

# *in*fermiere oggi

Anno XV - N. 3 - Luglio-Settembre 2005 - Tariffa Associazioni Senza Fini di Lucro: Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abb. post. - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 2, DCB Roma



periodico di idee, informazione e cultura del Collegio Ipasvi di Roma

Organo Ufficiale di Stampa  
del Collegio IPASVI di Roma

**Direzione - Redazione - Amministrazione**

Viale Giulio Cesare, 78 - 00192 ROMA  
Tel. 06.37511597 - Fax 06.45437034

**DIRETTORE RESPONSABILE**  
**Gennaro Rocco**

**SEGRETERIA DI REDAZIONE**  
**Nicola Barbato, Stefano Casciato, Mario Esposito,**  
**Matilde Napolano, Carlo Turci**

**COMITATO DI REDAZIONE**  
Bertilla Cipolloni, Rodolfo Cotichini, Maurizio Fiorda,  
Maria Vittoria Pepe, Francesca Premoselli,  
Maria Grazia Proietti, Ausilia M.L. Pulimeno,  
Emanuela Tiozzo, Marco Tosini.

Rivista trimestrale luglio/settembre 2005  
Tariffa Associazioni Senza Fini di Lucro: Poste Italiane S.p.A.  
- Spedizione in abb. post. - D.L. 353/2003  
(conv. in L. 27/02/2004 n° 46) art. 1, comma 2, DCB Roma  
Autorizzazione del Tribunale di Roma n. 90  
del 09/02/1990

**FOTO: MARIO ESPOSITO**

STAMPA: GEMMAGRAF EDITORE  
00193 Roma - Lungotevere Prati, 16  
Tel. 06 687.98.67 - Fax 06 687.52.70  
e-mail: info@gemmagraf.191.it



ASSOCIATO  
ALL'UNIONE  
STAMPA  
PERIODICA  
ITALIANA

Finito di stampare: Novembre 2005

Tiratura: 25.000 copie

"Infermiere Oggi" pubblica articoli inediti di interesse infermieristico, previa approvazione del Comitato di Redazione. L'articolo è sotto la responsabilità dell'Autore o degli Autori, che devono dichiarare: nome, cognome, qualifica professionale, ente di appartenenza, recapito postale e telefonico. Il contenuto non riflette necessariamente le opinioni del Comitato di Redazione e dei Consigli Direttivi.

Quando il contenuto esprime o può coinvolgere la responsabilità di un Ente, o quando gli Autori parlano a suo nome, dovrà essere fornita anche l'autorizzazione dei rispettivi responsabili.

Il testo deve essere il più conciso possibile, compatibilmente con la chiarezza di esposizione. Le bozze verranno corrette in redazione. I lavori non richiesti e non pubblicati non verranno restituiti.

Le citazioni bibliografiche devono essere strettamente pertinenti e riferirsi a tutti gli Autori citati nel testo. Le citazioni da periodici devono comprendere: il cognome e l'iniziale del nome dell'Autore o dei primi due Autori, nel caso di più di due Autori, verrà indicato il nome del primo, seguito da "et al"; il titolo originale dell'articolo, il titolo del periodico; l'anno di pubblicazione, il numero del volume, il numero della pagina iniziale.

Le citazioni di libri comprendono: il cognome e l'iniziale del nome degli Autori, il titolo del libro (eventualmente il numero del volume e della pagina, se la citazione si riferisce ad un passo particolare), l'editore, il luogo e l'anno di pubblicazione. Gli Autori che desiderano la riserva di un certo numero di copie del numero contenente il loro articolo, devono farne richiesta esplicita al momento dell'invio del testo.

Tutto il materiale deve essere spedito o recapitato al Collegio IPASVI di Roma, Viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma.

### 1 EDITORIALE

di Gennaro Rocco

3 La partecipazione dei famigliari nella riabilitazione dell'utente ricoverato: indagine statistica su un campione di infermieri

di Debora Calenzo e Edda Oliva Piacentini

17 A che punto siamo?

Facciamo due conti

28 TRIAGE DI STRADA

"Metodiche di triage infermieristico applicato alle monoemergenze territoriali"

di Agostino Giunta

37 Cenni storici sull'assistenza

di Alessandro Zampa

39 "Aspetti etico-deontologici

nell'assistenza infermieristica al prematuro con patologia neurologica"

di Piccardi Annalisa e ROMIGI Gaetano

44 Assistenza infermieristica al

paziente politraumatizzato

di Vender Cristian

51 La relazione infermiere - persona assistita: terapia ed...

autoterapia

di Pio Lattarulo, Angela Tramontano

57 Linea diretta con il Presidente

59 L'angolo dei media

61 L'avvocato dice...

64 Infermieri in rete

## E ora i fatti!

di Gennaro Rocco

Come per la costruzione di una casa si elabora il progetto e lo si realizza, così gli infermieri si trovano nella delicata fase dei lavori in corso. Con qualche difficoltà di troppo, però, nel tradurre in tegole e mattoni il disegno tracciato su carta. E con la spiacevole sensazione di ritrovarsi soli. Dopo aver ottenuto (strappandoli con determinazione e caparbia) riconoscimenti legislativi mai raggiunti prima nei campi della formazione, dell'esercizio e dell'autonomia professionale, gli infermieri continuano a subire condizioni di lavoro ben lontane da quelle previste dal quadro delle leggi.

E' su questo fronte che la professione deve serrare le fila, insistere e concentrare ogni energia per spuntarla. Ha il dovere di farlo per i cittadini prima ancora che per se stessa. La missione che ci vede impegnati da qualche anno e che ci chiama oggi a compiere lo sforzo decisivo è proprio questa: trasformare le nostre conquiste in realtà operative, applicate e verificabili nell'attività professionale e organizzativa di ogni giorno. Che senso ha riconoscere per legge agli infermieri una nuova veste professionale se poi sono costretti ad operare come se nulla fosse accaduto? Perché la difficoltà a tradurre le nuove leggi nel concreto, sui luoghi di lavoro, nell'organizzazione del servizio, diventa insuperabile? Chi trova convenienza a mettere alla prova così duramente il senso di responsabilità degli infermieri, spesso l'unico a garantire l'erogazione dei servizi minimi ai cittadini? Domande che dobbiamo porci e girare a



chi porta la responsabilità di certe resistenze. In questo contesto, la particolare "vivacità" politica del nostro Paese non ci aiuta. E non aiuta i cittadini, che nella sanità vorrebbero vedere un riparo sicuro dalle intemperie della propria salute. L'alternarsi quasi convulso di interlocutori istituzionali produce un sistema quanto mai farraginoso e lento, ostacolando

l'applicazione concreta delle leggi e la crescita qualitativa dei servizi sanitari. Tutto ciò si riversa sulle nostre spalle come un peso ulteriore, non più sopportabile.

Alla nuova Amministrazione Regionale del Lazio, nella sua veste di principale interlocutrice della professione infermieristica, abbiamo chiesto un segnale deciso in questa direzione. Chi gestirà il sistema sanitario regionale nei prossimi anni non può prescindere dalle rivendicazioni degli infermieri che, oltretutto, hanno dalla loro una forza ulteriore: quella dei numeri. Incontrando l'Assessore alla Sanità, abbiamo proposto patti chiari fondati su azioni altrettanto chiare e concrete. Pochi punti... almeno questi! A cominciare dall'emergenza infermieristica che non accenna ad attenuarsi e che anzi si aggrava di anno in anno. La carenza di infermieri nelle strutture pubbliche e private del Lazio ha superato ormai la soglia critica ed mette a rischio l'erogazione dei livelli minimi di assistenza. Il turn-over del personale presenta un saldo negativo eclatante, con un numero di neolaureati che non copre la metà dei colleghi che vanno in pensione o che si trasferiscono in altre regioni.

Un'emergenza che, finora, è stato possibile arginare solo attraverso l'assunzione di infermieri extracomunitari, non senza problemi legati soprattutto alla conoscenza della lingua e alla comunicazione. Nelle piante organiche delle Aziende sanitarie e ospedaliere del Lazio mancano almeno 4 mila infermieri, per un rapporto di 5,5 infermieri per mille abitanti contro il 7,7 della media europea. I 30 mila colleghi in servizio sono nettamente insufficienti per garantire la qualità dei servizi, se non attraverso un sacrificio abnormi, sottoponendosi a turni ripetuti e consecutivi, carichi di lavoro eccessivi e stressanti, a una lunga serie di mansioni improprie. La situazione è insostenibile. Abbiamo chiesto e ottenuto dall'Assessore l'impegno prioritario della Regione per sostenere e facilitare le assunzioni e i concorsi per infermieri.

Ma non può bastare. Bisogna contrastare la crisi di vocazioni infermieristiche tra i giovani, agendo insieme per rilanciare l'immagine della professione, il suo appeal e per aiutare le scuole sedi di formazione infermieristica ad uscire dalla profonda crisi economica che vivono ormai da qualche anno. Già molte delle 30 scuole del Lazio convenzionate con le università hanno comunicato di essere prossime alla chiusura per mancanza di fondi. Non possiamo permetterlo! Significherebbe chiudere il principale canale di "approvvigionamento" della professione, privandola del suo futuro. Chiediamo dunque che la Regione Lazio torni a finanziare queste sedi formative, come avveniva prima della trasformazione in corsi universitari. E poi la revisione del protocollo d'intesa Regione-Università, fermo ormai al 1997. Il decollo della Dirigenza Infermieristica e dei Dipartimenti dell'Assistenza costituisce un'altra priorità. La mancata revisione organizzativa dei servizi causa disastri sia in termini economici sia di efficienza e soddisfazione del personale e degli utenti. Chiediamo l'immediata attivazione in ogni Azienda sanitaria e ospedaliera di due dipartimenti: quello dell'Assistenza per le professioni infermieristiche ed ostetriche e quello delle Professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione. E sulle figure di supporto all'attività infermieristica come quella dell'Oss, chiediamo di fissarne ogni anno il reale fabbisogno, attribuirle mansioni svolte impropriamente dagli infermieri,

non considerare gli Oss come possibili sostituti dell'infermiere, formarli esclusivamente nelle scuole infermieristiche e sotto il diretto controllo degli infermieri, dai quali devono essere coordinati.

Anche l'Ecm ha bisogno di nuove regole e nuove condizioni operative. I corsi sono ancora pochi e i Piani Formativi Aziendali, quando esistono, non soddisfano il bisogno formativo di tutto il personale. Per di più il costo, in termini economici e di tempo, ricade tutti sugli infermieri. Servono corsi aziendali in orario di servizio, l'assegnazione di specifici fondi al Programma Ecm, il ricorso a strumenti più moderni come la formazione a distanza, l'e-learning e l'autoformazione.

Ma innovazione non è solo tecnologia. Innovazione è anche puntare con decisione sul territorio, portare i servizi laddove i cittadini li richiedono. Insistiamo: vanno attivati gli ambulatori infermieristici, va sviluppata la figura dell'infermiere di famiglia per la gestione ottimale delle multipatologie croniche, sempre più numerose e complesse con l'aumento della popolazione anziana.

E perché tutto accada davvero c'è bisogno di uno strumento che verifichi costantemente la situazione riferita ai servizi, al personale e all'applicazione effettiva di norme e disposizioni. Abbiamo chiesto l'istituzione di un Osservatorio Regionale sulle Professioni Sanitarie, ricevendo l'assenso della Regione, con cui monitorare la realtà operativa. E' una sfida anche questa, la volontà manifesta degli infermieri di mettersi in gioco continuamente, al passo con quello che la nostra professione è oggi: qualificata, autonoma, di livello europeo. Non dimentichiamo però, che il riconoscimento dell'autonomia professionale e la maggiore qualificazione, comportano anche l'aumento delle responsabilità. E' anche per questo che gli infermieri hanno diritto ad un diverso inquadramento contrattuale (che sia almeno di pari dignità di quello riconosciuto alle altre professioni sanitarie!), e ad uno sviluppo delle carriere. Si tratta di passaggi ineludibili ed improcrastinabili che darebbero risposta a molte delle questioni irrisolte e nuovi impulsi e stimoli ad una categoria che nonostante tutto, continua a garantire prestazioni di ottima qualità e che sa farsi apprezzare dalla gente.

---

## La partecipazione dei famigliari nella riabilitazione dell'utente ricoverato: indagine statistica su un campione di infermieri

---

di Debora Calenzo e Edda Oliva Piacentini

### INTRODUZIONE

**L**a situazione storica della sanità del nostro paese è stata ed è caratterizzata da profondi cambiamenti normativi e organizzativi e la riabilitazione rappresenta l'attività che, più di ogni altra, è interessata da questo processo di sviluppo e di riorganizzazione.

La riabilitazione ha avuto significati diversi in epoche diverse. Inizialmente essa veniva intesa come trattamento del fatto invalidante, costituito da una patologia o da un incidente; ma, come sottolinea Jerome Myers, la riparazione del danno o dell'insufficienza fisica non comporta necessariamente il ripristino funzionale massimale. La riabilitazione si è poi ampliata fino ad includere la funzione sociale e professionale e recentemente, ha cominciato ad interessare lo spazio vitale principale dell'utente, in particolare la famiglia e la comunità. La moderna riabilitazione non è interamente basata su considerazioni umanitarie; e per coloro la cui tendenza è più pragmatica esiste la prova indiscutibile che la riabilitazione è un'impresa economicamente realizzabile. L'aspetto più chiaramente visibile e spettacolare della riabilitazione non deve oscurare un risultato parimenti valido, vale a dire il ripristino della capacità dell'individuo sino al punto in cui questi può riprendere ruoli non specificamente diretti a fornire un guadagno, ma a volte capaci di fornire rinnovamenti sociali e affettivi in numero elevato.

Oggi, la riabilitazione rappresenta un

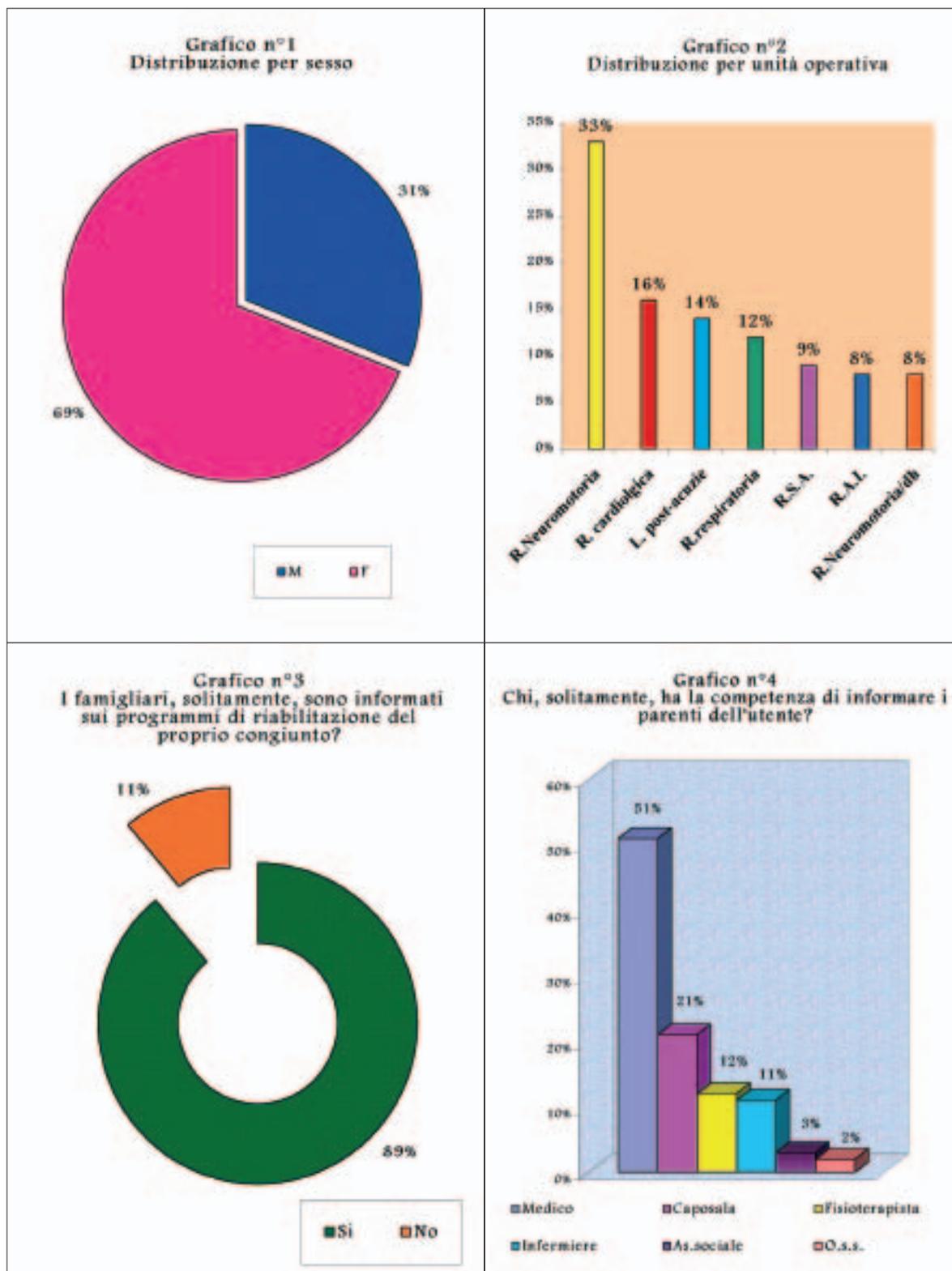
insieme di interventi e attività che mirano ad aiutare le persone a fare uso delle loro risorse residue, per massimizzare il loro stato funzionale, contenere o evitare l'handicap e migliorare la qualità della loro vita. Essa può interessare persone di qualunque età che presentino disabilità fisiche o psichiche.

