione interna al reparto rivede e approva il contenuto del diario in fase finale, in alcuni casi fornendo anche una consulenza medico-legale circa l'opportunità della consegna.

Nel modello sperimentato da Combe¹⁵ il diario inizia con un breve sunto degli eventi che hanno portato al ricovero in Area Critica. Nel modello descritto da Bäckman¹⁹ a queste informazioni si aggiungono gli eventi iniziali e lo stato della malattia all'atto del ricovero. Il personale sanitario poi, giornalmente, vi scrive informazioni fattuali circa le condizioni del paziente, gli eventi della giornata e ogni modifica dei trattamenti. Bäckman specifica, che lo scrivere è un atto volontario, che in ogni caso va sottoscritto con la firma.

Si cerca di utilizzare un linguaggio semplice e diretto. Nella ricerca sull'utilizzo dei diari in Danimarca²², si riporta che lo stile di scrittura deve essere per lo più distaccato e che si deve evitare un tono confidenziale (ad es. alcune strutture non incoraggiano l'utilizzo di termini quali "Dear", per evitare il paternalismo). Solitamente, sono i familiari ad utilizzare un linguaggio più emotivo e colorato affettivamente.

Roulin²³, analizzando i contenuti di alcuni diari, ha messo in luce la dimensione chiave della condivisione (*sharing*): della storia di ricovero; della presenza costante, sia di chi scrive che del

paziente; delle emozioni e dei sentimenti dei familiari e del personale di cura; della voglia di essere di supporto alla guarigione del paziente, tramite incoraggiamenti, messaggi di buon augurio, supporto reciproco tra chi scrive. Così commenta Roulin: "Nei diari c'è qualcosa di più di una semplice narrazione di eventi: essi sono un'attività del prendersi cura" (*They are a caring activity*). Il concetto di condivisione evoca quindi la dimensione comune e condivisa del prendersi cura, tramite una narrazione partecipata e collettiva. Storli²⁴, in un suo studio fenomenologico, mette in luce come l'utilizzo di un linguaggio chiaro e comprensibile può essere visto come un atto di cura, come qualcosa fatto espressamente per il paziente. Il diario può considerarsi come la parte scritta di una "caring conversation", che continuerà verbalmente dopo le dimissioni, dove la persona sofferente trova uno spazio dove riottenere la propria autostima. Il diario costituisce anche una verifica/conferma della presenza dei propri cari accanto a sé e una conferma del proprio valore in forza della testimonianza circa la sollecitudine del personale di cura²⁵.

Utilizzo di fotografie nel diario

Come già specificato prima, una delle fonti di spaesamento per il paziente dimesso dalla Terapia Intensiva riguarda il non riuscire a rendersi conto della gravità delle condizioni né dell'estensione e dell'intensità delle cure subite. Avere la possibilità di confrontarsi con una fotografia è stato descritto da alcuni pazienti come un mezzo utile per questa presa di coscienza¹⁸. Le fotografie sono utilizzate a volte come ausilio, insieme all'esame dei contenuti del diario, durante il counseling di follow-up con il paziente. Non sono riportati particolari effetti negativi, ma anzi si pone l'accento sulla possibilità di utilizzare le fotografie come strumento d'elaborazione della realtà del vissuto di ricovero e di definizione degli obiettivi di riabilitazione. Una ricerca qualitativa sulla percezione da parte dei pazienti di questi diari con le fotografie ha dato risultati positivi: i commenti dei pazienti hanno messo in luce la possibilità di utilizzare

le fotografie per raccontare e condividere con i loro cari la condizione vissuta, altrimenti difficile da spiegare¹⁸. La ricerca di Bergbom sull'apprezzamento da parte dei pazienti del diario, pur riguardando un piccolo campione, ha messo in luce come fosse sentita la mancanza delle fotografie¹⁷.

L'esecuzione di fotografie è concordata con i parenti, dai quali si cerca il consenso informato (verbale o scritto secondo i centri) dopo aver loro spiegato i benefici di tale pratica e l'assoluta tutela nei termini della privacy. Alcune sperimentazioni hanno ritenuto importante per i pazienti l'inclusione nelle fotografie del personale di cura e dei visitatori, per rendere evidente il fatto che non erano stati lasciati da soli¹⁵. Si è abbastanza concordi nell'utilizzare con accortezza e prudenza tale strumento, ma, in alcuni casi, si è scelto di ovviare al problema della riservatezza includendo fotografie generiche dell'unità di degenza.

L'informazione e la formazione del personale di Terapia Intensiva

Le modalità di redazione sono nella maggior parte dei casi definite a priori con fogli informativi o con Linee guida per il personale curante, con indicazioni circa il tipo di notizie e informazioni che vanno inserite. Le Linee guida, se presenti, possono definire anche: il tipo di paziente per il quale attivare questo strumento, solitamente in base alla prognosi; la modalità di restituzione al paziente; di conservazione; di eventuale trasmissione; di distruzione. Nelle esperienze descritte nella letteratura esaminata non si parla esplicitamente di una formazione sulla competenza alla scrittura, cosa che va rilevata in considerazione delle diverse resistenze che l'atto di scrivere può comportare, soprattutto quando questo abbia dei significati non direttamente professionali (registrazione degli atti e dei dati clinici ed assistenziali, etc.) ma più propriamente narrativi e discorsivi.

La consegna del diario al paziente

Il diario è consegnato al paziente con modalità che variano in base al tipo

d'organizzazione dei percorsi assistenziali, al momento o della dimissione dalla Terapia Intensiva e del trasferimento in reparto di degenza ordinaria, o durante il follow-up. In alcune esperienze, la consegna si compie durante un incontro con il paziente e l'operatore principale (*Primary team nursing, Clinical ICU Nurse*); in altri casi la consegna del diario e l'incontro con il personale avvengono in due momenti distinti. I pazienti esprimono spesso una profonda gratitudine nel ricevere il diario, che è visto come un dono gratuito e di grande significato²⁶; anche per i familiari dei pazienti deceduti, questo strumento può aiutare l'elaborazione del lutto e costituire un mezzo di conforto¹⁷. Per molti pazienti, la lettura del diario è un'azione che richiede tempo: per alcuni di loro, la possibilità di ripensare e affrontare la narrazione scritta dell'esperienza può richiedere anche qualche mese. La lettura dei fatti concreti accaduti durante il ricovero è riferita dai pazienti come un ausilio per elaborare l'esperienza, andare avanti e, in un certo senso, mettere da parte per quanto possibile l'esperienza¹⁵.