L'assistenza infermieristica nel settore riabilitativo è la risorsa più importante e al tempo stesso, l'anello più critico per l'impegno relazionale, la responsabilità professionale ed il carico lavorativo.

Essa agisce da *trait d'union* tra utente, famigliari e gruppo riabilitativo e si fa carico di competenze psicologico-tutoriali ed assistenziali. Il contatto a tempo pieno con l'utente ne fa, da un lato, un interlocutore privilegiato a cui l'utente ed i famigliari possono confidare le più intime riflessioni o recriminazioni e, dall'altro, un osservatore pronto a verificare ed attivare le misure emergenti per repentini cambiamenti delle condizioni cliniche dell'utente.

Nel processo riabilitativo, la famiglia gioca un ruolo centrale nella vita dell'utente e ne è il principale contesto di essa. Attraverso le famiglie, le persone crescono, ottengono il senso di sé, coltivano valori e credenze sulla vita e progrediscono attraverso le fasi di sviluppo della vita. La famiglia è la prima guida alla socializzazione, educa sulla salute e la malattia, mostra come ottenere resistenza, adattamento e reazione agli agenti stressanti della vita.

Quando un componente della famiglia si ammala o subisce danni al proprio corpo,



sono influenzati tutti i familiari. In base alla natura del problema di salute, i familiari possono dover compiere numerosi adattamenti al loro stile di vita o devono modificarlo radicalmente.

È importante sottolineare, però, che benché per "famiglia" si intenda tradizionalmente la madre, il padre e i figli, all'interno della nostra società esistono molti altri tipi di convivenze: il conviven-

te, i compagni e i parenti lontani giocano tutti un ruolo significativo nel sistema di supporto.

Pertanto, qualunque sia la struttura della famiglia essa assume un'importanza fondamentale nel processo di riabilitazione dell'utente, in armonia con il gruppo multidisciplinare. L'obiettivo del presente lavoro è stato, quello di indagare sull'opinione degli infermieri riguardo alla partecipazione dei famigliari alla riabilitazione dell'utente ricoverato.

## **DISEGNO DELLA RICERCA: STRUMENTI, MATERIALI E METODI**

### **Campione: caratteristiche, criteri di scelta e reclutamento**

Il campione considerato è costituito da 100 unità infermieristiche

Le unità intervistate sono infermieri di due cliniche riabilitative della regione Lazio.

La collaborazione è stata chiesta a tutti senza distinzione di sesso, età ed anzianità di servizio.

Il reclutamento è stato effettuato recandosi nelle strutture prescelte previa autorizza-

zione dei Direttori Sanitari, richiedendo direttamente agli infermieri la collaborazione allo studio, fornendo nel contempo tutti i chiarimenti necessari e assicurando l'anonimato.

### **Strumenti utilizzati**

Lo strumento utilizzato per la ricerca è stato il questionario: "Valutazione della partecipazione dei famigliari al processo riabilitativo", realizzato direttamente dal gruppo di studio.

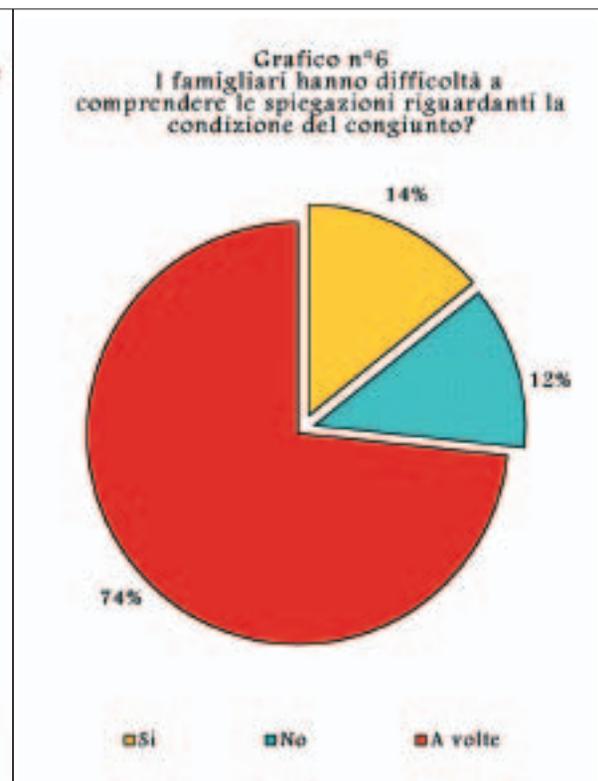
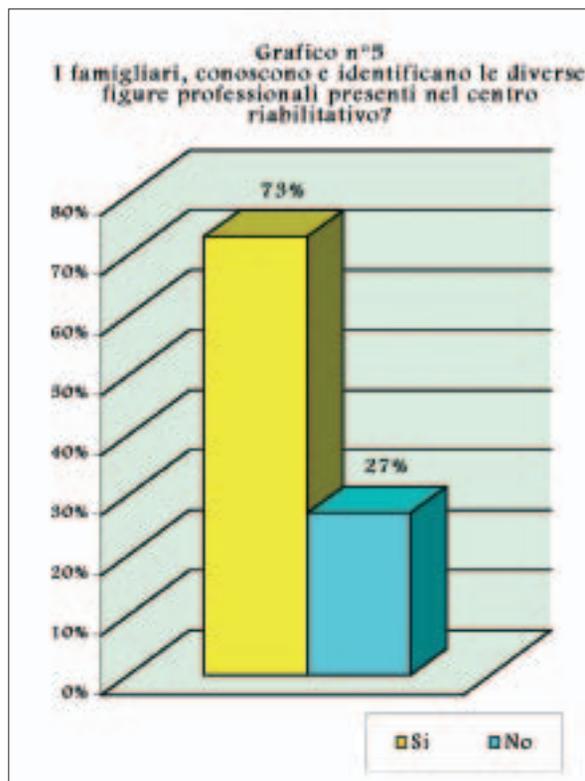
Il questionario è suddiviso in cinque parti:

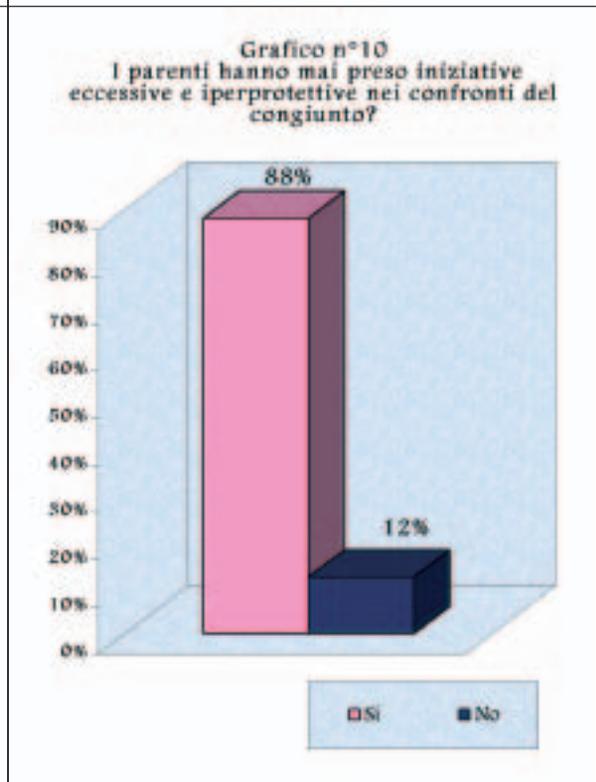
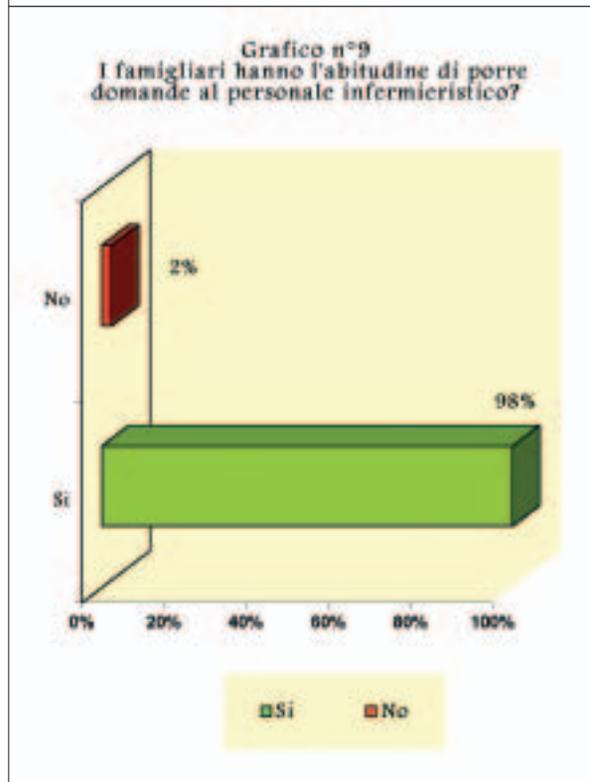
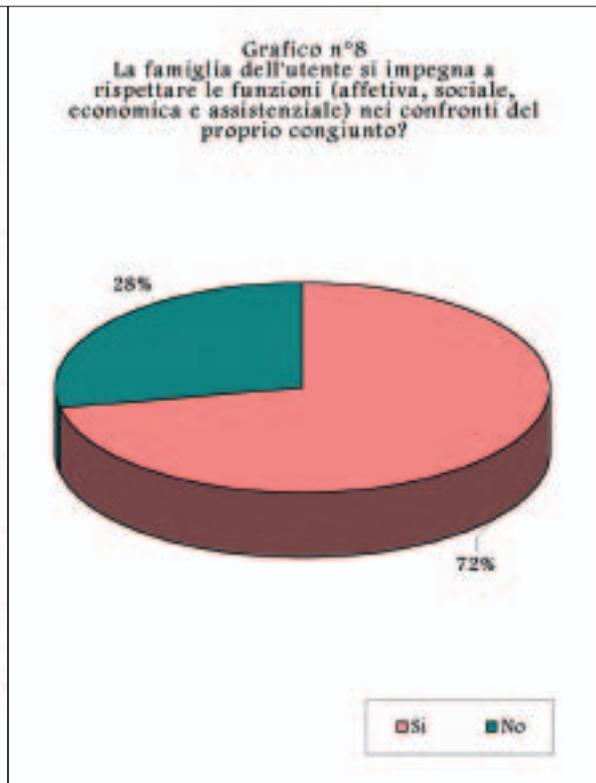
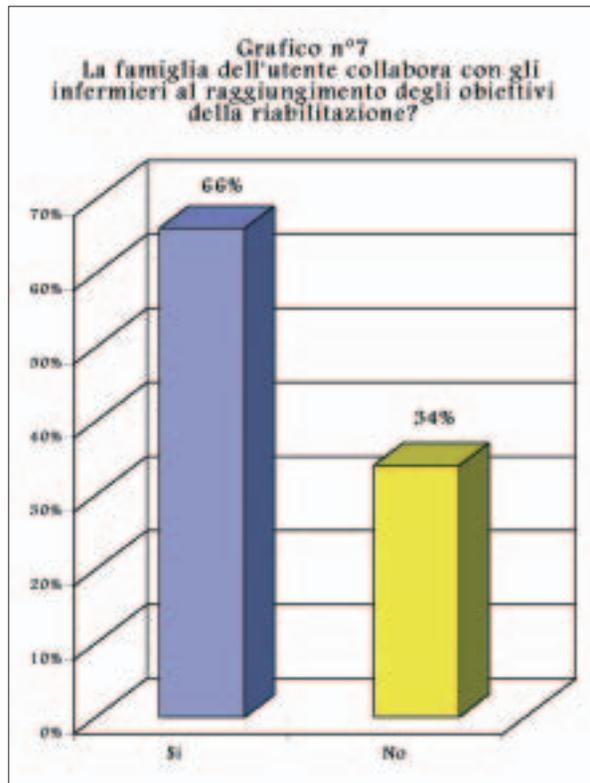
- \* Dati socio-demografici dell'infermiere
- \* Dati attinenti all'informazione dei famigliari
- \* Dati relativi alla collaborazione dei famigliari nel processo riabilitativo
- \* Dati riguardanti l'adattamento dei famigliari al processo riabilitativo
- \* Dati relativi a suggerimenti futuri.

Il questionario è costituito di 26 items a risposta chiusa, a scelta multipla e aperta. Nella prima fase di sperimentazione è stato effettuato uno studio pilota mediante la somministrazione di dieci questionari ad infermieri della clinica riabilitativa, esclusi dallo studio successivo.

### **Metodo**

Il questionario, anonimo ed autocompila-





to, è stato somministrato agli infermieri dopo aver spiegato loro le finalità particolari dell'intervista e generali dello studio, assicurando l'anonimato nell'utilizzo dei dati.

**La compilazione del questionario si è verificata dopo circa un'ora dall'avvenuta consegna.**

**Analisi statistica**

Inizialmente è stata effettuata un'analisi

descrittiva univariata, consistente nel calcolo delle percentuali delle risposte per singola domanda e quando utile di media e deviazione standard.

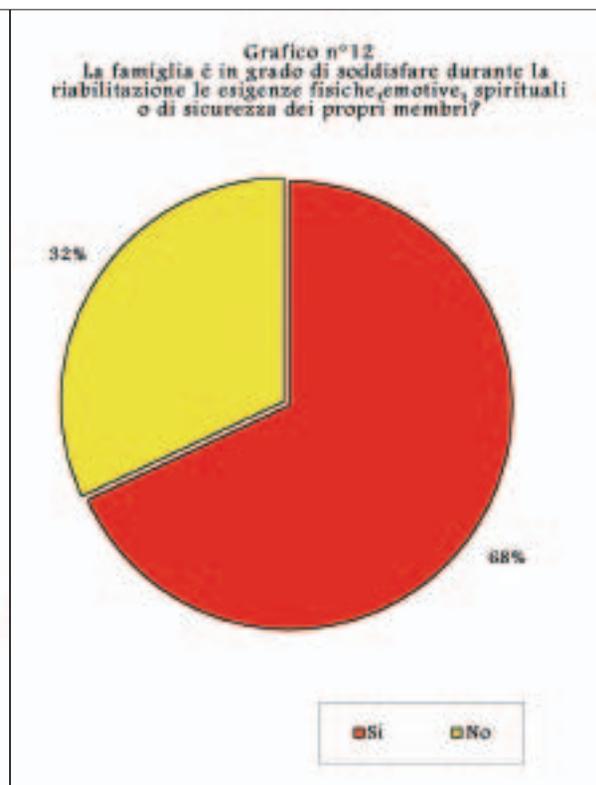
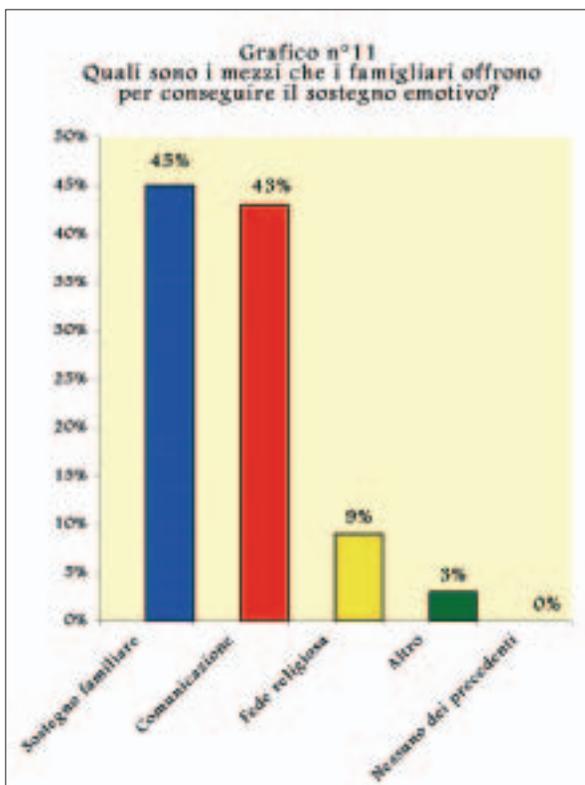
I dati sono stati ricondotti in un diagramma di dispersione per una osservazione d'insieme della casistica, ma anche per accertare dati atipici ed inesatti. I risultati più rilevanti, significativi e non, calcolati con il test del  $\chi^2$ , sono stati rappresentati graficamente attraverso istogrammi, diagrammi circolari e diagrammi a barre.