L'utilizzo dei "Diari del paziente"

Diffusosi prima in area scandinava e poi in Nord Europa, l'utilizzo di "Diari del paziente" in Terapia Intensiva è entrato a far parte, con il tempo, di un'ampia ed estensiva pianificazione delle cure intensive, che utilizza tale strumento nel follow-up e nella riabilitazione psicosociale del paziente dimesso. È riferito che le prime esperienze di "Diario del paziente" sono state realizzate nel 1984 in Danimarca e che attualmente il 40% delle terapie intensive danesi utilizzano i diari^{17,22}. Essi sono stati introdotti non tanto come un trattamento formalmente riconosciuto, ma, ci sembra di poter dire, come una iniziativa pragmatica, frutto di un sapere empirico e di un'intuizione empatica da parte del personale infermieristico. Le promotrici di tale prassi sembrano, infatti, essere principalmente le infermiere, come descritto non solo dallo studio danese ma anche altrove²⁹.

Le ricerche su quanto questo strumento influisca sul percorso di riabilitazione

sono state finora effettuate su campioni abbastanza piccoli e non si è giunti a delle conclusioni certe, anche se i risultati sono molto incoraggianti^{15,17,25,29}. La ricerca di Bergbom su un piccolo campione di pazienti ha confermato la capacità del diario di aiutare il paziente a ricostruire temporalmente gli eventi¹⁷. È necessaria in ogni modo una verifica su campioni quantitativamente e qualitativamente più importanti, soprattutto sugli effetti misurabili di tale pratica³⁰. Un tale tipo di strumento sarebbe in linea, senza nulla togliere alla necessità d'interventi specialistici di tipo psichiatrico, con modelli di interpretazione del PTSD che sottolineano una relazione tra risoluzione della sindrome e capacità di costruire una rappresentazione autobiografica coerente del proprio vissuto³¹. A breve dovrebbero essere a disposizione i dati provenienti da uno studio multicentrico che coinvolge dieci Terapie Intensive europee per un totale di 350 pazienti, circa la capacità del "Diario del paziente" di ridurre l'incidenza di PTSD cronica³⁰.

Alcune considerazioni

Come iniziativa spontanea, simile a tante iniziative che sono prese dal personale infermieristico, la redazione dei diari è stata realizzata per molto tempo come un gesto gratuito di cura e d'attenzione e non tanto come una prestazione assistenziale "ufficiale". Probabilmente, la necessità di preservare l'aspetto di dono di questi atti (come di tanti altri comportamenti, ad esempio il toccare affettivamente il paziente, la scrittura spontanea da e verso i pazienti, etc.) ha permesso a queste iniziative di diventare prassi anche consolidate. C'è voluto invece un po' di tempo perché esse siano diventate destinatarie di ricerche finalizzate a migliorarne le modalità di realizzazione e a verificarne gli eventuali effetti in termini di salute. Questi interventi sono stati spesso effettuati in base alla percezione soggettiva, da parte del personale di cura, di un bisogno cui rispondere, non tanto, almeno finora, in base ad aspettative certe, determinate da evidenze scientifiche. L'evidenza e il senso di necessità sono invece i risultati di una sensibilità empa-

tica e di una intelligenza emotiva del personale infermieristico. È da indagare quanto e perché questo tipo d'iniziativa, che hanno pur larga parte nell'arricchire di senso esistenziale l'assistenza, sia per chi la riceve che per chi la realizza, fatichino spesso ad acquisire valore ufficiale e autorevolezza.

Un'altra dimensione è quella dell'adozione di una prospettiva narrativa nell'assistenza. Ci si riferisce all'approccio denominato *Medicina Narrativa*, ossia la medicina e l'assistenza praticate con *competenza narrativa*, che consiste nella capacità di *assorbire, interpretare e rispondere* alle storie di malattia³². In questa prospettiva, praticare la cura e prendersi cura vogliono dire anche porre attenzione alla dimensione del *raccontarsi*, del paziente e dell'operatore: diventano quindi materia viva, e non accessoria, dell'assistenza e della clinica i vissuti e il linguaggio con cui sono condivisi. In estrema sintesi, la Medicina Narrativa, vicina al modello biopsicosociale², propone un'integrazione tra la dimensione *Narrative Based* e quella *Evidence Based*: tra la commensurabilità dell'approccio biomedico e l'incommensurabilità del vissuto della persona assistita e di chi si prende cura³³. La maggior parte degli autori e delle autrici che si interessano di Medicina Narrativa, ma forse anche la maggior parte degli operatori di Area Critica, escludono solitamente dal campo di dominio di tale approccio le condizioni acute (Pronto soccorso, Reparti di Area Critica e Rianimazione), individuando come elettive di questo tipo d'approccio le condizioni croniche e a lungo termine (diabete, malattie oncologiche, etc.). Le esperienze dei "Diari del paziente" in Terapia Intensiva invece rappresentano una possibilità d'applicazione di competenze narrative anche in contesti acuti e critici, dove la sensibilità narrativa, ossia il rilievo che è dato all'attitudine del tutto umana di raccontarsi e di potersi raccontare, entra in campo come strumento d'integrazione del sé del paziente. Se, come riassume Zannini, "esercitare una medicina narrative-based significa (...) raccogliere in modo adeguato tutte le informazioni utili sul disease, analizzare la illness del paziente attraverso le tecniche di comunicazione più idonee (vale a dire quelle

patient-centered) e co-costruire con lui/lei una storia di malattia⁹⁴, ci sembra che l'utilizzo dei "Diari del paziente" rientri in questa definizione. Il concetto di co-costruzione della storia di malattia quindi può essere applicato anche nei contesti di *counseling* di follow-up, di competenza infermieristica, in cui il diario fa parte di una strategia e di una relazione di aiuto che, tramite il confronto e la discussione con il paziente sui contenuti del diario, sono finalizzati a co-costruire la storia dell'esperienza di ricovero.

Rimangono da verificare, con strumenti specifici e contestualizzati rispetto alla situazione italiana, alcune criticità (ad esempio dal punto di vista medico-legale). Una criticità che ci sembra interessante si rivela dal punto di vista antropologico: il concetto di malattia, di vulnerabilità, di condivisione con gli altri del proprio stato di salute/malattia e di socializzazione del vissuto di dipendenza, sono categorie fortemente influenzate dalla cultura d'appartenenza. Avendo l'intenzione di avviare tale prassi in Italia, prima di applicare i modelli di "Diari del paziente" sviluppati nel Nord Europa, bisognerebbe interrogarsi su come alcuni elementi possono avere tutto un altro significato nel contesto culturale italiano. È necessario quindi procedere ad una verifica delle attitudini e degli atteggiamenti, sia dei pazienti che del personale di cura, rispetto a questo strumento e alle attività di scrittura richieste.

Una delle dimensioni che viene evocata e messa in discussione dalla prassi dei "Diari del paziente" di Terapia Intensiva è il concetto di memoria: nel pensiero comune, in senso ingenuo dunque, la memoria è vista come un magazzino dove sono stoccati i ricordi come fossero oggetti immodificabili. L'utilizzo dei diari, soprattutto come strumento durante il *counseling*, si riferiscono alla memoria come un processo dinamico, fluido, frutto di una costruzione più che di una scoperta, un esercizio il cui beneficio è nel rendere presente il passato anche a costo di una reinterpretazione degli eventi. Inoltre, questo "avere", questo "possedere" la memoria di sé si conferma alla base della possibilità di vivere, o meglio, di viverci. Oliver Sacks, così come lo cita Bert in un testo

sulla Medicina narrativa, scrive a proposito delle persone con sindrome di Korsakov che "per essere noi stessi dobbiamo avere noi stessi: possedere, se necessario ri-possedere la storia del nostro vissuto. Dobbiamo 'ripetere noi stessi' (...) rievocare il dramma interiore, il ricordo di noi stessi. L'uomo ha bisogno di questo racconto interiore continuo, per conservare la sua identità, il suo sé"⁹⁵.

Bibliografia

1. WALDEMANN C. *Intensive aftercare after intensive care*. Current Anaesthesia and Critical Care 1998; 9: 134-139
2. ENGEL GL. *The need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine*. Science 1977; 196, 129-136
3. DEPARTMENT OF HEALTH. *Comprehensive Critical Care. A Review of Adult Critical Care Services*. 2000; London: The Stationary Office
4. PERRINS J., KING N., COLLINGS J. *Assessment of long-term psychological well-being following intensive care*. Intensive and Critical Care Nursing 1998; 14: 108-116
5. GRANBERG A., BERGBOOM ENGBERG I., LUNDBERG D. *Patients' experience of being critically ill or severely injured and cared for in an intensive care unit in relation to the ICU syndrome*. Part I. Intensive and Critical Care Nursing 1998; 14: 294-307
6. COLUCCI S., PAZZAGLINI AR., PERRONE A. *Lo stato confusionale acuto (SCA) nel paziente in unità di terapia intensiva postoperatoria*. Scenari 1998; 2008; 25 (4): 19-24
7. SAMUELSON K., LUNDBERG D., FRIDLUND B. *Memory in relation to depth of sedation in adult mechanically ventilated intensive care patients*. Intensive Care Medicine 2006; 32: 660-667
8. GRIFFITHS RD., JONES C. *Filling the intensive care memory gap?* Intensive Care Med 2001; 27(2):344-6
9. BÄCKMAN C., WALTHER S. *Use of a personal diary written in the ICU during critical illness*. Intensive Care Medicine 2001; 27: 426-429
10. SOFRI A. *Quelle vite sospese nel reparto di rianimazione* 18.10.2006. La Repubblica.
11. JONES C., GRIFFITHS R., HUMPHRIS G., SKIRROW P. *Memory, delusions, and the development of acute posttraumatic stress disorder-related symptoms after intensive care*. Critical Care Medicine 2001; 29: 573-577
12. SCRAGG P., JONES A., FAUVEL N. *Psychological problems following ICU treatment*. Anaesthesia 2001; 56: 9-14
13. SKIRROW P. *The impact of current media events on hallucinatory content in the ICU patient*. British Journal of Clinical Psychology 2000; 5: 34-39
14. HUPCEY JE., ZIMMERMAN HE. *The need to know: experiences of critically ill patients*. American Journal of Critical Care 2000; 9: 192-198
15. COMBE D. *The Use of Patient diaries in an intensive care unit*. Nursing in Critical Care 2005; 10: 31-34
16. VERHAEGHE S., DEFLOOR T., VAN ZUUREN F., DUIJNSTEE M., GRYPDONCK M. *The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature*. J Clin Nurs 2005;14(4):501-9
17. BERGBOOM I., SVENSSON C., BERGGREN E., KAMSULA M. *Patients' and relatives' opinions and feelings about diaries kept by nurses in an intensive care unit: pilot study*. Intensive and Critical Care Nursing 1999; 15: 185-191
18. BÄCKMAN C., WALTHER S. *Use of a personal diary written in the ICU during critical illness*. Intensive Care Medicine 2001; 27: 426-429
19. DEMETRIO D. *Raccontarsi. L'autobio-grafia come cura di sé*. Milano: Editore Raffaello Cortina 1996
20. Cfr. ad esempio PORTIS L. *Storie allo specchio. Racconti migranti*. Milano: Editore Unicopli 2009
21. STORLI SL., LIND R., VIOTTI I. *Using diaries in intensive care: A method for following up patients*, The World of Critical Care Nursing, Vol. 2, N° 4
22. EGEROD I., SCHWARTZ-NIELSEN KH., HANSEN GM., LAERKNER E. *The extent and application of patient diaries in Danish ICUs in 2006*. Nursing in Critical Care 2007; 12:150-167
23. ROULIN MJ., HURST S., SPIRIG R. (2007). *Diaries written for ICU patients*. Qual Health Res. Sep;17(7):893-901 Traduzione nostra
24. ENGSTRÖM A., GRIP K., HAMRÉN M. (2009) *Experiences of intensive care unit diaries: 'touching a tender wound'*. Nurs Crit Care. Mar-Apr;14(2):61-7
25. STORLI SL., LIND R. *The meaning of follow-up in intensive care: patients' perspective*. Scand J Caring Sci 2009; 23(1):45-56
27. Allo stato attuale della mia ricerca, non mi risultano esperienze italiane. Dalla ricerca bibliografica effettuata, le esperienze più interessanti si concentrano in Nord Europa (Paesi scandinavi, Inghilterra, Germania, Svizzera).
28. Abbiamo utilizzato il genere femminile di proposito, avendo avuto l'impressione che la maggior parte dei soggetti coinvolti, sia nella realizzazione di questi diari sia nella ricerca su di essi siano donne, per lo meno nell'ambiente infermieristico.
29. KNOWLES RE., TARRIER N. *Evaluation of the effect of prospective patient diaries on emotional well-being in intensive care unit survivors: a randomized controlled trial*. Crit Care Med. 2009;37(1):184-91
30. GRIFFITHS RD., JONES C. *The intensive care*

- unit diary and posttraumatic stress disorder. Crit Care Med. 2009; 37: 2145-2146
31. EHLERS A., CLARK D. *A cognitive model of posttraumatic stress disorder*. Behav Res Therap 2000; 38:319-345
32. CHARON R. *Narrative medicine. Honoring the stories of illness*, New York: Oxford University press 2006
33. GRECO M.M. *Prendersi cura delle storie di malattia: la medicina narrativa*. Pedagogika.it 2008; Anno XII, n°1 – Gennaio-Febbraio
34. ZANNINI L. *Medical humanities e medicina narrativa*, Milano: Editore Raffaello Cortina 2008, p.69
35. BERT G. *Medicina narrativa – Storie e parole nelle relazioni di cura*, Roma: Il Pensiero Scientifico Editore 2007, p.176

Abstract

The paper aims to describe the use of Intensive Care Unit Diary, a practice in several north European healthcare facilities. ICU Diary is an intervention performed to take care of one side effect that results from an experience in the ICU: the difficulty of the patient to recall the real events that occur during the time spent in the hospital. Delusional and fragmented memories due to clinical interventions and sedation can create serious obstacles to the recovery process; even lead the patient to a Post Traumatic Stress Disorder. The following article describes how the ICU Diary can be used during the follow-up to help a patient restore one's sense of integrity and identity.