### Analisi dei risultati

#### Caratteristiche del campione ed analisi delle associazioni

nell'unità Operativa di Riabilitazione cardiologica, il 14% nel reparto di Lungodegenza post-acuzie, il 12% nell'Unità Operativa di Riabilitazione respiratoria, l'8% nel D/H della Riabilitazione Neuromotoria, l'8% nella R.A.I. e per concludere, il 9% in R.S.A. (grafico n°2)

Alle unità intervistate, si è voluto indagare se i familiari, solitamente, sono informati sui programmi di riabilitazione del parente ricoverato; l'89% ha dichiarato che la famiglia è a conoscenza dei programmi riabilitativi svolti nella clinica, mentre il restante 11% non è consapevole di ciò. (grafico n°3)



Il campione esaminato è costituito da 100 unità, con età media di 33 anni, in prevalenza di sesso femminile (69%), con una carriera professionale nel settore riabilitativo di 8 anni. (grafico n°1)

Tra le unità intervistate, l'87% non ha conseguito altri titoli successivamente a quello da infermiere, solo il 13% ha un altro titolo. Le unità operative, in cui gli infermieri svolgono il loro servizio, sono: il 33% nell'unità operativa di Riabilitazione Neuromotoria, il 16%

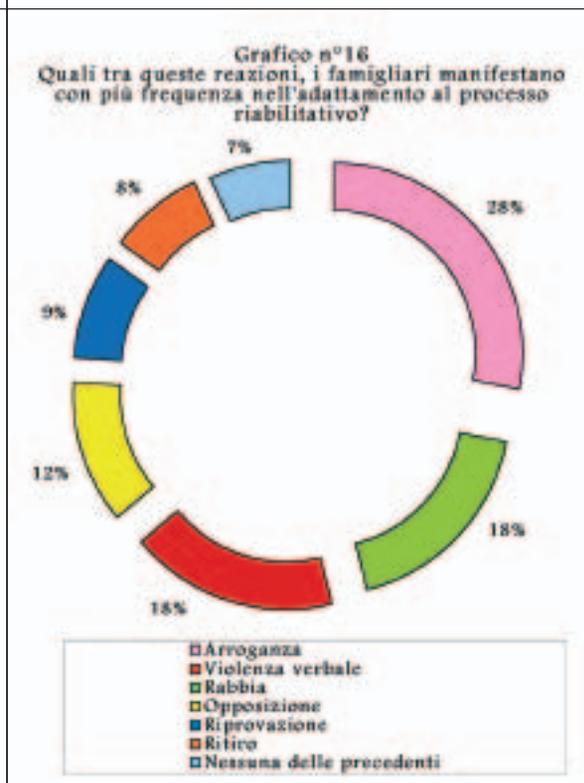
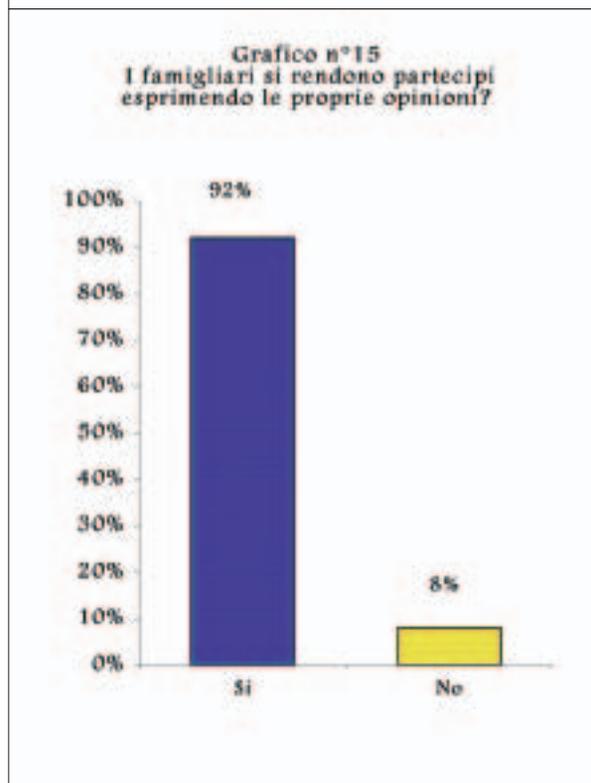
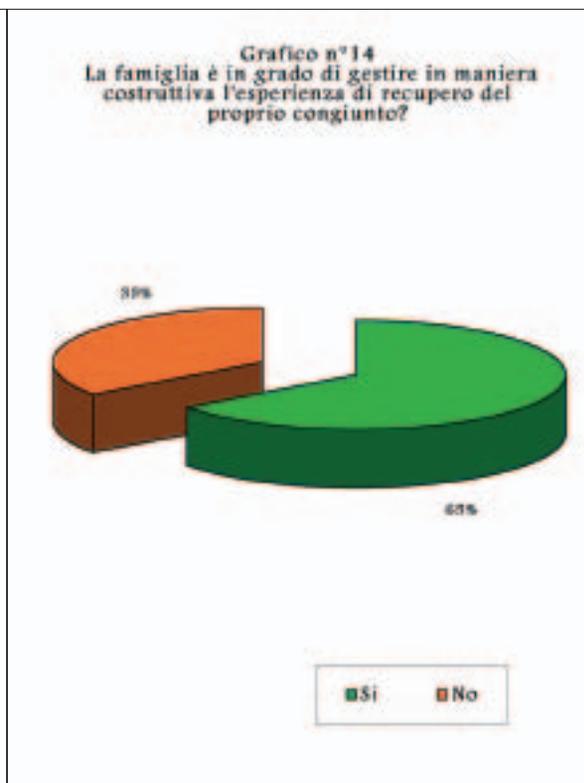
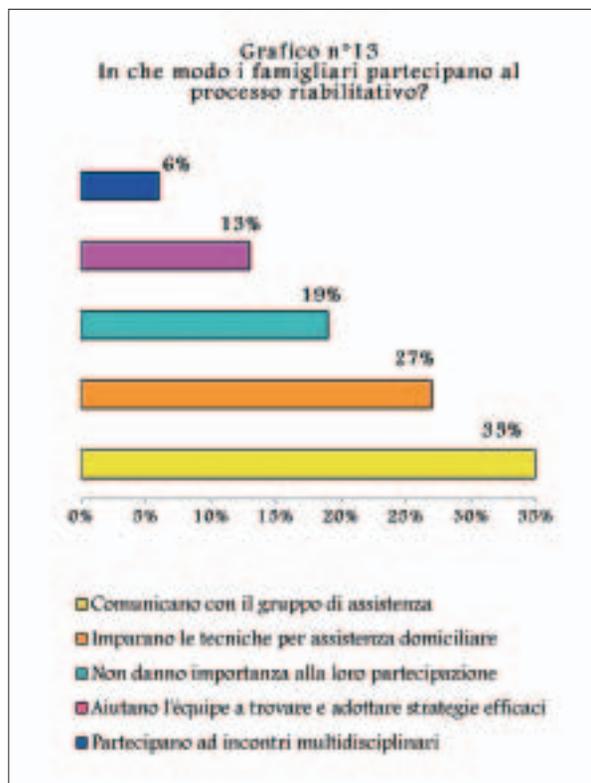
In seguito, è stato chiesto agli infermieri, chi solitamente provvede ad informare, tra le diverse figure del gruppo multidisciplinare, i parenti dell'utente: il 51% dichiara il medico, il 21% sostiene l'infermiere coordinatore, il 12% afferma il fisioterapista, l'11% l'infermiere, l'operatore socio-sanitario il 2% e infine l'assistente sociale il 3%. (grafico n°4)

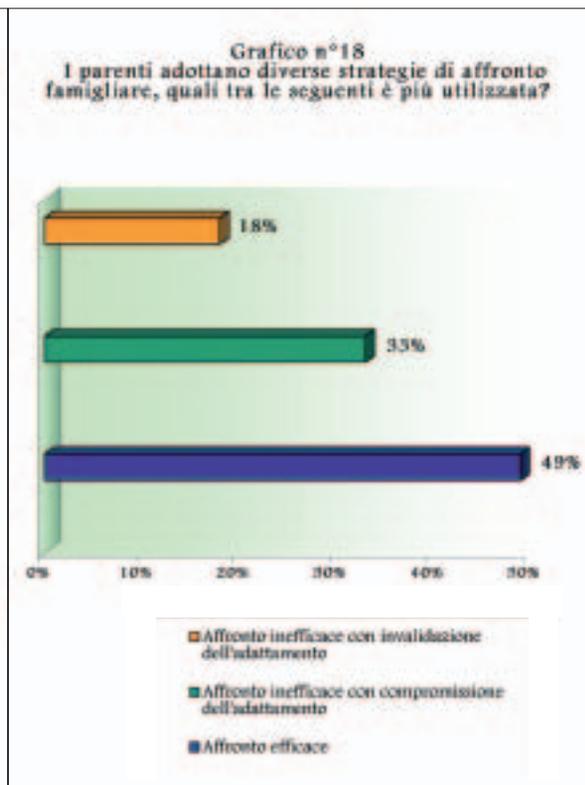
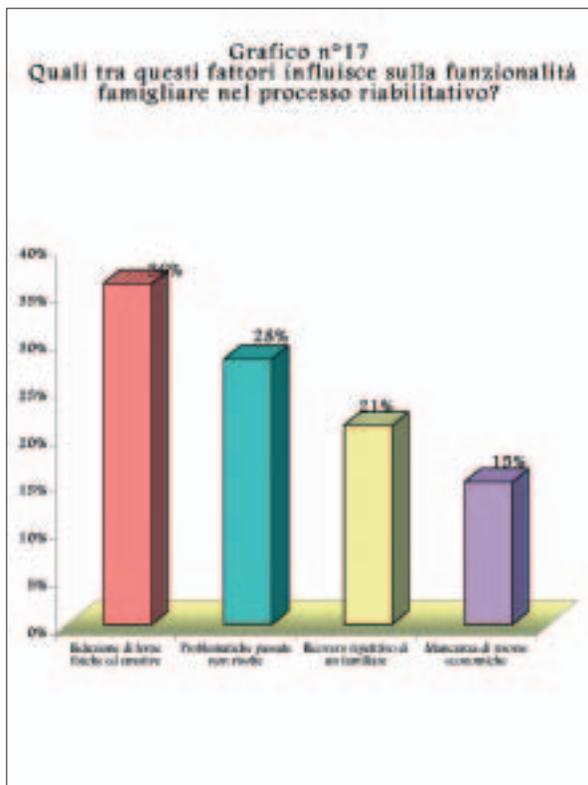
Successivamente, è stato chiesto se i familiari conoscono e identificano le diverse figure professionali presenti nel centro

riabilitativo; il 73% ha risposto positivamente, al contrario il 27% dichiara che la famiglia non è in grado di identificare le figure a cui potersi rivolgere. (grafico n°5) Alla domanda seguente, il campione intervistato ha dato un valore medio di 8,

riguardo all'importanza dell'unità familiare e cooperazione interfamigliare in un percorso riabilitativo.

Il 74% degli infermieri dichiara che, a volte, la famiglia ha difficoltà a comprendere le spiegazioni riguardanti la condizione del





proprio congiunto; l'altro 14% risponde in maniera precisa e conferma l'impedimento da parte dei famigliari, mentre il restante 12% non crede che ci sia incomprensione. (grafico n°6).

Alle unità intervistate, è stato chiesto se la famiglia dell'utente, collabora con il personale infermieristico al raggiungimento degli obiettivi della riabilitazione: il 66% ha risposto positivamente, invece il 34% non è soddisfatto della collaborazione. (grafico n°7).

Successivamente, si è domandato agli infermieri se i famigliari s'impegnano a rispettare le funzioni (di assistenza economica, fisica, di sostegno, di socializzazione, ed altro) nei confronti del congiunto; il 72% degli infermieri sostiene che l'impegno è presente, mentre il restante 28% afferma il contrario. (grafico n°8).

Alla domanda "I famigliari hanno l'abitudine di porre domande al personale infermieristico?": il 98% degli infermieri ha risposto affermativamente. (grafico n°9)

L'88% degli intervistati, afferma che i parenti hanno iniziative eccessive e iperprotettive nei confronti del proprio congiunto, il 12% non pensa che i famigliari siano iperprotettivi. (grafico n°10).

I mezzi fondamentali che la famiglia offre, per dare un sostegno emotivo alla persona diversamente abile sono: il 45% indica il sostegno familiare, il 43% sostiene la comunicazione, il 9% afferma la fede religiosa e infine per il 3% forniscono altri mezzi. (grafico n°11)

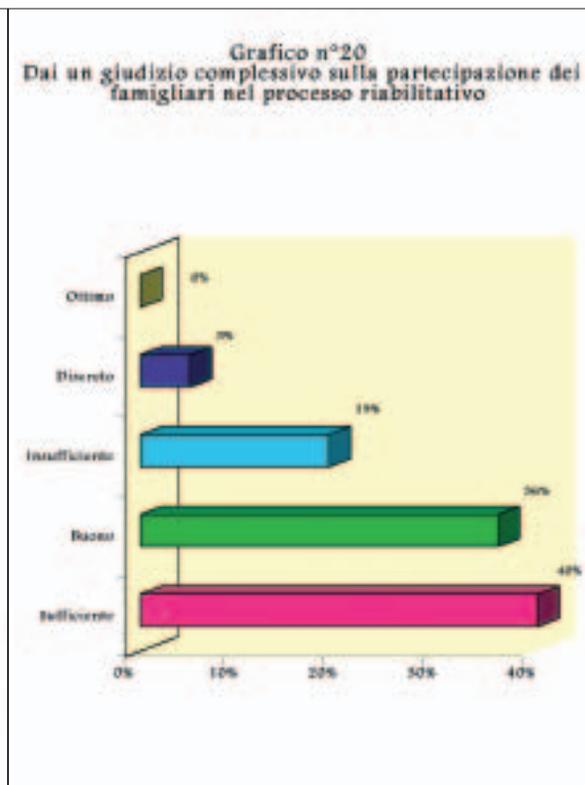
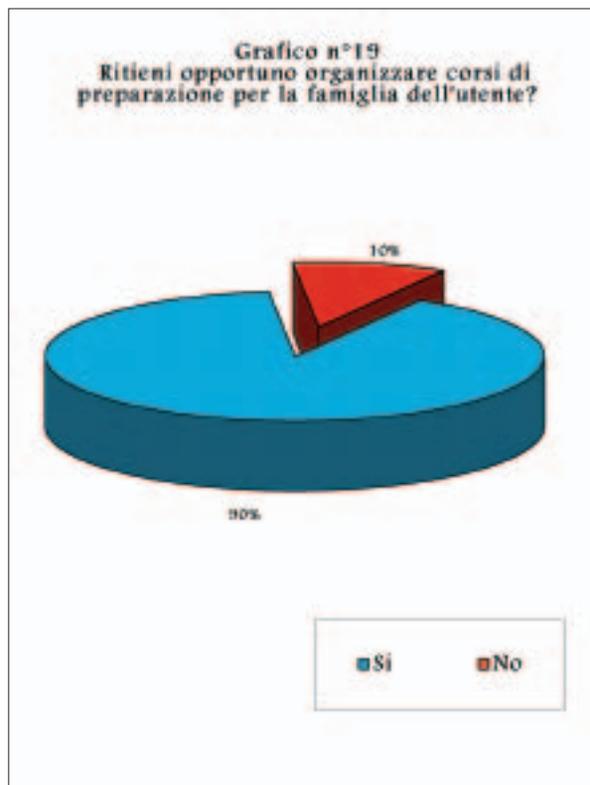
Il 68% del campione esaminato, ritiene che la famiglia è in grado di soddisfare, durante il processo riabilitativo, le esigenze fisiche, emotive, spirituali o di sicurezza dei propri membri; al contrario, il 32% si trova in disaccordo. (grafico n°12)

In seguito a tale domanda, gli infermieri insoddisfatti hanno voluto dare una motivazione aperta, per poter specificare ciò che può comportare un'inadeguata soddisfazione dei bisogni dell'utente. Le risposte negative sono state raggruppate facendo riferimento alla presenza di scarsa informazione dei famigliari, scarsa partecipazione interfamigliare, inadeguata organizzazione strutturale, accettazione negativa della crisi famigliare, eccessiva ansia, prevalenza di iperprotettività e superficialità. (tabella A).

I modi con cui, i famigliari, partecipano al processo riabilitativo sono: il 35% comunica con il gruppo d'assistenza, il

27% impara le tecniche necessarie per assistere il congiunto a domicilio, il 13% aiuta il gruppo multiprofessionale a trovare e adottare strategie efficaci per superare la crisi del congiunto, il 6% partecipa ad incontri multidisciplinari per la soluzione di problemi e per finire il 19%

e di altre figure. Il 36% dichiara che mostrano rabbia e violenza verbale a chiunque è coinvolto nel processo riabilitativo. Il 12% ritiene che l'opposizione sia una reazione frequente d'incapacità d'adattamento, il 9% dichiara che la famiglia manifesta segni di riprovazione riguardo all'assistenza al



non vuole dare la giusta importanza alla loro partecipazione. (grafico n°13).

Alla domanda se la famiglia è in grado di gestire in maniera costruttiva l'esperienza di recupero del proprio congiunto, il 65% degli intervistati ritiene che i familiari sono all'altezza di gestire questa esperienza, mentre il 35% non ritiene adeguata la loro gestione. (grafico n°14).