The method: used to achieve a complete description was an international nursing and medical journals database review.

The results: gave a complex whole of models, layout and procedures.

The conclusion: is that the Intensive Care Unit Diary, yet to be used in Italy, must be assessed in its feasibility from an anthropological framework; so, there is a subject for further qualitative study. Critical and acute care, long thought to be out of the scope of the Narrative Medicine approach, seems to be successfully amended by the use of this simple daily record.

Key words: Patient Diaries, Narrative Medicine, Narrative Nursing, Intensive Care Units, post-traumatic stress disorder, anxiety, ICU follow-up, critical care nursing.



SCENARIO®

associazione nazionale infermieri di area critica

L' Aniarti è l'associazione professionale che, dal 1981, opera su tutto il territorio nazionale per evidenziare la specificità dell'assistenza infermieristica in area critica e valorizzare la competenza degli infermieri di area critica.

L' Area Critica è l'insieme delle strutture ad alta intensità assistenziale e l'insieme delle situazioni caratterizzate dalla criticità/instabilità vitale del malato e dalla complessità dell'approccio e dell'intervento assistenziale medico infermieristico.

L' Infermiere di area critica è un professionista capace di garantire ovunque alla persona in situazione potenziale o reale di criticità vitale un'assistenza (sanitaria) completa/globale anche attraverso l'utilizzo di strumenti e presidi a rilevante componente tecnologica ed informatica. L'infermiere di area critica si impegna per:

- 1 - il mantenimento di un elevato livello di competenza;
- 2 - il contenimento dei fattori a rischio;
- 3 - La qualità delle prestazioni e dei servizi sanitari.

La quota di iscrizione annuale è di € 30,00 (comprensiva dell'abbonamento annuale alla rivista Scenario) da versare sul cc/p n. 11064508 intestato a:

ANIARTI - Ufficio Soci: Via Val di Sieve, 32 - 50127 Firenze
Tel. 055.434677 - Fax 055.435700

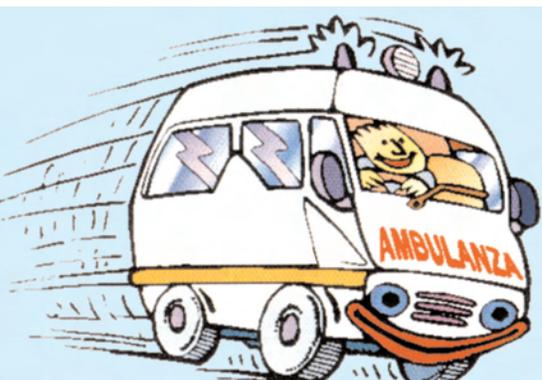
www.aniarti.it

e-mail: aniarti@aniarti.it

cell. 340.4045367/365

Davide Lastrucci, U.O.C. Anestesia e Rianimazione, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, **Maurilio Pallassini**, Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Siena, Policlinico Santa Maria alle Scotte
Giulia Olivagnoli, U.O. Terapia Intensiva Neonatale, Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi

Il trasporto intraospedaliero del paziente critico: coinvolgimento del personale infermieristico per la riduzione dei rischi



Riassunto

Introduzione: il trasporto intraospedaliero dell'utente politraumatizzato è un'attività caratterizzata da alto rischio di morbidità e mortalità. Tali rischi potrebbero essere minimizzati tramite, l'attenta pianificazione dell'intervento e l'impiego di personale opportunamente formato.

Materiali e metodi: lo studio, quasi sperimentale, prospettico, controllato non randomizzato, confronta la eventuale diminuzione dei rischi nei trasporti effettuati da équipe composte da medici e infermieri rispetto ad équipe composte da soli medici.

Risultati: i dati rilevati non permettono di rifiutare l'ipotesi di uguaglianza dei gruppi.

Conclusioni: pur non rilevando differenze significative nei trasporti eseguiti da medici e infermieri, rispetto a quelli condotti da soli medici, viene rilevato che la presenza di infermieri nelle équipe di trasporto facilita la pronta rilevazione ed il pronto trattamento degli eventi avversi, consentendo, quasi sempre, il precoce rientro dei parametri nella norma.

Parole chiave: Trasporto Intraospedaliero, Politrauma, Terapia Intensiva, Infermiere.

Introduzione

Il trasporto intraospedaliero dell'utente politraumatizzato è un'attività complessa caratterizzata da rischi di morbidità e mortalità¹⁻²⁻³⁻⁴. È dimostrato che i trasporti intra-ospedalieri pongono molti degli stessi rischi associati ai trasporti inter-ospedalieri e che la maggior parte degli incidenti accade durante il tragitto dall'unità di terapia intensiva ai dipartimenti di radiologia.²⁻⁵ I pazienti trasportati generalmente sono sedati o curarizzati e può verificarsi l'estubazione acci-

dentale, l'occlusione del tubo endotracheale oppure il dislocamento di quest'ultimo, incidenti questi tendenzialmente correlati al livello di sedazione⁶⁻⁷. I più comuni problemi che si riferiscono al trasporto intraospedaliero sono stati individuati da Beckmann et al.² (sommariamente elencati nel riquadro 1). Oltre ai problemi citati, recenti studi⁸ indicano un possibile aumento dei rischi di polmoniti correlate alla ventilazione artificiale in pazienti soggetti a trasporti intraospedalieri. Altro aspetto studiato riguarda il mantenimento del

ARTICOLO ORIGINALE

pervenuto il 28/10/2009
 approvato il 05/01/2010

Riquadro 1. Problemi comuni nel trasporto intraospedaliero

- ✓ mal funzionamento dei monitor
- ✓ problemi con l'intubazione
- ✓ malfunzionamento del ventilatore meccanico da trasporto
- ✓ interruzione delle infusioni
- ✓ rottura delle pompe infusionali
- ✓ problemi con le batterie delle pompe infusionali
- ✓ problemi comunicativi tra il personale
- ✓ estubazione accidentale
- ✓ mal posizionamento del tubo orotracheale o nasotracheale
- ✓ accidentale dislocamento o disconnessione delle linee
- ✓ inadeguata monitoraggio
- ✓ mancato funzionamento degli allarmi
- ✓ non corretta movimentazione del paziente

paziente in normotermia⁹ fattore questo che sembra ridurre alcuni rischi relativi all'alterazione dei parametri vitali.

I rischi di incorrere in questi incidenti possono essere minimizzati tramite l'opportuna selezione dell'equipaggiamento e l'impiego di personale opportunamente formato¹⁰⁻¹¹. Sono state anche identificate le cause che più frequentemente provocano incidenti durante i trasporti: la scarsa comunicazione tra il personale, l'inadeguata monitoraggio, il mal posizionamento delle vie aeree artificiali, il non corretto posizionamento del paziente e l'utilizzazione di protocolli inadeguati.¹ Essenziale pare quindi essere¹ l'attenta pianificazione del trasporto, comprendente comunicazione e coordinamento pre-trasporto, la selezione del personale e dell'equipaggiamento, l'organizzazione del monitoraggio e della documentazione. Per quanto riguarda il personale addetto al trasferimento, alcuni studi¹²⁻¹³ hanno dimostrato che l'utilizzo di team infermieristici dedicati esclusivamente al trasferimento dei pazienti critici riduce sensibilmente i rischi e le complicanze legate a questo tipo di pratica e aumenta la qualità delle prestazioni erogate, con effetti benefici per i pazienti. Il principio ispiratore della presenza infermieristica durante il trasferimento intraospedaliero è quello di garantire una continuità assistenziale intensiva per tutta la durata delle operazioni. Assistenza questa, che, secondo le linee guida¹⁴ della Society of Critical Care Medicine e dell'American Association of Critical Care Nurses, deve essere identica a quella erogata prima del trasporto. In tal senso altro studio importante, precedentemente citato, è quello di Papson et al.⁵ che, individuando i più probabili effetti avversi, raccomanda per la prevenzione la stretta aderenza alle linee guida esistenti. Benché non esistano dati sufficienti per conclusioni certe³ sembrano incoraggianti i risultati dell'uso nel trasporto di LSTAT¹⁵⁻¹⁶⁻¹⁷ ovvero un Unità di Terapia Intensiva "trasportabile", che, benché apparentemente molto utile, non è al momento in uso in molte unità di terapia intensiva.

In sintesi, il trasporto ospedaliero del paziente critico, data la complessità dell'operazione, richiede, oltre a elevate conoscenze teoriche in ambito di cure intensive, competenze tecniche ed abi-

lità prassiche. Il trasporto effettuato da personale esclusivamente medico potrebbe essere carente per alcuni aspetti, come ad esempio la inidonea mobilitazione del paziente. La presenza di personale infermieristico nell'équipe delegata al trasporto potrebbe ridurre i rischi correlati alla procedura diminuendo il numero di complicanze ed effetti avversi. Obiettivo del presente lavoro è di rilevare le eventuali differenze nelle alterazioni parametriche dei pazienti, ricoverati in unità di terapia intensiva, sottoposti a trasporti intraospedalieri condotti da équipe composte di medici e infermieri rispetto ai trasporti effettuati in assenza di personale infermieristico.

Materiali e metodi

Il disegno dello studio, quasi sperimentale, è di tipo prospettico, controllato non randomizzato. La popolazione eleggibile consiste in tutti i pazienti affetti da trauma cranico e politrauma, amministrativamente ricoverati presso la U.O. di Anestesia e Rianimazione dell'AOU Senese, nel periodo 1 giugno – 30 ottobre 2007 (tabelle 1 e 2). La selezione dei gruppi intervento e controllo avviene su base temporale: nel gruppo di controllo sono stati inclusi tutti i pazienti soggetti a trasferimento intraospedaliero, nel periodo 1 giugno – 31 agosto; nel gruppo intervento sono stati inclusi tutti i pazienti facenti parte della stessa categoria, nel periodo 1 settembre – 30 ottobre. Dal campione sono stati esclusi undici casi, sottoposti ad intervento chirurgico dopo l'esame diagnostico. Il protocollo utilizzato per

regolare il trasporto del paziente critico è quello usualmente adottato dalla U.O. sede di sperimentazione. La variabile indipendente manipolata, nel gruppo intervento, consiste nell'introduzione nell'équipe di trasporto di personale infermieristico, rispetto al gruppo di controllo in cui i trasporti venivano condotti da personale medico e portantini. La variabile dipendente è rappresentata dalle differenze rilevate nei parametri emodinamici, emogasanalitici e respiratori, rilevati immediatamente prima e dopo il trasporto, nonché dopo un'ora dal trasporto. Altra variabile osservata è l'insorgenza di eventi critici e/o incidenti nel corso del trasporto. I dati sono stati raccolti tramite una semplice scheda contenente gli item inerenti le variabili in studio, la cui compilazione è stata affidata al personale medico coinvolto nella procedura di trasporto, in entrambi i gruppi.

I dati ottenuti sono stati tabulati su fogli di calcolo Microsoft Excel[®] 2003 ed elaborati tramite software statistico KyPlot[®] versione 2.0 beta. I calcoli statistici sono stati impiegati dopo aver stimato la vicinanza alla normalità della distribuzione dei dati tramite test di Kolmogorov-Smirnov.

Risultati e discussione

In generale, sia per quello che riguarda i parametri vitali, sia per i parametri emogasanalitici, in entrambi i gruppi, vengono individuate differenze minime nei valori rilevati prima dell'uscita dalla terapia intensiva rispetto a quelli rilevati al rientro (tabelle 3 e 4). Lo stesso è possibile affermare per quello che

Tabella 1. Descrizione della popolazione

	Totale pazienti	Sesso		Range età	Patologia					
		M	F		Politrauma	Trauma cranico	Emorragia cerebrale	Ischemia cerebrale	Arresto cardiaco	Setticemia
Gruppo sperimentale	13	10	3	25 - 79	7	9	2	1	3	0
Gruppo controllo	15	12	3	18 - 79	9	9	14	0	0	1

Tabella 2. Diagnostica effettuata

	Totale Esami	Tipo esame				Esame diurno	Esame notturno
		TAC	RMN	Angiografia	Colonscopia		
Gruppo sperimentale	21	17	2	1	1	18	3
Gruppo controllo	33	32	1	0	0	32	1