All'item n°21, si vuole indagare se i parenti sono partecipi, esprimendo le proprie opinioni. Il 92% degli infermieri ha risposto positivamente, il restante 8% non crede che ci sia tale forma di partecipazione. (grafico n°15).

L'adattamento al processo riabilitativo non è sempre facile per i membri di ogni famiglia. Le reazioni che si manifestano con più frequenza sono: il 28% degli infermieri sostiene che la famiglia diventa arrogante nei confronti del personale infermieristico

proprio congiunto e l'8% rivela che il ritiro sia un'altra reazione per scappare da una realtà indesiderata. Infine il 7% non ritiene valida nessuna delle precedenti reazioni enunciate. (grafico n°16).

Secondo il giudizio degli infermieri, i fattori che maggiormente influiscono sulla funzionalità familiare nel processo riabilitativo, sono: il 36% indica che la famiglia ha una riduzione di forze fisiche ed emotive durante l'iter riabilitativo, il 28% sostiene che le problematiche passate non risolte possono ritornare ad essere presenti e quindi influire nella funzionalità, il 21% dichiara che i parenti sono influenzati negativamente da un ricovero ripetitivo di un familiare, per ultimo il 15% afferma che un altro fattore demotivante è la mancanza di risorse economiche. (grafico n°17) Durante il processo riabilitativo, i familiari adottano diverse strategie di affronto. Il

49% riferisce che i famigliari usano una strategia di affronto efficace, consistente in una valida gestione e preparazione alla salute e alla crescita come famiglia. Il 33% dichiara che la famiglia utilizza una strategia di affronto inefficace con compromissione dell'adattamento al problema sanitario, ciò indica che i parenti trasmettono al proprio congiunto un insufficiente sostegno, conforto e assistenza famigliare. Terminando, il 18% afferma l'impiego di un affronto famigliare inefficace con invalidazione dell'adattamento al problema sanitario, ovvero si riscontra quando un membro di famiglia impedisce alla stessa di adattarsi al problema riabilitativo e terapeutico. (grafico n°18).

Alla seguente domanda, il 90% degli intervistati, dichiara di ritenere utile organizzare corsi di preparazione per la famiglia dell'utente, aiutandoli a superare la crisi, il restante 10% non è favorevole a questo suggerimento. (grafico n°19).

Il questionario termina chiedendo agli infermieri, un giudizio complessivo sulla partecipazione dei famigliari nel processo riabilitativo: dunque il 40% ritiene che la partecipazione sia sufficiente, il 36% ha dato un buon giudizio, il 19% esprime un valore totalmente insufficiente e solo il 5% attribuisce un giudizio discreto.

Concludendo nessuna delle 100 unità ha espresso un ottimo giudizio sulla partecipazione dei famigliari nella riabilitazione. (grafico n°20).

Mettendo a confronto i dati dell'item, in relazione alla collaborazione tra famigliari e infermieri per raggiungere gli obiettivi della riabilitazione e l'item riguardante il giudizio complessivo degli infermieri sulla partecipazione dei famigliari nel processo riabilitativo, risulta un X<sup>2</sup> significativo pari a 5,76. (Tabella B).

Dai risultati del questionario somministrato si evidenzia, come aspetto positivo, la collaborazione dei famigliari con gli infermieri al raggiungimento degli obiettivi della riabilitazione, nonché una sufficiente partecipazione degli stessi nel processo riabilitativo.

Paragonando i dati della domanda attinente il comportamento iperprotettivo del famigliare nei confronti del congiunto e la domanda alla relativa capacità della fami-

glia di gestire in maniera costruttiva il recupero del proprio parente, risulta un X<sup>2</sup> significativo pari a 14,6. (Tabella C)

Da ciò si evince che tale comportamento, può ostacolare l'assistenza degli infermieri, e ritardare così il recupero dell'autonomia dell'assistito. A questo punto, è opportuno sottolineare, che nonostante nelle strutture ospedaliere vi sia adeguata informazione ai famigliari, da parte di tutti i componenti del gruppo multidisciplinare, il recupero dell'utente può essere ostacolato, o in ipotesi estreme, peggiorato da un atteggiamento negativo, di ansia, rassegnazione, paura e rabbia dei famigliari.

## CONCLUSIONI

Nella riabilitazione l'obiettivo di riportare l'individuo ad un impiego produttivo si associa indissolubilmente con l'intento umanitario, teso a portare la persona diversamente abile da uno stato di impotenza ad una posizione di dignità e di rispetto verso se stessa.

Il raggiungimento di un cambiamento positivo, il ripristino dell'autonomia, la soddisfazione e la gradibilità dell'utente e della famiglia sono, per gli infermieri, lo scopo della professione e la conquista di elevata soddisfazione professionale. In quest'ottica, l'infermiere ha coscienza del proprio ruolo, emerge la sua capacità intellettuale e relazionale nell'interazione con l'utente e con finalità ben specifiche. Non più "to cure", ma "to care" con finalità precise, costruendo un rapporto empatico utente/famiglia basato sulla professionalità, sulle conoscenze, sulla coscienza, sull'umanizzazione e tradotto nell'organizzazione.

Nella gerarchia del sistema sociale, la famiglia è senza dubbio il sistema più importante per l'individuo diversamente abile, che deve essere considerata con estrema cura, in quanto, il grado di dipendenza dalla famiglia varia direttamente in base al grado di invalidità. Nell'interesse di recuperare quanto più è possibile della perdita causata dal fattore invalidante, qualunque ne sia la natura, l'utente ed i suoi famigliari devono ricevere tutta la guida necessaria ai fini di un'intensa motivazione. Nel

momento in cui sono state intraprese tutte le misure ricostruttive disponibili per l'utente, il trattamento riabilitativo dei famigliari aiuta lo stesso a mantenere il guadagno ottenuto, a preservare lo stato precedente e a sviluppare possibilità compensative per raggiungere completamente le sue mete. L'utente ed i famigliari spesso hanno bisogno di assistenza nell'apprezzare le alternative compensatorie e nell'incoraggiare lo sforzo costruttivo verso obiettivi realistici. Spesso, però, l'evoluzione urta contro la mancanza di collaborazione da parte dei famigliari o del loro interesse per i progressi dell'utente. Dopo la ricostruzione i famigliari possono programmare un supporto per i programmi del congiunto, sviluppare o adattare le sue capacità ed i suoi interessi professionali e per trovare i modi atti a superare le sue limitazioni di forza e di mobilità. Nell'interesse del rapporto produttivo ed armonico, i famigliari

stabilire delle comunicazioni meno direttive e più empatiche. Durante questa fase egli deve essere neutrale ed evitare il conflitto. Ciascun membro della famiglia va incoraggiato ad esprimere particolari preoccupazioni o interessi senza avere il timore di incomprensioni o discussioni.

Uno degli interventi, è quello di fornire un sostegno che prevenga o prepari alle difficoltà che si presenteranno. Questo sostegno deve essere finalizzato a due tipi di cambiamenti: quelli associati alla patologia ed ai cambiamenti evolutivi. Quando la famiglia è consapevole, cosciente ed informata sulle difficoltà che possono presentarsi nel processo riabilitativo, maggiore sarà la possibilità di avere una risposta positiva e adattiva, anziché dannosa o controproducente. Oltre al sostegno preventivo, nelle famiglie in cui vi sono utenti diversamente abili, deve essere creato un collegamento, un legame tra le persone che con-

**TABELLA A**

**Perché i famigliari non sono in grado di soddisfare le precedenti esigenze?**

<b>Risposte</b>	<b>Valori assoluti</b>	<b>Percentuali</b>
Scarsa informazione	10	31%
Prevalenza di iperprotettività	4	12,5%
Eccessiva ansia	7	22%
Scarsa partecipazione	5	16%
Accettazione negativa	4	12,5%
Inadeguata organizzazione strutturale	2	6%
<b>TOTALE</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>

devono essere sensibilizzati sull'importanza di rispettare la singolare e peculiare gerarchia delle necessità avvertite dal congiunto.

Nel lavoro con le famiglie, l'infermiere ha spesso la sensazione che il nucleo in difficoltà tenda a delegare la soluzione dei propri problemi non soltanto di tipo clinico, ma anche emotivo-relazionale, percependo su di sé la responsabilità di ridurre al minimo tali problemi. Diventa, pertanto, fondamentale, rinforzare la fiducia con alcuni interventi concreti, stabilendo dei confini precisi, rispettando gli obiettivi concordati e mostrando tolleranza quando si riscontrano degli atteggiamenti negativi. Nel momento in cui si è stabilita una relazione di fiducia, l'infermiere può iniziare a

dividono la stessa esperienza. Lavorare in collegamento significa mettere in contatto la famiglia immediata, gli amici e la comunità per poter identificare i problemi, trovare delle soluzioni e fornire le risorse necessarie. Di fatto, le famiglie che si scambiano preoccupazioni in un momento carico di tensione, si forniscono allo stesso tempo un sostegno reciproco, cercando di comprendere e di adattarsi ai cambiamenti imposti dalla patologia. I rapporti che si stabiliscono in questa situazione sono, inizialmente, di grande importanza anche se sono temporanei e non soddisfano pienamente il bisogno di supporto necessario per affrontare i cambiamenti che si verificano nel tempo. Comunque, l'infermiere può progettare delle strategie di interven-

**TABELLA B**

**Comparazione tra la collaborazione dei famigliari con gli infermieri per raggiungere gli obiettivi della riabilitazione e il giudizio complessivo degli stessi sulla partecipazione dei famigliari a tale processo.**

<b>La famiglia dell'utente, collabora con gli infermieri al raggiungimento degli obiettivi della riabilitazione?</b>	<b>Dai un giudizio complessivo sulla partecipazione dei famigliari nel processo riabilitativo</b>		
	Si	No	TOTALE
Si	64	2	66
No	17	17	34
<b>TOTALE</b>	<b>81</b>	<b>19</b>	<b>100</b>

**TABELLA C**

**Comparazione fra le manifestazioni di iperprotettività da parte dei famigliari, nei confronti del congiunto ricoverato e la loro gestione costruttiva nell'esperienza di recupero del parente.**

<b>I parenti, hanno mai preso iniziative eccessive e iperprotettive nei confronti del congiunto?</b>	<b>La famiglia è in grado di gestire in maniera costruttiva l'esperienza di recupero del proprio congiunto?</b>		
	Si	No	TOTALE
Si	53	35	88
No	12	0	12
<b>TOTALE</b>	<b>65</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

to che assicurino un sostegno più duraturo e consistente. È necessario anche pianificare dei momenti di riposo dall'assistenza all'utente, di modo che la famiglia acquisisca nuove energie e aiuti più efficacemente il soggetto stesso. Il lavoro di collegamento consente agli altri di essere consapevoli dei problemi potenziali e di fornire un aiuto che altrimenti verrebbe meno. L'invio alle strutture territoriali fa parte del lavoro di collegamento, utile in tutte quelle situazioni in cui si prevede che l'utente continuerà ad avere bisogno di assistenza anche dopo la dimissione. Tale atto non consiste solo nel fornire dei nominativi e degli indirizzi di strutture che l'infermiere ritiene necessarie per i bisogni della famiglia, ma, perché sia veramente utile, devono essere presi in considerazione altri due elementi, qual è il significato che riveste l'invio per l'utente e per la famiglia e qual è la ricettività della struttura individuata. È importante, dunque, seguire le famiglie dopo che c'è stato un invio di modo che,

quando necessario, possano essere individuate delle strategie d'intervento alternative. Quindi, perché l'assistenza sia efficace è fondamentale la collaborazione tra le famiglie e tutti gli operatori sanitari. Un altro intervento fondamentale è quello di fornire informazioni specifiche, in quanto l'infermiere deve conoscere pienamente la capacità della famiglia di comprendere e attuare le cure adeguate prima della dimissione dell'utente. Egli deve possedere un'ampia base di conoscenze su questi problemi, per evitare atteggiamenti estremi che portino a conclusioni premature o a raccogliere delle informazioni irrilevanti. Il riferimento a professionisti e gruppi di sostegno, può essere sorgente di aiuto per le persone che hanno difficoltà nel ruolo assistenziale. Il counseling continuo può essere necessario per famiglie con situazioni di stress, come patologie croniche, tensione di ruolo, ed altro. Esso si focalizza sull'interazione fra i componenti, piuttosto che su un'unica persona. I ruoli e le relazioni ven-

gono esaminati per cercare di facilitare la comunicazione, il problem-solving, rafforzando così i legami. Nel futuro, l'attività infermieristica dovrà integrare sempre di più la famiglia in tutte le fasi del proprio lavoro. Pertanto è necessario comprendere nel modo più esauriente possibile la struttura, le funzioni e lo sviluppo delle famiglie. Una volta ottenuti questi dati, sarà possibile valutare le famiglie e predisporre delle strategie di intervento che promuovano la salute.

Per promuovere un'adeguata assistenza infermieristica all'utente e ai famigliari in ambito riabilitativo, e facilitare così la loro collaborazione, si possono delineare i principali obiettivi e insegnamenti per il futuro:

- organizzare riunioni individuali tra il gruppo multidisciplinare e la famiglia dell'utente, nella fase iniziale del ricovero nella struttura, per poter individuare i rapporti tecnico-relazionali fra l'individuo e la famiglia;
- organizzare un incontro settimanale, tra il gruppo multidisciplinare e più famiglie degli utenti ricoverati, anche con l'assistenza di uno psicologo, per confrontare le diverse problematiche delle famiglie e per cercare di trovare delle soluzioni;
- prolungare gli orari di visita per i famigliari, in modo da consentire un maggior contatto con gli utenti e permettere a questi ultimi di sentirsi a proprio agio;
- progettare degli opuscoli informativi per i famigliari, da consegnare all'inizio del percorso riabilitativo, per guidarli e promuovere una migliore conoscenza della struttura, delle funzioni e dei programmi svolti;
- permettere una migliore formazione organizzativa del personale infermieristico insieme al restante gruppo multiprofessionale, per gestire al meglio il processo riabilitativo con l'utente ed i famigliari;
- ampliare degli spazi della stessa struttura o progettare, all'esterno di essa, altre strutture adibite al convitto dei famigliari e degli utenti in riabilitazione, facilitando una migliore assistenza da parte dei famigliari e agevolando così, soprattutto coloro che hanno difficoltà a recarsi alla struttura stessa;
- sviluppare maggiori studi di ricerche infermieristiche nell'ambito della parte-

cipazione dei famigliari, in modo da conoscere le diverse problematiche a cui vanno incontro e predisporre delle strategie di interventi efficaci per promuovere la salute;

- creare un gruppo di infermieri di riferimento con lo scopo di educare e sostenere i famigliari nel periodo successivo alla dimissione, per favorire una giusta assistenza e mantenere lo stato di benessere raggiunto.

Lo sviluppo di un piano di insegnamento scritto, guida il processo educativo e coordina il lavoro fra i membri del gruppo multidisciplinare. Senza un piano scritto, l'insegnamento può essere lasciato al caso ed essere inefficace. Esso, invece, è utile per avere un riferimento alla valutazione, oltre che per promuovere la comunicazione con i professionisti che hanno un ruolo attivo nell'insegnamento. Un piano educativo scritto deve essere incorporato in un percorso critico, indicando a quale punto dell'assistenza si deve verificare un insegnamento specifico.

## LIMITI E CONSIGLI

Tra i limiti del tipo di studio impiegato si evidenzia che l'opinione degli infermieri può essere diversa da ciò che si verifica realmente. Più precisamente, nel presente studio, le opinioni degli infermieri non sono state verificate e confrontate con quelle dei famigliari. Per poter generalizzare i dati rilevati, nel futuro occorrerà effettuare una seconda indagine quantitativa, per comparare le opinioni degli infermieri con quelle dei famigliari.

Si ritiene inoltre che l'interesse per la partecipazione dei famigliari, non può limitarsi esclusivamente a studi logico-razionali, ma comprendere studi relativi all'esperienza vissuta.

## AUTORI

*Calenzo Debora  
D.A.I. Edda Oliva Piacentini*

1. Basaglia N, Gamberoni L. L'infermiere della riabilitazione. Milano: ed edi-ermes, 1998.
2. Christopherson V A. Rehabilitation Nursing: perspectives and applications. Arizona: ed McGraw-Hill, 1974
3. Calamandrei C, D'addio L. Commentario al nuovo codice deontologico. Milano: ed McGraw- Hill, 1999.
4. Galardi G, Cialanella B, Micheli A, Scolari S. "I percorsi della riabilitazione". Nota 2. Med Oggi 2004; 4: 100-105.
5. Suddarth B. Nursing Medico Chirurgico. Milano: ed Casa Editrice Ambrosiana, 2001.
6. Basaglia N. "La riabilitazione non è una pillola". Nota 2. Giorn italian di Med Riab 1996; 10: 195-204.
7. Tarico M. Nursing e riabilitazione nel mieloleso e nel traumatizzato cranio encefalico: manuale per operatori sanitari. Milano: ed Il Pensiero Scientifico Editore, 1999.
8. Basaglia N, Pace P. Valutazione e qualità dell'assistenza in Medicina Riabilitativa. Misurazione – efficacia – efficienza – organizzazione. Napoli: ed Gnocchi Editore, 1995.
9. Basaglia N, Giustini A. "Quali strutture per la riabilitazione?". Nota 2. ISIS News 1992; 4: 5-15.
10. ANIN. Procedure protocolli e linee guida di assistenza infermieristica. Milano: ed Masson, 2002
11. Morelli A, Battaglia A, Moncini C. Nursing in medicina riabilitativa. Firenze: ed Rosini editrice, 1995.
12. Delisa J A. Rehabilitation Medicine: Principles and practice. Philadelphia: Second edit Lippincott Co, 1993.
13. Smith S, Duell D. L'assistenza infermieristica principi e tecniche. Milano: edizioni Sorbona Milano, 1994.
14. Juchli L. L'assistenza infermieristica di base: teoria e pratica. Firenze: ed Rosini editrice, 1994.
15. Bizier N. Guida all'esercizio professionale. Milano: ed Sorbona, 1990.
16. Montesinos A. Organizzare un'assistenza di qualità nei reparti ospedalieri. Milano: ed Vita e pensiero, 1993.
17. Basaglia N, Boldrini P. L'organizzazione del processo in Medicina Riabilitativa. Napoli: ed Gnocchi Editore, 1995.
18. Heruti R.J, Ohry A. The Rehabilitation Team – A Commentary. Nota 2. Am J Phys Med Rehabil 1995; 74: 466-468.
19. Glick P.C. American families: As they are and were. In A. Skolnick & J. Skolnick (Eds.). Family in transition 1994; 8: 91-104. New York: ed HarperCollins.
20. Ahmann E. Family-centered care: Shifting orientation. Nota 2. Pediatric Nursing 1994; 20: 113-117.
21. Sorensen K, Luckmann's J, Bolder V R. Il Nursing di base: con approccio fisiopatologico e psicologico. Padova: edizione Piccin, 1996.
22. Craven R F, Hirnle C J. Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica: promuovere la salute. Milano: ed Ambrosiana, 1998.
23. United States Bureau of the Census. (1990). Statistical abstract of the United States: 1990. Washington, DC: Author.
24. Caplan G. Loss, stress, and mental health. Nota 2. Community Mental Health Journal 1990; 26-27.
25. Tapia J. The nursing process in family health. Nota 2. Nursing Outlook 1972; 20: 267-270.
26. Thomas S.B, Quinn S.C, Billingsley A, et al. The characteristics of northern black churches with community outreach programs. Nota 2. Am J Public Health 1994; 84: 575-579.
27. Thomas D.D. (1993). Minorities in North America: African-American families. In J. L. Paul & R. J. Simeonsson (eds.). Children with special needs: Family, culture, and society (2 nd ed.) (pp. 122-138). Philadelphia: Harcourt

Brace Jovanovich.

28. DeSantis L. Haitian immigrant concepts of health. *Nota 2. Health Values: Achieving High Level Wellness* 1993; 17: 3-16.

29. Wang T.M. (1993). Families in Asian cultures: Taiwan as a case example. In J. L. Paul & R.J. Simeonsson (Eds.). *Children with special needs: Family, culture, and society* (2 nd ed.) (pp. 165-178). Philadelphia: Harcourt Brace Jovanovich.

30. Parette H.P.Jr. High-risk infant case management and assistive technology: funding and family enabling perspectives. *Nota 2. Matern Child Nurs J* 1993; 21: 530-564.

31. Pearlin L, Mullan J, Semple S, et al. Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *Nota 2. The Gerontologist* 1990; 30: 583-594.

32. Bond N, Phillips P, & Rollins J.A. Family-centered care at home for families with children who are technology dependent. *Nota 2. Pediatric Nursing* 1994; 20: 123-130.

33. Leff P, & Walizer E. *Building the healing partnership*. Cambridge: ed MA Brookline, 1992.

34. Wright L. M, & Leahey M. *Nurse and families: A guide to family assessment and intervention*. Philadelphia: ed F.A. Davis, 1994.

35. Hearth K. The root of it all. *Nota 2. Journal of Cerontological Nursing* 1989;

15: 32-37.

36. Kaufman J. Case management services for children with special health care needs: A family-centered approach. *Nota 2. Journal of Case Management* 1992; 1: 53-56.

37. Marriner A.T. *Nursing theorists and their work*. Milano: ed Casa Editrice Ambrosiana, 1989.

38. Orem D. *Nursing: Concepts of practice*. New York: ed McGraw-Hill, 1985.

39. Wesley R.L, McHugh M.K. *Nursing theories and models*. Padova: ed Edizioni Summa, 1993.

40. Carpenito L J. *Nursing diagnosis: Application to clinical practice*. Philadelphia: ed J.B. Lippincott, 1993.

41. Thoreson R W. *Rehabilitation Nursing: perspectives and applications*. Arizona: ed McGraw-Hill, 1974.

42. E Vellone, M Sciuto. *La ricerca bibliografica: applicazioni nel nursing e nelle scienze sanitarie*. Milano: McGraw-Hill, 2004.

43. G Lobiondo, J Haper. *Metodologia della ricerca Infermieristica*. Milano: McGraw-Hill, 1997.

44. [www.PabMed.it](http://www.PabMed.it)

45. [www.Infermieri online.net](http://www.Infermieri online.net)

46. [www.cinahl.com](http://www.cinahl.com)

47. [www.Infermieri.com](http://www.Infermieri.com)

48. [www.Infermieri della tuscia. it](http://www.Infermieri della tuscia. it)

**L'inserto**

**A che  
punto  
siamo?**

**Facciamo  
due conti**



---

Il Collegio è casa tua,  
utilizzalo per tutti i servizi che ti offre

# A che punto siamo?

## Facciamo due conti

---

**U**n'attività crescente, che si moltiplica giorno dopo giorno, con un numero sempre più alto di colleghi che lo utilizzano e lo frequentano. Il Collegio vive una fase di grande fervore e partecipazione. Merito anche della nuova sede che consente un'organizzazione migliore e mette a disposizione ampi spazi e nuovi servizi.

Il bilancio dell'ultimo anno mette in luce un Collegio in piena attività, aperto e operativo su molteplici fronti, concentrato sui servizi agli iscritti, sulla vigilanza, sull'aggiornamento e proiettato sul futuro della professione.

L'ultimo scorcio del 2005 permette di tracciare un bilancio sintetico delle attività e della risposta partecipativa degli iscritti. Inoltre dal confronto fra i dati degli ultimi tre anni si può trarre il dato di tendenza.

Il quadro di sintesi che segue prende in considerazione le principali attività rivolte agli iscritti. Si riferisce ai servizi di biblioteca, consultazione, accesso e contatti Internet, verifica dei requisiti professionali, consulenza legale, esami per colleghi extracomunitari, rivista professionale e fornisce un resoconto

schematico sull'attività di studio e aggiornamento.

I dati di confronto sono resi omogenei utilizzando la media mensile e considerando per il 2004 il periodo di chiusura dovuto al trasferimento della sede. I dati del 2005 si riferiscono alla data del 30 settembre.

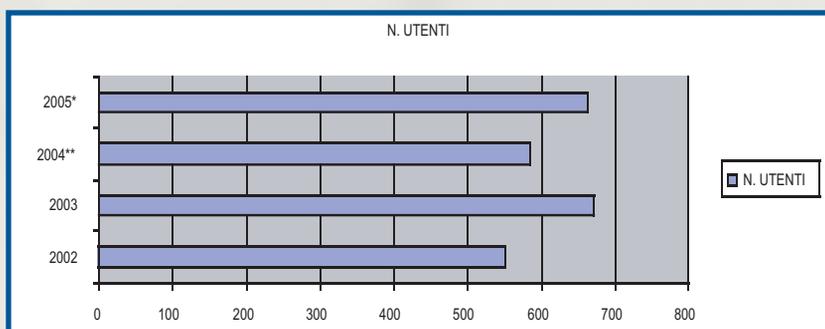
### BIBLIOTECA

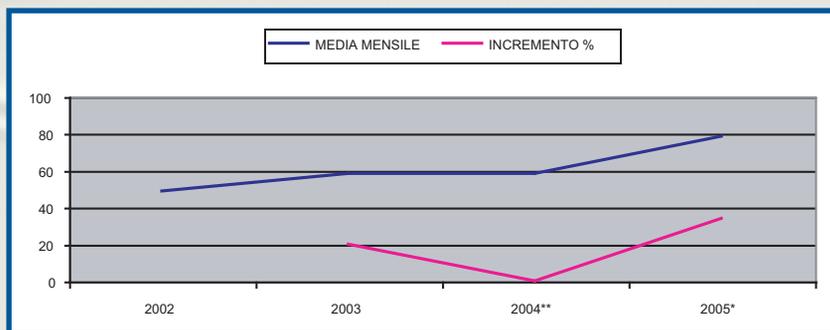
#### Utenza

La consultazione dei testi segna una costante crescita della media mensile, positiva anche nel 2004. Gli incrementi an-

ANNO	N. UTENTI	MEDIA MENSILE	INCREMENTO %
2002	552	48,52	
2003	671	58,34	20,23
2004**	585	58,5	0,27
2005*	664	78,11	33,52

L'incremento tra la media mensile del 2002 e quella del 2005 è del 60,98%





nuali sono notevoli, particolarmente quello tendenziale del 2005 che indica una maggiore fidelizzazione dell'utenza e il diffuso gradimento della nuova sede.

### Consultazione Cinahl

L'incremento generale del numero di consultazioni è importante e costante ormai da tre anni. Il calo del 2003 va attribuito principalmente al cambiamento di gestione occorso nell'anno e alle diverse priorità individuate.

ANNO	N. UTENTI CINAHL	MEDIA MENSILE	INCREMENTO %
2002	75	6,52	
2003	64	5,56	-14,72
2004**	71	7,1	27,69
2005*	78	9,1	28,16

L'incremento tra la media mensile del 2002 e quella del 2005 del 39,57%

### Accesso Internet

Le nuove condizioni logistiche hanno consentito un consistente aumento dell'offerta di postazioni Internet gratuite a disposizione degli iscritti che ne usufruiscono in numero e frequenza crescenti. La recente attivazione della registrazione dell'utenza in "navigazione" non permette tuttavia di proporre ancora dati significativi.

### Patrimonio bibliografico

I periodici a disposizione degli iscritti hanno raggiunto quota 164, di cui 94 te-

state straniere e italiane in abbonamento. Gli spazi della nuova sede hanno consentito l'acquisizione di un maggior numero di monografie. L'incremento di dotazione del 2004 è riferito principalmente a testi di management, quello del 2005 alle di-

verse aree del nursing e del diritto sanitario. E' al vaglio della Commissione Biblioteca lo studio di un nuovo consistente incremento della dotazione.

	Libri catalogati*	Libri acquistati	incremento %
2003	897		
2004	909	12	1,33
2005	955	46	5,06

I dati si riferiscono ai soli libri acquistati e catalogati

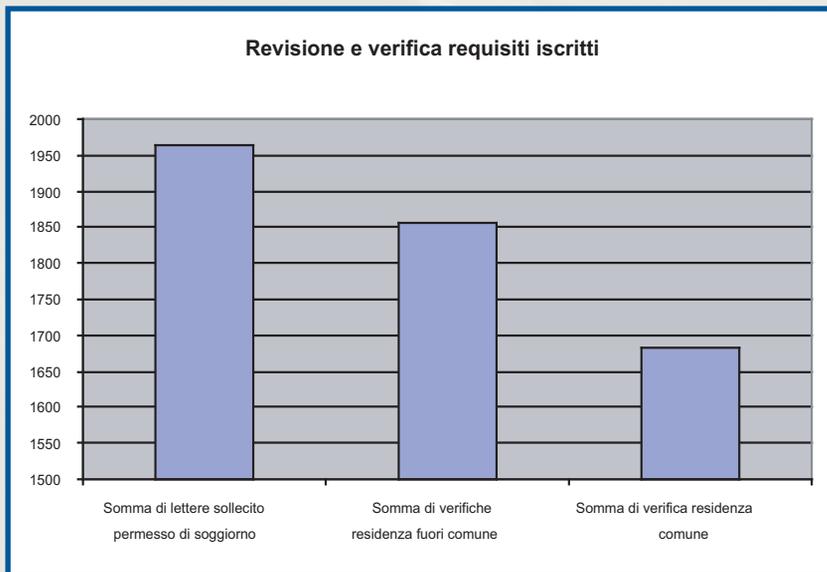
### REVISIONE E VERIFICA REQUISITI

Il confronto fra i dati degli ultimi tre anni descrivono il forte aumento netto e tendenziale del numero dei solleciti per permessi di

soggiorno (1963) e delle verifiche della residenza fuori dal comune (1856) e nel comune (1682).

### CONSULENZA LEGALE

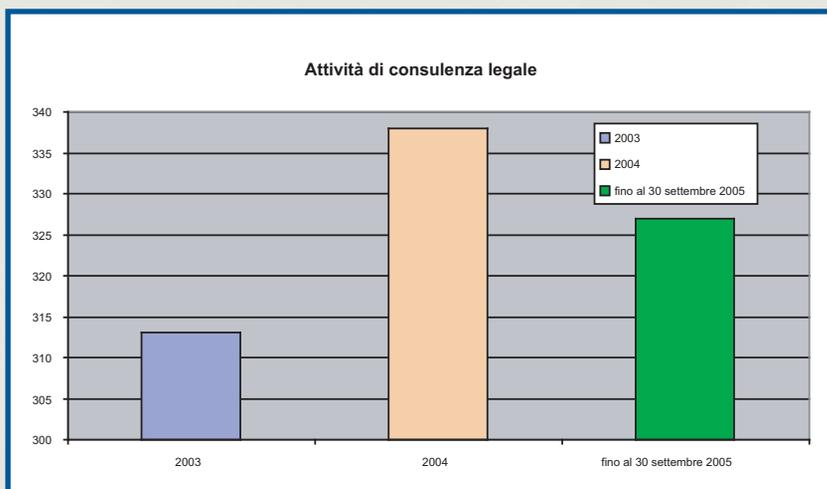
E' un servizio sempre più indispensabile che registra un numero di richieste in costante aumento. Nell'ultimo triennio le consulenze legali fornite agli iscritti hanno sfiorato quota 1.000 e il dato riferito alla frequenza annuale delle richieste mostra un trend in netto rialzo, passando da 313 consulenze del 2003 a 338 del 2004 e attestandosi, per l'anno in corso, a 327 domande alla data del 30 settembre. Il dato di tendenza per il 2005



che hanno sostenuto l'esame di idoneità previsto per poter esercitare in Italia. Il confronto del numero degli esami segna una sostanziale stabilità nel triennio considerato; stabile anche il dato di tendenza.

## LA RIVISTA

E' un mezzo sempre più prezioso per la circolazione della cultura infermieristica e lo scambio di esperienze professionali fra colleghi. Dopo averne rinnovato l'impostazione grafica e i contenuti, si è puntato all'incremento della tiratura, della sua diffusione e dei contributi scientifici degli iscritti. Nel 2003 e nel 2004 la media delle copie che "Infermiere Oggi" ha stampato e distribuito gratuitamente per ogni numero è di 23.000. I primi nove mesi del

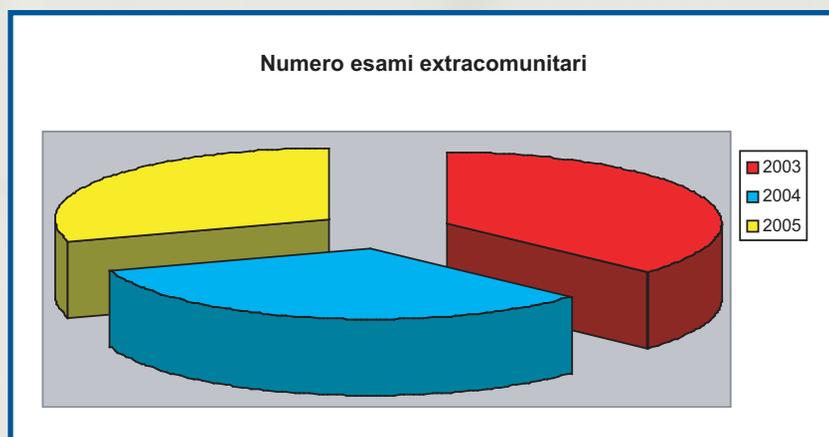


indica come verosimile il traguardo delle 400 consulenze.

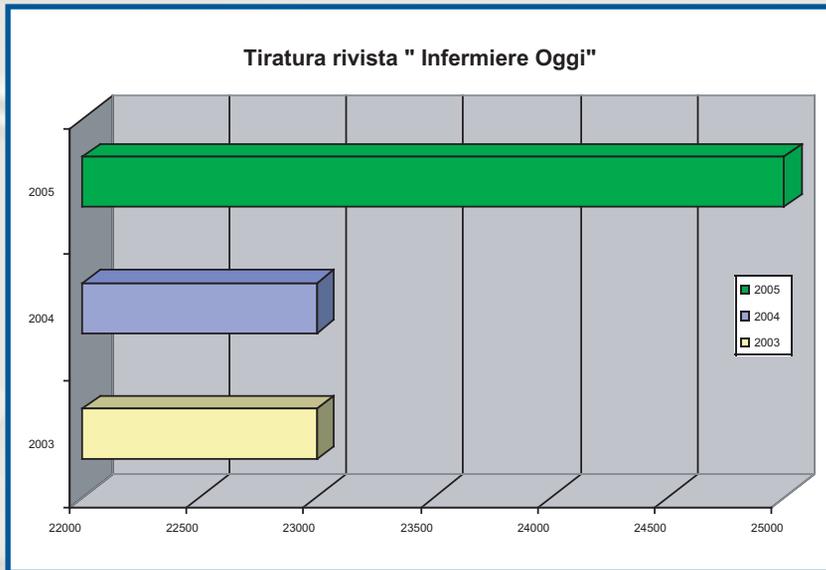
2005 segnano il record assoluto della tiratura con 25 mila copie. I colleghi che nel periodo considerato hanno visto pubblicare le proprie ricerche sono 137.