Tabella 3. Parametri emogastrici, medie e deviazioni standard

	Gruppo Sperimentale			Gruppo Controllo			T test Δ1 - Δ2
	T0	T1	Δ 1 T0-T1	T0	T1	Δ2 T0-T1	
PaO2	121,54 ±42,83	128,30 ±52,97	6,72	126,49 ±37,80	112,56 ±38,76	-13,94	2,02 P>0,05
PaCO2	35,46 ±4,54	38,69 ±4,31	3,22	37,97 ±14,48	37,65 ±6,09	-0,32	1,18 P>0,05
PIO2/FIO2	293,76 ±85,98	301,33 ±129,78	7,57	317,55 ±14,48	283,79 ±6,09	-33,76	1,77 P>0,05
Ph	7,41 ±0,06	7,38 ±0,07	-0,02	7,41 ±0,04	7,38 ±0,06	-0,03	0,09 P>0,05
HCO3-	23,72 ±3,00	23,60 ±3,02	-0,13	23,43 ±2,30	22,75 ±2,63	-0,68	1,06 P>0,05
ABE	-0,9 ±3,66	-1,06 ±3,70	-2,69	-1,26 ±2,75	-2,16 ±3,11	-0,90	1,16 P>0,05

Tabella 4. Parametri vitali, medie e deviazioni standard

	Gruppo Sperimentale					Gruppo Controllo					T test Δ1 - Δ3	T test Δ2 - Δ4
	T0	T1	T2	Δ 1 T0-T1	Δ2 T1-T2	T0	T1	T2	Δ3 T0-T1	Δ4 T1-T2		
TC	36,99 ±0,57	36,99 ±0,66	36,97 ±0,67	0	-0,02	37,23 ±0,71	37,25 ±0,74	37,25 ±0,69	0,02	0	-0,252 P>0,05	-0,231 P>0,05
FC	89,67 ±19,33	91,71 ±19,33	89,14 ±18,63	2,05	-2,57	90,64 ±21,41	93,97 ±22,49	91 ±19,20	3,33	-2,97	-0,34 P>0,05	0,15 P>0,05
PAs	139,52 ±20,76	140,80 ±23,98	136,66 ±18,68	0	-0,02	139,69 ±25,16	146,69 ±25,70	137,88 ±20,98	0,02	0	-0,88 P>0,05	0,68 P>0,05
PAm	87,66 ±14,80	86,90 ±14,87	87,71 ±13,99	-0,76	0,81	89,58 ±15,00	93 ±15,36	90,58 ±15,00	3,42	-2,42	-1,05 P>0,05	0,74 P>0,05
PAd	64,66 ±11,96	63,33 ±11,74	65,52 ±11,08	-1,33	2,19	66,61 ±12,70	72,64 ±21,95	67,70 ±10,84	6,03	-4,94	-1,98 P>0,05	1,72 P>0,05
SaO2	99,80 ±0,68	99 ±2,37	99,85 ±0,65	-0,8	0,85	99,52 ±1,37	99,09 ±1,99	99,21 ±1,95	-0,42	0,12	-0,66 P>0,05	1,6 P>0,05
PIC	12,55 ±5,07	15,33 ±7,46	12,88 ±5,08	1,19	-1,04	13,42 ±6,80	15,27 ±9,73	14,58 ±12,43	0,69	-0,13	0,39 P>0,05	-0,74 P>0,05
PPC	74,33 ±10,21	72,22 ±13,93	69 ±11,77	-0,9	-1,38	87,08 ±27,16	78 ±18,45	74,50 ±15,60	-2,78	-1,22	0,54 P>0,05	-0,06 P>0,05

riguarda i parametri rilevati dopo un'ora dal rientro (tabelle 3 e 4). I test statistici applicati (t test) non consentono in nessun caso di rifiutare l'ipotesi di uguaglianza tra i gruppi. Non rilevando alcuna significativa differenza tra i gruppi è stata tentata una comparazione suddividendo ulteriormente i due gruppi in relazione al tempo di permanenza fuori

dalla terapia intensiva, sopra e sotto i 40 minuti; benché si evidenzino delle differenze nei dati clinici a causa dei numeri troppo ridotti non è stato possibile valutare le effettive differenze statistiche.

Per quello che riguarda le altre variabili prese in considerazione nello studio, l'analisi dell'insorgenza di eventi avversi

si riporta la seguente configurazione: nel gruppo controllo si sono verificati tre casi di ipertensione, con valori oltre 170 mmHg rilevati al rientro in reparto, un evento di tachicardia e due di desaturazione abbastanza gravi. Nel gruppo caso si sono verificati un caso di ipotensione, tre di ipertensione, tre di aumento della PIC ed uno di desaturazione; di questi, due casi di ipertensione e tre casi di aumento della PIC sono stati prontamente trattati con successo. L'unico incidente, la rottura del trasduttore della PIC, si è verificato durante un trasporto avvenuto nel gruppo di controllo, presumibilmente dovuto a disattenzione durante la mobilizzazione dal letto verso il presidio radiologico.

Nonostante il numero degli eventi avversi risulti proporzionalmente superiore nel gruppo caso, il dato rilevante consiste nel fatto che una pronta rilevazione, con il conseguente pronto trattamento degli eventi, consente quasi sempre il precoce rientro dei parametri nella norma, fatto questo presumibilmente ascrivibile alla presenza di personale infermieristico nella équipe di trasporto.

Conclusioni

In sintesi non sono rilevabili differenze significative nei valori dei parametri vitali al rientro nella terapia intensiva e dopo un'ora dal rientro; parrebbe quindi non essenziale la presenza di personale infermieristico nell'équipe di trasporto. Una possibile spiegazione di questo fatto deriva, probabilmente, dalla stretta aderenza alle indicazioni delle linee guida per quello che riguarda la attenta pianificazione pre-trasporto e la selezione e preparazione dell'equipaggiamento. D'altra parte l'analisi della manifestazione degli eventi avversi mostra un'importante differenza relativa alla pronta rilevazione e successivo intervento nel corso del trasporto con conseguente rientro dei parametri alterati nella norma. L'assenza di una pronta rilevazione e correzione dei parametri alterati, benché apparentemente poco rilevante, potrebbe essere considerato un evento sentinella in relazione all'eventuale manifestazione di alterazioni importanti. Queste considerazioni dovrebbero far seriamente riflettere sugli even-

tuali vantaggi, soprattutto nei casi più critici, riguardo alla presenza di personale infermieristico all'interno dello staff di trasporto.