## ESAMI EXTRACOMUNITARI

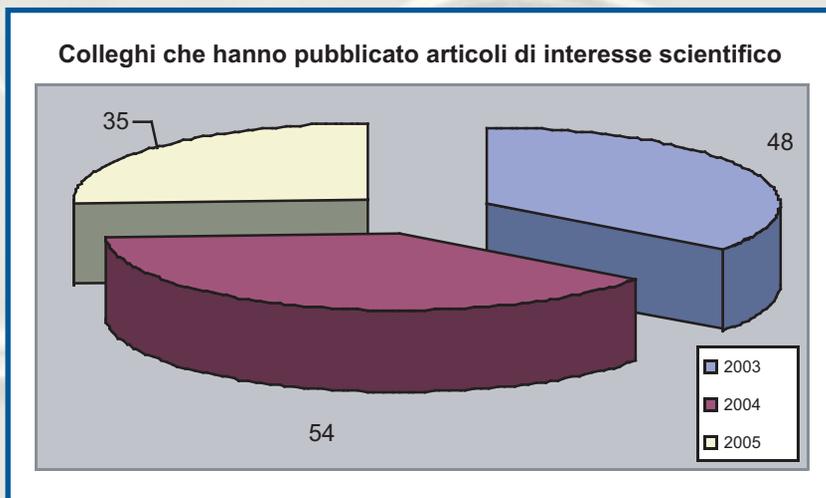
Il ricorso all'assunzione di colleghi extracomunitari è ormai un fenomeno importante per frequenza e consistenza. E' necessario perciò monitorarlo costantemente per poterne prevedere gli sviluppi. Dal 2003 al 30 settembre scorso il Collegio ha esaminato più di mille gli infermieri provenienti dai Paesi extra Unione Europea



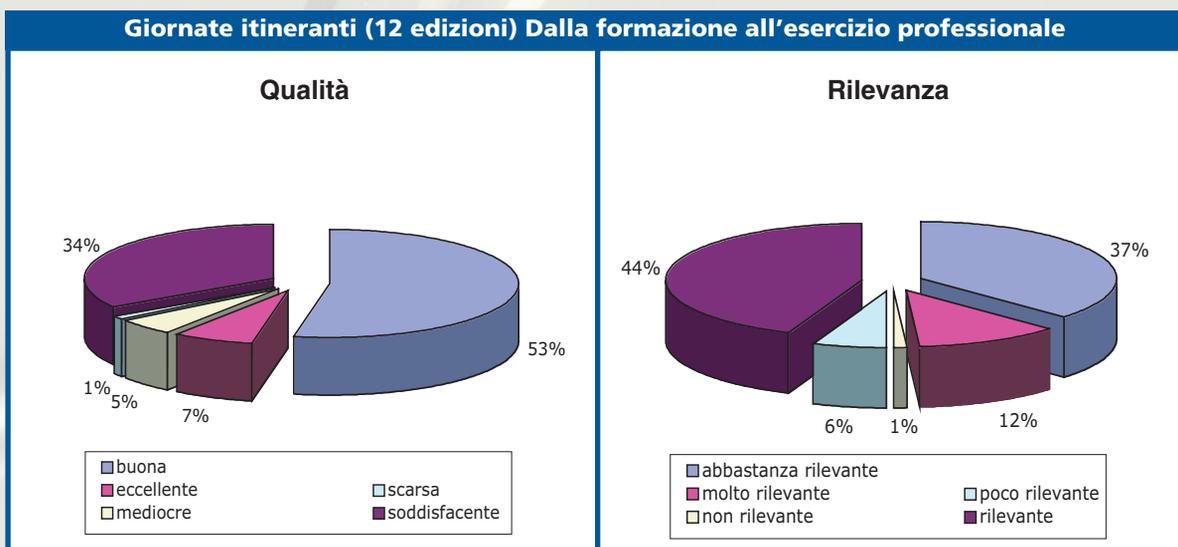
## STUDIO E AGGIORNAMENTO



Particolarmente intensa l'attività di organizzazione di corsi itineranti, eventi formativi Ecm, giornate di studio, workshop, convegni e viaggi di studio. Sul loro numero e sulla varietà dell'offerta abbiamo ampiamente relazionato sul primo numero di quest'anno della rivista pubblicando la relazione del presidente all'Assemblea degli iscritti. Ci interessa qui riportare i dati complessivi e valutare la percezione e il gradimento che gli iscritti mostrano nei confronti degli eventi formativi allestiti dal Collegio. Gli schemi che seguono sono tratti dai questionari che vengono somministrati ai colleghi al termine di ogni iniziativa.

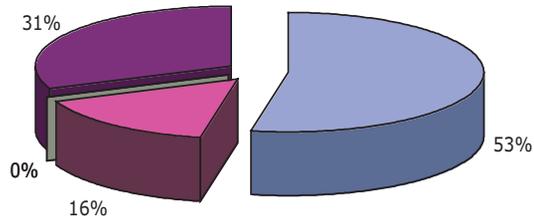


**Dal giugno 2002, anno di inizio del programma ECM, il collegio IPASVI ha organizzato 35 eventi per infermieri, infermieri pediatrici e assistenti sanitari, per oltre 15.000 partecipanti per un totale di 244 crediti ECM.**

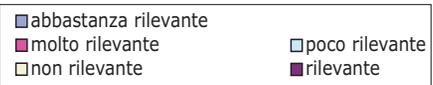
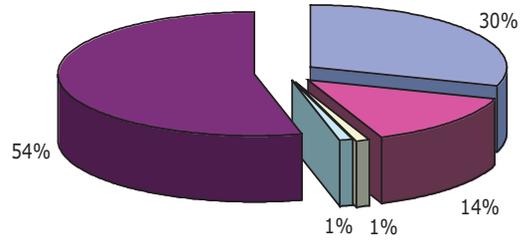


## Gestione del paziente politraumatizzato

### Qualità

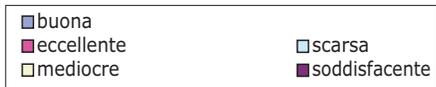
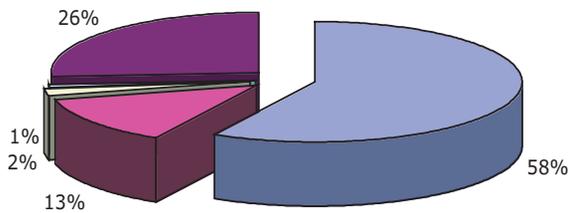


### Rilevanza

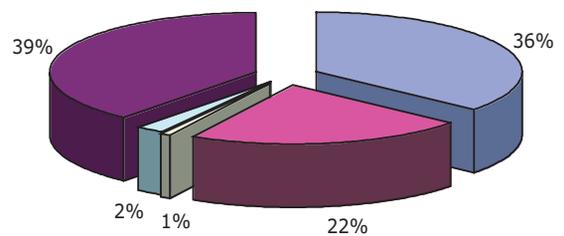


## Infermiere e cittadino: quale relazione

### Qualità

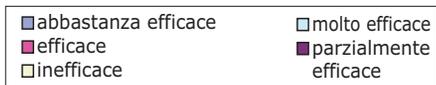
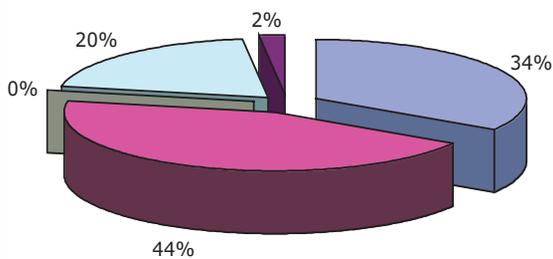


### Rilevanza

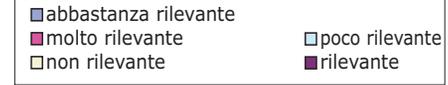
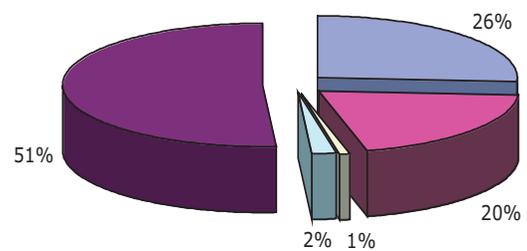


## Il ruolo degli infermieri nella valutazione della qualità dell'assistenza

### Efficacia

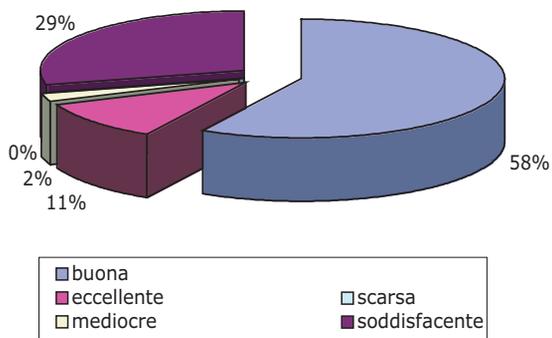


### Rilevanza

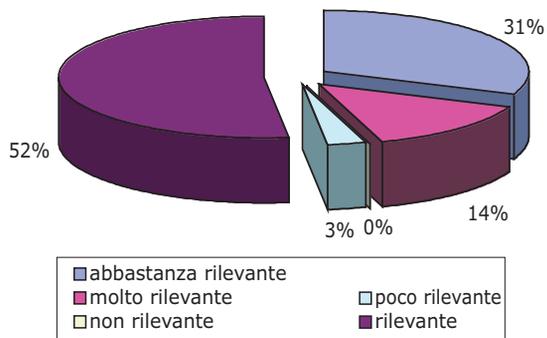


### L'infermiere in ortopedia e traumatologia

#### Qualità

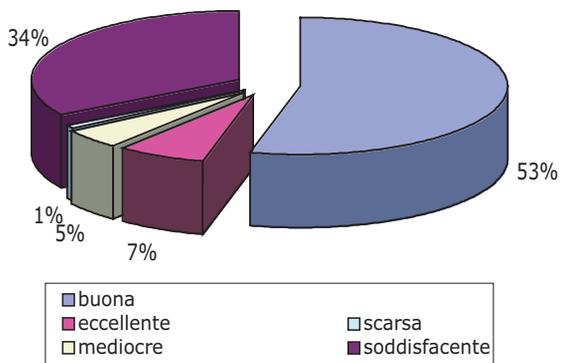


#### Rilevanza

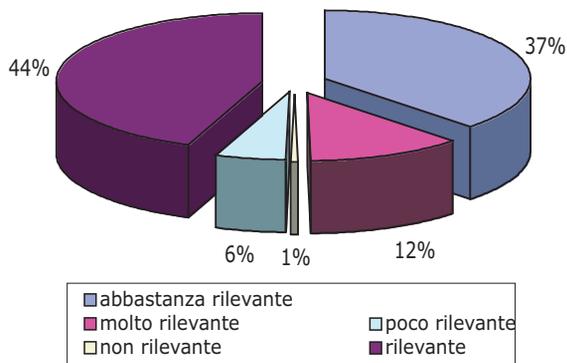


### Giornate itineranti 2004 Professione infermiere: attualità e prospettive

#### Qualità

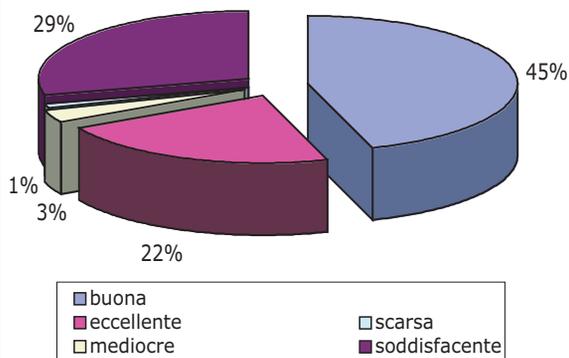


#### Rilevanza

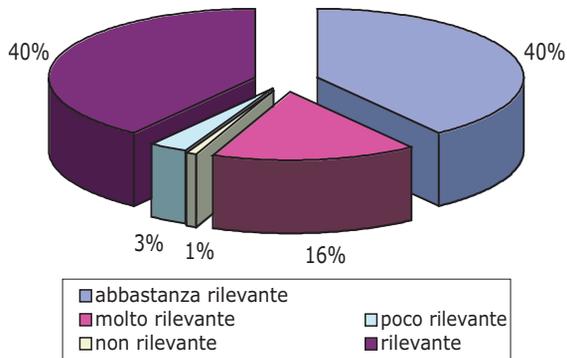


### La centralità della persona: il sì degli infermieri

#### Qualità

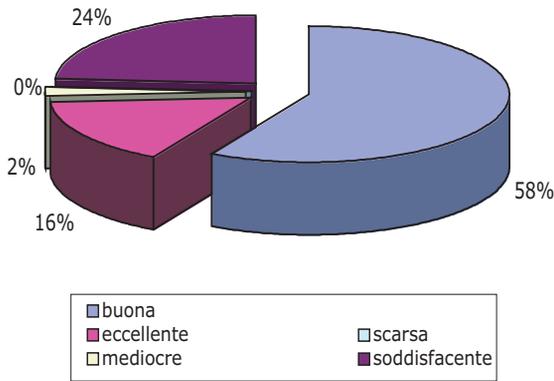


#### Rilevanza

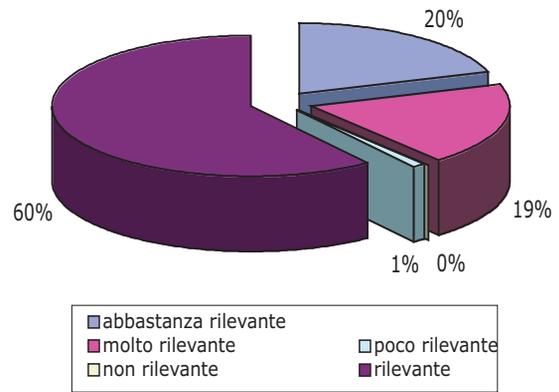


### Lavorare in squadra in ambito penitenziario

**Qualità**

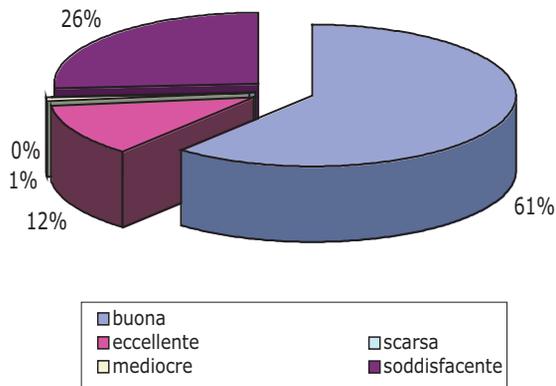


**Rilevanza**

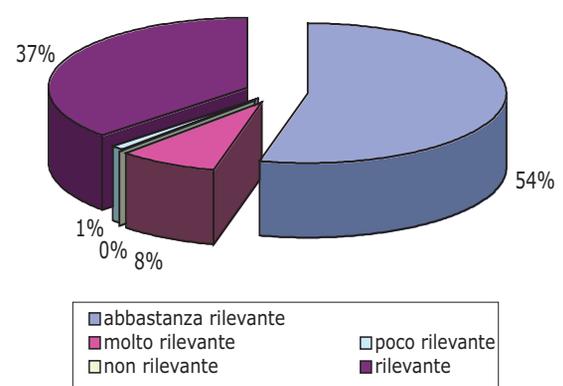


### Ruolo e competenze dell'infermiere in ambito clinico e previdenziale

**Qualità**

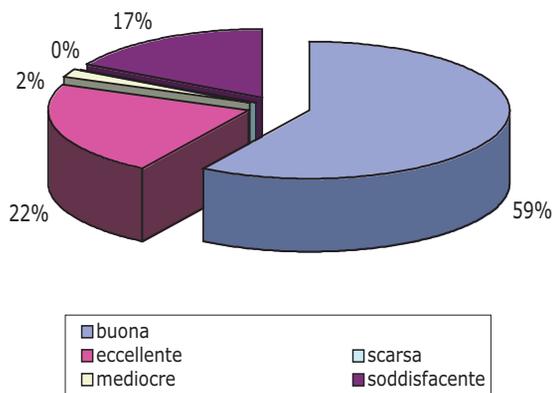


**Rilevanza**

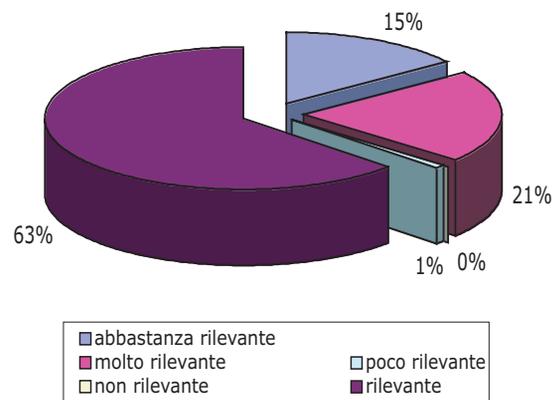


### Le fonti multimediali per la ricerca infermieristica (5 edizioni)

**Qualità**

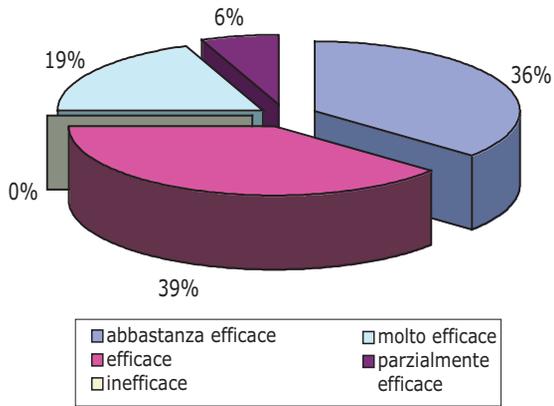


**Rilevanza**

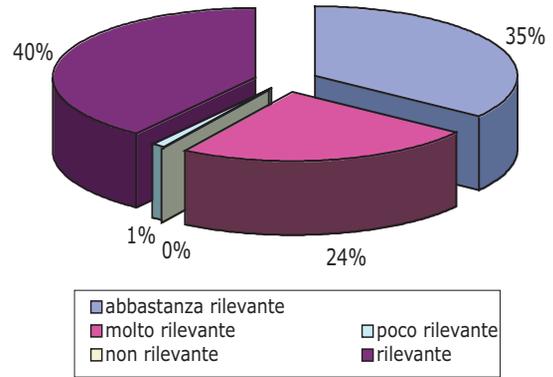


## Gestione e rischio biologico in ambito socio-sanitario (3 edizioni)

### Efficacia

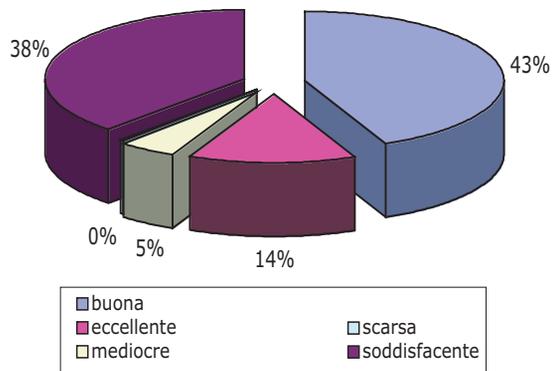


### Rilevanza

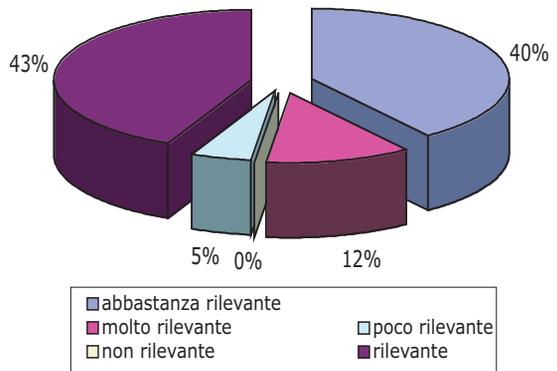


## Le emergenze psichiatriche nelle aree metropolitane a Roma e a Londra

### Qualità

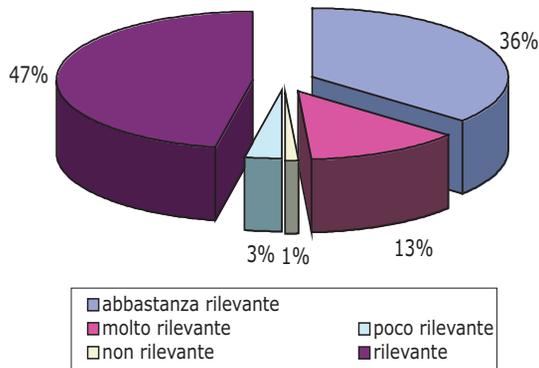


### Rilevanza

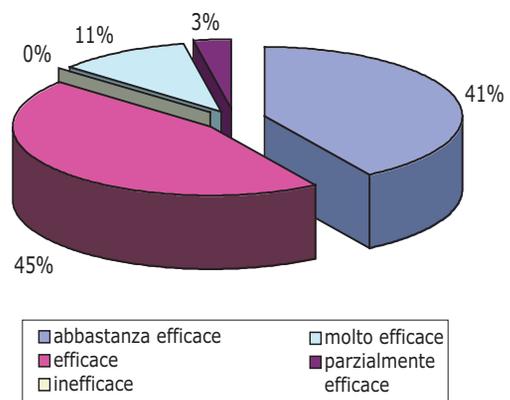


## Infermiere: esserci per contare

### Rilevanza

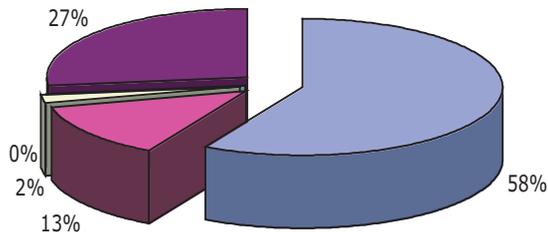


### Efficacia

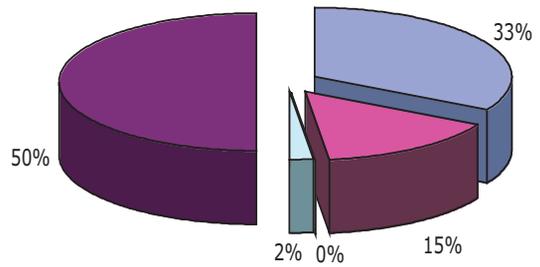


### Infermiere esperto clinico

#### Qualità

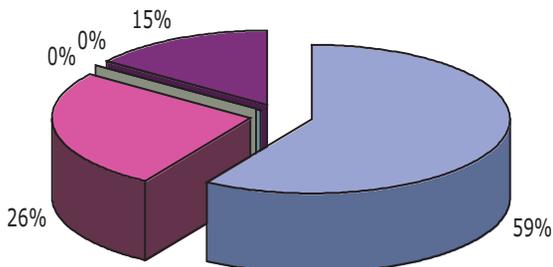


#### Rilevanza

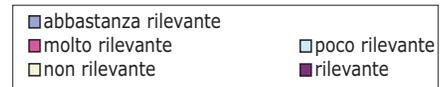
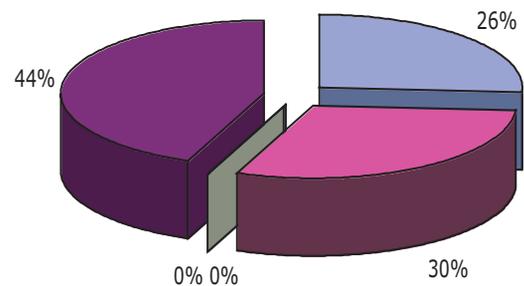


### L'infermiere e la documentazione (2 edizioni)

#### Qualità

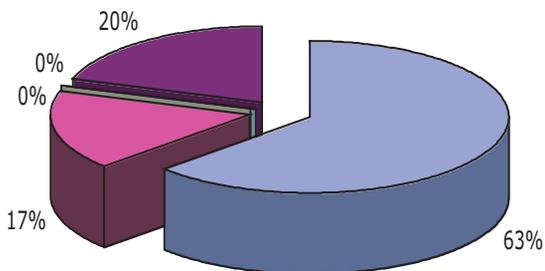


#### Rilevanza

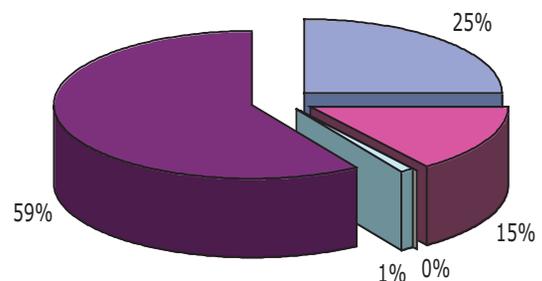


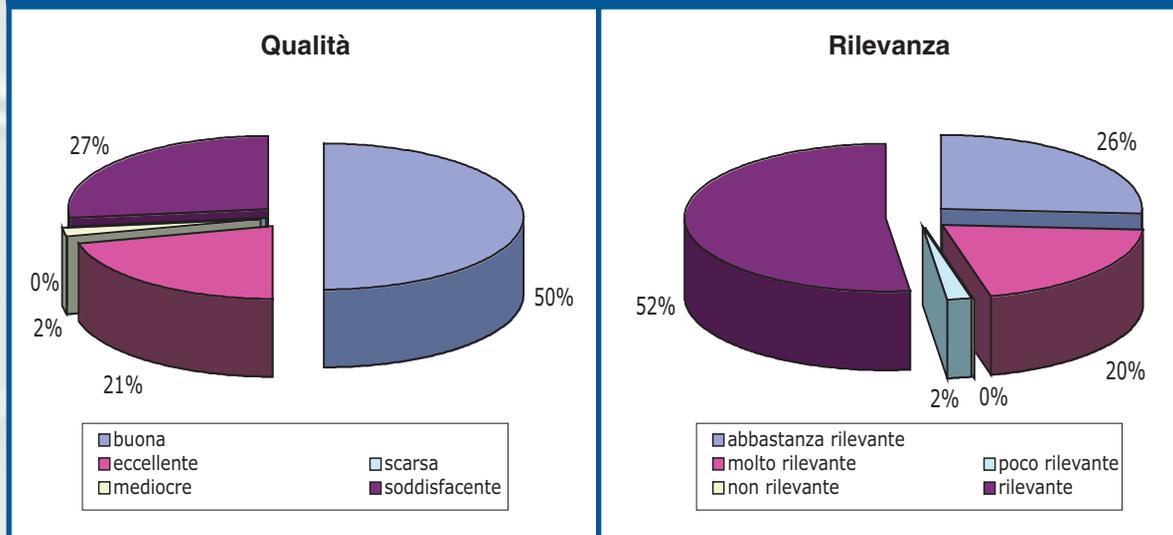
### La cultura del miglioramento continuo nell'approccio per processi (5 edizioni)

#### Qualità



#### Rilevanza





## RICERCA

Dal luglio 2004 il Collegio è impegnato in un rilevante progetto di ricerca internazionale in stretta collaborazione con l'Università di Toronto (Canada). Lo studio ha per tema "Il contributo infermieristico alla sicurezza del paziente in ospedale: uno studio qualitativo multicentrico sui near misses (danni evitati)". Vi aderiscono 94 colleghi, 9 strutture ospedaliere e universitarie del territorio romano. La metodologia applicata alla ricerca è quella dei focus group; ne sono stati realizzati 29 per indagare in profondità il problema dei near misses tra gruppi di infermieri che lavorano in ambito ospedaliero (per un totale di 230

tra infermieri e coordinatori con un impegno di 2.500 ore di attività); sono state realizzate anche 100 interviste con pazienti ricoverati e loro familiari condotte da 10 colleghi infermieri o coordinatori coadiuvati da studenti del corso di laurea in Infermieristica. Le trascrizioni delle registrazioni hanno impegnato circa 50 tra colleghi e studenti per complessive 150 ore. Il lavoro di codifica e categorizzazione delle trascrizioni fissato dal protocollo di ricerca ha comportato l'impegno di diversi gruppi di colleghi per oltre 1.000 ore di lavoro. Il progetto di ricerca prosegue con l'analisi tematica per la definizione dei temi finali e delle possibili applicazioni a progetti futuri.

## in pillole

### IL CERVELLO GIOCOLIERE

Anche in età adulta le dimensioni del cervello possono aumentare. Lo rivela una ricerca pubblicata sulla rivista Nature da Bogdan Draganski, dell'Università di Regensburg (Germania), che dimostra come imparare qualche trucco tipico degli equilibristi e dei giocolieri faccia diventare il cervello un po' più grande. Lo studio è stato condotto attraverso la risonanza magnetica per im-

magini su un gruppo di giocolieri volontari. Dopo tre mesi di esercizi, la materia grigia era aumentata del 3 per cento. A tre mesi di distanza dalla fine degli esercizi, l'incremento si era ridotto solo al 2 per cento. Due le ipotesi avanzate: per affrontare i nuovi compiti richiesti dai giochi di equilibrio, i neuroni estendono le loro connessioni cerebrali, si collegano ad altri neuroni e aumentano così le dimensioni del cervello; oppure che l'aumento delle dimensioni dell'encefalo sono strettamente connesse all'incremento del numero dei neuroni.

---

# TRIAGE DI STRADA

## “Metodiche di triage infermieristico applicato alle monoemergenze territoriali”

---

di Agostino Giunta

**I**l triage è un: *“Percorso decisionale dinamico, basato sull’attuazione di un processo metodologico scientifico, capace di stabilire il grado di presunta gravità clinica presente in un soggetto, identificabile mediante l’utilizzo di un sistema di codifica indicante la priorità assistenziale”* [ Gruppo Formazione Triage, G.F.T.1999].

Questo processo metodologico permette di raccogliere informazioni sulle condizioni del paziente e di utilizzarle per assegnare un codice di gravità [solitamente rappresentato con numeri o colori] che consenta di valutare la criticità della sintomatologia espressa dal paziente. Questa valutazione permette di prendere decisioni che consentano di gestire l’ingresso dei pazienti in pronto soccorso o una maxiemergenza o un intervento di soccorso sul territorio. Il triage, fu utilizzato per la prima volta durante le guerre napoleoniche dal capo chirurgo dell’armata francese barone Jean Dominique Larrey per scegliere tra le migliaia di feriti quelli da curare per primi e dagli anni sessanta [inizialmente negli U.S.A. e poi in tutto il mondo occidentale, in Italia dagli anni novanta] permette di gestire l’afflusso dei pazienti nei pronto soccorsi sempre affollati e l’assistenza nelle maxiemergenze. Noi operatori dei servizi 118 oltre che delle maxiemergenze ci occupiamo [soprattutto] di monoemergenze [dove è coinvolto un solo paziente] nelle quali l’obiettivo del

triage è l’identificazione della sintomatologia e la valutazione della sua gravità allo scopo di scegliere il trattamento da effettuare sul posto, le tecniche di mobilitazione da adottare e la struttura ospedaliera in cui trasportare il paziente. Negli interventi di soccorso che riguardano le monoemergenze il processo decisionale comprende non solo la gestione del paziente ma anche le fasi che precedono il contatto con il paziente. Quindi nel triage applicato nelle monoemergenze bisognerà prendere in considerazione le quattro fasi in cui ritengo possa essere suddiviso un intervento di soccorso nella sua parte territoriale [L’altra parte la prima si svolge nella centrale operativa ed ha lo scopo di scegliere le risorse più idonee da inviare sul posto]:

1. Preparazione: E’ la fase preliminare dell’intervento territoriale inizia quando un operatore della centrale 118 contatta l’equipaggio e gli fornisce informazioni [ottenute con il triage telefonico] utili all’individuazione del luogo, del tipo e gravità di evento in atto. Con tali informazioni l’infermiere team leader effettua un briefing [riunione operativa] insieme agli altri due membri dell’equipaggio, durante il quale vengono decisi, il tragitto di avvicinamento al luogo, la modalità di guida da adottare e la strategia operativa da utilizzare sul posto.
2. Tragitto di avvicinamento: Durante

questa fase mentre l'autista guida e l'altro soccorritore lo assiste [funzioni di "navigatore"] l'infermiere è inattivo in attesa dell'arrivo sul posto o di eventuali comunicazioni da parte della centrale operativa.

3. Arrivo sul posto: E' il momento in cui

utilizzare metodiche di triage diverse, con obiettivi differenti. Ritengo che il triage da applicare nelle monoemergenze territoriali gestite da equipaggi non medicalizzati in cui l'infermiere svolge funzioni di team leader debba essere simile ad un puzzle , cioè com-

FASE INTERVENTO	TIPO DI TRIAGE	OBBIETTIVO	STRUMENTI OPERATIVI
<b>1. Preparazione</b>	Triage telefonico effettuato dalla centrale 118.	Scelta modalità di guida e strategia di intervento.	Briefing [riunione operativa]
<b>2. Avvicinamento</b>	Triage telefonico effettuato dallo infermiere.	Verifica delle informazioni fornite dalla centrale operativa.	Intervista telefonica
<b>3. Arrivo sul posto</b>	Triage non sanitario	Valutazione dello scenario e scelta della procedura di rimozione degli eventuali pericoli.	Protocollo per la gestione dello scenario.
<b>4. Gestione paziente</b>	Triage sanitario	Individuazione dei bisogni assistenziali del paziente e scelta del tipo di trattamento da effettuare sul posto, della tecnica di mobilitazione da usare, struttura sanitaria idonea alla gestione del problema.	Protocollo per il triage sanitario.

si inizia l'intervento vero e proprio, lo scenario[contesto sociale ed ambientale in cui si svolge l'evento] può nascondere ogni tipo di pericoli, perciò è indispensabile saper valutare eventuali rischi e saperli fronteggiare. Attualmente non esiste un addestramento specifico che insegni agli equipaggi a riconoscere ed affrontare eventuali pericoli.