Limiti dello studio

Il limite principale dello studio si è rivelato essere la scarsità dei tempi utili per lo svolgimento della raccolta dati, in particolare nel gruppo caso. Aver potuto lavorare su un numero di dati più cospicuo avrebbe permesso l'analisi approfondita delle differenze nella tempistica dei trasporti, dove dati clinici mostravano differenze importanti. Inoltre, a posteriori, è possibile affermare che un numero molto più ampio di casi in entrambi i gruppi avrebbe permesso una seria analisi degli incidenti ed eventi avversi permettendo conclusioni probabilmente definitive.

Bibliografia

- WARREN J, FROMM RE JR, ORR RA, ROTELLO LC, HORST HM. *American College of Critical Care Medicine. Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critically ill patients.* Crit Care Med 2004; 32-1: 256-262.
- BECKMANN U, GILLIES DM, BERENHOLTZ SM, WU AW, PRONOVOST P. *Incidents relating to the intra-hospital transfer of critically ill patients. An analysis of reports submitted to the Australian Incident Monitoring Study In Intensive Care.* Intensive Care Med 2004; 30:1579-1585.
- FAN E, RUSSELL D, MACDONALD RD, ADHIKARI NKJ, DAMON C, SCALES DC, WAX RS, STEWART TE, FERGUSON ND. *Outcomes of interfacility critical care adult patient transport: a systematic review.* Critical Care 2006;10:R6.
- MOHAMMEDI I. *Facteurs de risque d'aggravation respiratoire des patients de réanimation ventilés lors des transports intrahospitaliers.* Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 2005; 24:1313-1317.
- PAPSON JP, RUSSELL KL, TAYLOR DM. *Unexpected events during the intrahospital transport of critically ill patients.* Acad Emerg Med. 2007 Jun;14(6):574-7.
- HERNÁNDEZ-GANCEDO C, PESTAÑA D, CRIADO A. *Bispectral index monitoring during intrahospital transport.* Rev Esp Anestesiol Reanim. 2007 Mar; 54(3):169-72.
- DAMM C, VANDELET P, PETIT J, RICHARD JC, VEBER B, BONMARCHAND G, DUREUIL B. *Complications durant le transport intrahospitalier de malades critiques de réanimation.* Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 2005; 24:24-30.
- BERCAULT N, WOLF M, RUNGE I, FLEURY JC, BOULAIN T. *Intrahospital transport of critically ill ventilated patients: a risk factor for ventilator-associated pneumonia--a matched cohort study.* Crit Care Med. 2005 Nov;33(11):2686-7.
- SHECK T, KOBER A, BERTALANFFY P, ARAM L, ANDEL H, MOLNÁR C, HOERAUF K. *Active warming of critically ill trauma patients during intrahospital transfer: a prospective, randomized trial.* Wien Klin Wochenschr. 2004;116(3):94-7.
- LAHNER D, NIKOLIC A, MARHOEFER P, KOINIG H, GERMANN P, WEINSTABL C, KRENN CG. *Incidence of complications in intrahospital transport of critically ill patients - experience in an Austrian university hospital.* Wien Klin Wochenschr. 2007;119(13-14):412-416.
- MCLLENON M. *Use of a Specialized Transport Team for Intrahospital Transport of Critically Ill Patients.* Dimens Crit Care Nurs. 2004; 23(5):225-229.
- BAMBI S. *Il trasferimento intraospedaliero del paziente critico adulto: responsabilità ed interventi infermieristici.* Nursing Oggi, 2000; numero 4.
- GREY A., BUSH S. AND S. WHITELEY. *Secondary transport of the critically ill and injured adult.* Emergency Medical Journal 2004; 21:281-285.
- American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine and American Association of Critical-Care Nurses. *Transporting critically ill patients.* Health Devices 1993 Dec; 22(12):590-1.
- NAKAMURA T, FUJINO Y, UCHIYAMA A, MASHIMO T, NISHIMURA M. *Intrahospital Transport of Critically Ill Patients Using Ventilator With Patient-Triggering Function.* Chest 2003 January; 123(1):159-65.
- VELMAHOS GC, DEMETRIADES D, GHILARDI M, RHEE P, PETRONE P, CHAN LS. *Life support for trauma and transport: a mobile ICU for safe in-hospital transport of critically injured patients.* J Am Coll Surg 2004 July; 199(1):62-8.
- JOHNSON K, PEARCE F, WESTENSKOW D, OGDEN LL, FARNSWORTH F, PETERSON S, WHITE J, SLADE T. *Clinical evaluation of the Life Support for Trauma and Transport (LSTAT™) platform.* Critical Care 2002; 6:439-46

Abstract

Introduction: Intra-hospital transport of polytraumatized patient is characterized by an increased risk of morbidity and mortality. These risks could be minimized through the careful planning of the intervention and the use of trained staff

Materials and methods: Quasi-experimental, prospective, controlled, non-randomized study to compare the possible decrease of transports risk carried out by teams of physicians and nurses than teams of physicians only.

Results: Data collected do not reject the hypothesis of equality of groups.

Conclusions: There aren't significant differences in the carriage performed by the two groups but we have noted that the presence of nurse in the teams, facilitates the detection and treatment of adverse events, and often the early return to standard parameters.

Keywords: Intra-hospital Transport, Polytrauma, Intensive Care, Nurse

CONSIGLIO DIRETTIVO ANIARTI - TRIENNIO 2008-2010

DRIGO ELIO - Presidente

Via del pozzo 19 - 33100 UDINE
Tel. 0432 501461 - Cell. Aniarti 340 4045327
edriago@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 - Cel. 340 4045124
benetton@aniarti.it

GIUSTI GIAN DOMENICO

Rianimazione A.C.U.T.I.A.O. "S.M. della Misericordia" (PG)
Tel.lavoro 075 5783298 - Fax 075 578303
Cel. 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.T.I.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
Cel. Aniarti 340 4045439
marsegliam@aniarti.it - marsegliam@aosp.bo.it

SEBASTIANI STEFANO

Tel. lavoro 0516361449
Cel. 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 - Cel.3479477797
T.I. Casa di Cura Di Lorenzo Avezzano - Tel. 0863428274
stornelli73@gmail.com

CALABRIA

GARROPOLI ADRIANO

Via L. Grassi 11 - 87100 Cosenza
Cel. 338 6254987

CAMPANIA

BIANCHI GIUSEPPE

Via Manzoni,106 - 80046 S. GIORGIO A CREMANO (NA)
Tel.lavoro 081 25427773 - 2542740
Cell. 339 5687771 - Cell. Aniarti 3404045124
bianchipe@libero.it

BUFALINO GIOVANNI

Rianimazione CCH Osp. Monaldi
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
tdcrescenzo@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 Igienico 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

Pzzale S. M. della Misericordia 15, 33100 UDINE,
Azienda Ospedaliero-universitaria di Udine, Dipartimento di
Anestesia e Rianimazione, Tel. 0432/552410 - 329 0547118
Cell. 333 8461153 - tati.luca@libero.it

SPANGARO SABRINA

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

LAZIO

COSSU ILARIA

Via Emma Carelli, 18 00168 ROMA
Tl 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
Tl 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 - 74015 MARTINA FRANCA (TA)
Cell. 339 3827263 - robspespec@libero.it

SARDEGNA

BOE COSTANTINA

Via Rockfeller 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 - mariataormina@libero.it

TOSCANA

CULLURA' CLAUDIO

Pizza 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 - mmarconi@aniarti.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.T.I.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
sofiabellan@virgilio.it

FAVERO VALTER

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



“La persona nel fine vita”

PRONUNCIAMENTO della Federazione Nazionale dei Collegi Infermieri

Gli infermieri da sempre e quotidianamente accompagnano l'assistito “nell'evoluzione terminale della malattia” e le persone a lui vicine “nel momento della perdita e della elaborazione del lutto” attraverso modalità relazionali, atteggiamenti e gesti che vogliono accogliere, ascoltare, assistere, comunicare, lenire. L'8 novembre 2009, il Consiglio nazionale della **Federazione dei Collegi Infermieri**, riunitosi in una seduta aperta anche ai rappresentanti delle Associazioni infermieristiche italiane, dopo avere analizzato il testo della proposta di legge sulle “Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento”, anche in ragione del patrimonio esperienziale costruito accompagnando i propri assistiti nell'evoluzione terminale della malattia e nel fine vita, fasi che sono per tutti, assistiti e professionisti, ad alta intensità relazionale, emozionale e spirituale

ESPRIME IL SEGUENTE PRONUNCIAMENTO

Durante l'evoluzione terminale della malattia e nel fine vita i rapporti tra l'assistito, le sue persone di riferimento, il medico, l'infermiere e l'équipe assistenziale non possono essere rigidamente definiti da una legge potenzialmente fonte di dilemmi etici, difficoltà relazionali e criticità professionali, ma devono essere vissuti e sviluppati secondo le norme dei Codici di deontologia professionale. Il **Codice di deontologia professionale** degli Infermieri italiani,

PER QUANTO ATTIENE LA **RELAZIONE CON LA PERSONA**, RECITA:

- art. 3 La responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.
- art. 35 L'infermiere presta assistenza qualunque sia la condizione clinica e fino al termine della vita dell'assistito, riconoscendo l'importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale.
- art. 36 L'infermiere tutela la volontà dell'assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita.
- art. 38 L'infermiere non attua e non partecipa a interventi finalizzati a provocare la morte, anche se la richiesta proviene dall'assistito.

PER QUANTO ATTIENE **L'INFORMAZIONE ALLA PERSONA**, RECITA:

- art. 20 L'infermiere ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo nell'esprimere le proprie scelte.
- art. 24 L'infermiere aiuta e sostiene l'assistito nelle scelte, fornendo informazioni di natura assistenziale in relazione ai progetti diagnostico-terapeutici e adeguando la comunicazione alla sua capacità di comprendere.
- art. 37 L'infermiere quando l'assistito non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lui chiaramente espresso in precedenza e documentato.

PER QUANTO ATTIENE LA **MODALITÀ DI ASSISTENZA ALLA PERSONA**, RECITA:

- art. 14 L'infermiere riconosce che l'interazione tra professionisti e l'integrazione interprofessionale sono modalità fondamentali per far fronte ai bisogni dell'assistito.
- art. 27 L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi.
- art. 39 L'infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento dell'assistito, in particolare nelle evoluzioni terminale della malattia e nel momento della perdita e della elaborazione del lutto.

I Presidenti dei Collegi provinciali IPASVI, riuniti in Consiglio nazionale e a nome degli oltre **377mila infermieri italiani** che rappresentano, in ottemperanza al proprio **Codice di deontologia professionale**,

SI IMPEGNANO

- a rispettare le scelte dell'assistito anche quando non vi fosse la capacità di manifestarle, tenendo in conto quanto espresso in precedenza e documentato;
- a sostenere la palliazione e la lotta al dolore;
- a respingere l'accanimento terapeutico.

AFFERMANO

- che l'alleanza tra l'assistito e l'intera équipe assistenziale acquista ancor più peculiare valore nell'evoluzione terminale della malattia e nella fase del fine vita.

RIBADISCONO

- che l'integrazione multi professionale è la modalità fondamentale per un'empatica risposta ai bisogni dell'assistito.

CHIEDONO

- che, qualora non vi fossero modifiche al testo della proposta di legge sulle “Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento”, sia data agli infermieri la possibilità di potersi richiamare a quanto previsto nell'art. 8 del loro Codice di deontologia professionale che recita: “L'infermiere nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. Qualora vi fosse e persistesse una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della professione e con i propri valori, si avvale della **clausola di coscienza**, facendosi garante delle prestazioni necessarie per l'incolumità e la vita dell'assistito”.

Annalisa Silvestro

Presidente della Federazione Nazionale Collegi IPASVI “La persona nel fine vita”

Il Comitato Centrale della Federazione Nazionale Ipasvi e i Collegi Provinciali Ipasvi di: Agrigento, Alessandria, Ancona, Aosta, Arezzo, Ascoli Piceno, Asti, Avellino, Bari, Barletta-Andria-Trani, Belluno, Benevento, Bergamo, Biella, Bologna, Bolzano, Brescia, Brindisi, Cagliari, Caltanissetta, Campobasso-Isernia, Caserta, Catania, Catanzaro, Chieti, Como, Cosenza, Cremona, Crotone, Cuneo, Enna, Ferrara, Firenze, Foggia, Forlì-Cesena, Frosinone, Genova, Gorizia, Grosseto, Imperia, L'Aquila, La Spezia, Latina, Lecce, Lecco, Livorno, Lucca, Macerata, Mantova, Massa Carrara, Matera, Messina, Milano-Lodi, Modena, Napoli, Novara-Verbania, Nuoro, Oristano, Padova, Palermo, Parma, Pavia, Perugia, Pesaro-Urbino, Pescara, Piacenza, Pisa, Pistoia, Pordenone, Potenza, Prato, Ragusa, Ravenna, Reggio Calabria, Reggio Emilia, Rieti, Rimini, Roma, Rovigo, Salerno, Sassari, Savona, Siena, Siracusa, Sondrio, Taranto, Teramo, Terni, Torino, Trapani, Trento, Treviso, Trieste, Udine, Varese, Venezia, Vercelli, Verona, Vibo Valentia, Vicenza, Viterbo