4. Gestione del paziente: E' la fase principale, quella in cui ci si occupa dell'assistenza all'individuo malato. Saper individuare e valutare la sintomatologia è indispensabile per iniziare quel percorso diagnostico, terapeutico ed assistenziale indispensabile alla soluzione positiva dell'evento.

Ognuna di queste fasi richiede delle decisioni specifiche e quindi bisogna

postato da differenti metodiche prese in prestito da altre tipologie di triage ed utilizzate per gestire ogni singola fase.

I tipi di triage che compongo quello che da adesso definiremo "Triage di strada" sono:

- Triage telefonico
- Triage non sanitario
- Triage sanitario

## TRIAGE TELEFONICO

E' un tipo di triage indiretto, dove non c'è contatto visivo tra paziente ed operatore, attualmente viene effettuato solo dal personale della centrale allo scopo di individuare il tipo e la gravità dell'evento in atto per potere attivare le risorse umane e materiali idonee alla gestione del caso. Le informazioni otte-

nute con il triage telefonico sono però poco affidabili in quanto ottenute indirettamente da un soggetto [colui che ha richiesto l'intervento] che solitamente è in preda all'ansia e non ha nozioni mediche che gli consentano di valutare efficacemente la gravità dell'evento. Nonostante ciò le informazioni ottenute con il triage telefonico sono indispensabili sia per decidere la strategia di intervento sia per localizzare il luogo dell'evento e stabilire la sua gravità, bisogna quindi riuscire a ridurre il rischio di informazioni errate adottando accorgimenti che permettano di verificare tali dati prima dell'arrivo sul posto. A questo proposito ritengo sia opportuno effettuare un secondo triage telefonico che venga eseguito durante il tragitto di avvicinamento dall'infermiere del mezzo BLS per verificare le informazioni fornite dalla centrale operativa.

### **TRIAGE NON SANITARIO**

Viene effettuato all'arrivo sul posto con l'obiettivo di individuare e valutare eventuali pericoli presenti nello scenario per poter decidere se rimuoverli o attivare altri servizi [tipo le forze dell'ordine ed i vigili del fuoco], gestendo lo scenario nell'attesa. In questo tipo di triage le informazioni sono ottenute utilizzando gli organi di senso di tutto l'equipaggio per osservare eventuali pericoli, sentendo rumori ed odori particolari e raccogliendo eventuali testimonianze. Questo tipo di triage attualmente non viene applicato se si escludono alcuni accorgimenti [ non entrare in un edificio in fiamme, tentare di interagire con soggetti aggressivi ecc.] che oltretutto non sono supportati da riferimenti scientifici e non vengono usati metodicamente.

### **TRIAGE SANITARIO**

E' simile al triage effettuato nei pronto soccorsi ma differisce nell'obiettivo finale, infatti mentre lo scopo del tria-

ge di pronto soccorso è quello di stabilire la priorità di entrata, nelle monoemergenze si devono individuare i bisogni assistenziali del paziente individuando i sintomi [principali ed associati] e la loro gravità e sulla base di tali dati si decidono, il trattamento da effettuare sul posto, le tecniche di mobilitazione per trasportare il paziente e la struttura ospedaliera in cui portarlo. La tecnica di valutazione che verrà utilizzata in questa fase si compone di tre momenti:

- Valutazione sulla porta
- Valutazione di Emergenza
- Valutazione approfondita

### **VALUTAZIONE SULLA PORTA**

E' la "prima impressione" quella che si ottiene osservando il paziente appena si entra in contatto visivo con lui. Questa prima osservazione serve per farsi un'idea della situazione e decidere se si può passare alla valutazione approfondita del paziente o se c'è bisogno di una rapida valutazione delle funzioni vitali per stabilire se l'individuo da assistere è in imminente pericolo di vita e quindi si deve dare priorità alle manovre di emergenza.

### **VALUTAZIONE DI EMERGENZA**

Se dopo la valutazione sulla porta si ritiene opportuno stabilire se il paziente è cosciente, respira ed ha una sufficiente attività cardiaca si effettua una valutazione che chiameremo "di emergenza". In questa fase si deve stabilire solo la presenza o l'assenza o la grave alterazione di un parametro. I tre parametri vitali [coscienza, respiro, circolo] vanno valutati in modo sequenziale [ABC primario] secondo il seguente schema:

- 1- A[Airways] valutazione dello stato di coscienza e della pervietà delle vie aeree.
- 2- B[Breathing] valutazione attività respiratoria.
- 3- C[Circulation] valutazione dell'attivi-

tà cardiaca.

Ad ogni rilevazione di parametro assente o gravemente alterato corrisponde una manovra di emergenza:

- Manovra di Hemlich, disostruzione vie aeree.
- Ventilazione e O2 terapia
- Massaggio cardiaco, defibrillazione se si riesce a ripristinare tutte le funzioni vitali si passa alla valutazione approfondita, se invece si assegna un codice rosso si richiede l'intervento di un mezzo ALS o si trasporta il paziente nel pronto soccorso più vicino.

#### Valutazione approfondita

Stabilito che il paziente è cosciente, respira ed ha una sufficiente attività cardiaca ci si deve concentrare sulle sue necessità assistenziali. In questa fase per individuare il sintomo principale, quelli associati, la dinamica dell'evento e l'anamnesi del paziente, l'infermiere del mezzo BLS utilizza tre strumenti operativi:

- L'osservazione
- L'intervista
- Il rilevamento dei parametri

Con l'osservazione si esaminano quei sintomi che sono esternati dal paziente [cianosi periferica, dispnea, emorragie esterne, sudorazione ecc.], mentre con l'intervista l'infermiere può accertare il sintomo principale [quello che ha indotto il paziente a chiamare il 118], i sintomi associati non rilevabili con l'osservazione [cioè soggettivi come la cefalea, dolori, palpitazione ecc.], la dinamica dell'evento e la storia passata [anamnesi] ed infine, tramite la rilevazione dei parametri è possibile quantificare alcune funzioni [Pressione arteriosa, frequenza cardiaca e respiratoria, glicemia, saturazione O2 ecc.]. Per la valutazione approfondita si utilizzano contemporaneamente tutti e tre gli strumenti operativi, infatti l'infermiere osserva eventuali anomalie nell'aspetto del paziente [colorito cute, dispnea, sudorazione ecc.] mentre chiede il motivo della richiesta di aiuto [sintomo principale], per poi verificarne l'intensità rilevando specifici parametri [per esempio se un paziente riferisce palpi-

tazioni si controlla la frequenza cardiaca, per vertigini e cefalea si controlla la pressione arteriosa ecc.] e si indirizza l'intervista verso il quadro sintomatologico ipotizzato [per esempio se un paziente riferisce un dolore toracico si osserva la cute ed il respiro, si prende la frequenza si chiede eventuale anamnesi specifica e l'esatta localizzazione del dolore] tenendo presente che l'infermiere non fa diagnosi ma evidenzia la sintomatologia in atto e le esigenze assistenziali. Analizzando tutti i dati ottenuti si definisce un preciso quadro sintomatologico e si assegna un codice colore [rosso, giallo, verde], che influenzerà sia il trattamento da effettuare sul posto sia le tecniche di mobilitazione da utilizzare per spostare il paziente e portarlo in ambulanza, sia la scelta della struttura ospedaliera in cui portare il paziente. Per determinare il livello di gravità si utilizzano i seguenti colori:

**ROSSO:** Quando almeno uno dei parametri vitali [coscienza, respiro, circolazione] è assente o gravemente alterato.

**GIALLO:** Quando a causa della tipologia di sintomi espressi, della dinamica dell'evento e dell'anamnesi si può presupporre un repentino peggioramento dello stato di salute del paziente.

**VERDE:** Quando le condizioni non sono gravi e si può ragionevolmente escludere un repentino peggioramento della situazione.

Il triage di strada utilizza le seguenti tecniche, procedure e protocolli:

#### **BRIEFING:**

E' una riunione operativa [il cui termine proviene dal linguaggio aeronautico.] e nel nostro caso si svolge in movimento, inizialmente in postazione [per quanto riguarda la localizzazione del luogo] e prosegue durante il tragitto [per quanto riguarda la scelta della strategia operativa].

## PROTOCOLLO MODALITÀ DI GUIDA:

Si basa sul codice colore assegnato dal triage telefonico effettuato dalla centrale operativa.

### CODICE ROSSO

Si devono utilizzare sirena, lampeggianti e fari. In questi casi l'autista può infrangere le norme del codice stradale ma deve farlo con cautela accertandosi che gli altri automobilisti abbiano compreso ed accettato la richiesta.

### CODICE GIALLO

Si devono utilizzare sirena, lampeggianti e fari. In questi casi l'autista può infrangere con cautela alcune norme del codice stradale:

- Semaforo rosso
- Precedenza
- Preferenziali
- Limiti di velocità
- Sorpasso dove non consentito

### CODICE VERDE

Non è obbligatorio l'utilizzo di sirena lampeggianti e fari ma è consigliabile nelle zone o a scorrimento veloce. Anche quando si utilizzano i sistemi di emergenza si possono infrangere solo alcune norme e con molta cautela:

- Semaforo rosso
- Precedenza
- Preferenziali

## PROTOCOLLO PER IL TRIAGE TELEFONICO IN AMBULANZA

Il triage telefonico durante il tragitto di avvicinamento al luogo dell'evento è possibile solo se la centrale operativa ha fornito un recapito telefonico del richiedente, cioè di colui che ha attivato il sistema 118. La sequenza operativa è la seguente:

1. L'Infermiere telefona al richiedente, si qualifica["Sono l'infermiere dell'ambulanza che sta venendo da voi,

saremo lì tra circa..."] chiede con chi sta parlando ["E' lei che sta male?"], e si informa sulla situazione del paziente ["Come sta adesso...?"].

2. Il richiedente può a questo punto reagire in tre modi:

- Accetta l'intervista e dà informazioni sull'evento.
- Rifiuta l'intervista ed interrompe la comunicazione.
- Reagisce aggressivamente, urla ,minaccia non collabora.

Nel primo caso si passa alla fase successiva, nel secondo caso è meglio desistere, probabilmente il richiedente è solo un testimone che non vuole essere coinvolto. Nel terzo caso solitamente la situazione critica provoca ansia che rende difficile la comunicazione tra infermiere e luogo dell'evento. In questo momento l'individuo mette a nudo le sue paure, le sue incertezze, la sua collera con modi di fare difficilmente controllabili per telefono [Piange,urla, insulta, minaccia ecc.]. Questa situazione può essere gestita soltanto trasformando il conflitto in collaborazione non contrastando lo sfogo del paziente, facendogli capire che l'unica opzione possibile è quella di collaborare insieme [" La capisco, ma al momento l'unica possibilità di risolvere la situazione è attendere il nostro arrivo, però se vuole nell'attesa posso darle qualche consiglio, il paziente è cosciente?, respira bene? si lamenta per il dolore? dove?"]. Il non aspettare una risposta all'offerta di consigli permette al richiedente di non dover ritornar sui propri passi ma allo stesso momento gli consente di aprirsi ad un possibile aiuto. Se il richiedente inizia a rispondere alle domande si passa alla terza fase.

In questa fase l'infermiere deve fare domande brevi e facilmente comprensibili per permettere al richiedente di stabilire i propri ritmi e chiarire i propri dubbi che il triagista deve cercare di risolvere con concetti precisi che richiedano poco sforzo ["mio padre è svenuto, non si muove "-"Lo scuota, lo chiami se non si sveglia lo sdrai gli tolga la dentiera, guardi se il torace si

muove" ecc.]. Ogni ordine va dato con calma e con decisione, il richiedente deve percepire la nostra competenza. In questa fase l'intervista è libera, l'infermiere deve solo seguire il proprio istinto e la propria curiosità, facendo seguire ad ogni informazione un consiglio ed a quest'ultimo una richiesta di ulteriori chiarimenti [feedback informativo], tranquillizzando il richiedente quando se ne rileva il bisogno.

Quando si è in prossimità del luogo dell'evento si comunica la cosa al richiedente dicendogli di scendere in strada o di mandare qualcuno ad aspettarci [se possibile] in modo che si individui subito il luogo.

## **PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLO SCENARIO**

Lo scenario è il contesto sociale ed ambientale in cui si svolge l'evento. Gli eventuali pericoli possono essere insiti nelle sue caratteristiche [per esempio se si tratta di una autostrada bisogna valutare i rischi propri del traffico ad alta velocità], in quelle dell'evento [per esempio pericolo di sostanze tossiche in incidenti con autocisterne] e in altre variabili [per esempio il comportamento di un automobilista ubriaco]. Individuati gli ambiti da analizzare si utilizzano gli organi di senso [osservare, sentire, annusare, toccare] e l'intervista che deve inizialmente essere generalizzata [cosa è successo? da quanto?] e poi specifica [nel caso di incidente con autoarticolato per esempio si potrebbe chiedere cosa trasportava il camion coinvolto]. L'intervista dovrà seguire uno schema ma non essere rigida.

Domande da fare a se stessi:

- Che tipo di scenario ho di fronte?
- Quale rischi può nascondere?
- Domande da fare ai presenti:
- Cosa è successo?
- Qual è la dinamica?

Raccolte le informazioni tocca decidere il da farsi basandosi su specifici protocolli preparati d'intesa con gli altri servizi di emergenza[in caso d'incendio con i vigili del fuoco, in caso di inci-

dente sull'autostrada con la polizia stradale ecc.]. Ovviamente questa procedura richiede personale addestrato al riconoscimento dei vari pericoli ed esperto nelle procedure da adottare per la messa in sicurezza dello scenario. Inoltre deve essere in grado di gestire la scena fino all'arrivo dei servizi preposti a quel tipo di emergenza.

## **PROTOCOLLO PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE**

Se all'arrivo sul posto c'è qualcuno ad attenderci mentre si va dal paziente lo si intervista:

" Cosa è successo ?" [Ovviamente se ad attenderci è la stessa persona a cui abbiamo somministrato il triage telefonico questa domanda è superflua"].

"Come sta adesso?"

Arrivati in contatto visivo con il paziente si effettua la cosiddetta "valutazione sulla porta" si osserva velocemente l'aspetto del paziente rispondendo mentalmente a due domande sequenziali [se ad una domanda si risponde negativamente si passa alla successiva, se invece la risposta è positiva si interrompe la sequenza]:

E' cosciente?

Respira?

Se la risposta è negativa ad almeno una delle due domande si passa alla valutazione definita " di emergenza ":

Si valuta la coscienza [verbalmente, con stimolazione dolorosa].

Se non è cosciente si controlla la pervietà delle vie aeree.

Controllata o ripristinata la pervietà delle vie aeree si valuta il respiro ascoltando eventuali rumori respiratori ed osservando i movimenti del torace.

Se il paziente non respira si ventila e si valuta il polso carotideo, se assente si inizia la rianimazione cardiopolmonare[RCP]. Si richiede assistenza ALS e se non disponibile si trasporta in ospedale continuando le manovre rianimatorie.

Se il paziente è cosciente, respira ed ha una sufficiente attività cardiaca si passa alla valutazione approfondita, durante

la quale l'infermiere, utilizzando:  
L'osservazione, con la quale si individuano i sintomi oggettivi, cioè individuabili da un osservatore [deficit motori, vomito, dispnea ecc.].  
L'intervista, Durante la quale il paziente riferisce i sintomi che l'hanno spinto a chiedere l'intervento del 118, la dinamica con cui sono insorti e la propria storia patologica [anamnesi].  
Rilevamento parametri vitali, P.A., F.R., F.C., G.C.S., Sat. O2, Glucotest ecc.).  
 Utilizzando contemporaneamente questi strumenti lo infermiere deve indirizzare l'intervista alla verifica del sintomo principale ricercando elementi che ne confermino la presenza e ne evidenzino la gravità usando la seguente sequenza:  
 Sintomo Principale [se è oggettivo lo si

osserva se è soggettivo si riscontra il parametro specifico].  
 Se confermato il sintomo principale, si ricercano eventuali sintomi associati [per esempio in caso di dolore toracico, si controlla la frequenza cardiaca, l'eventuale dispnea il colorito della cute ecc.] utilizzando l'osservazione e la rilevazione dei parametri specifici.  
 Individuata la sintomatologia si intervista il paziente sulla dinamica dell'evento [è importante anche nelle patologie non traumatiche] e sulla sua storia patologica [anamnesi].  
 Si assegna un codice di gravità ed in base ad esso si sceglie la struttura in cui trasportare il paziente.

Protocollo per la scelta della struttura più idonea per il ricovero

CODICE GRAVITA'	PROCEDURA
<b>ROSSO</b>	Il paziente va portato ad un DEA però: -Se il DEA è più distante del pronto soccorso più vicino si richiede la presenza di un team medico durante il trasporto. -Se il mezzo ALS non è disponibile il medico di sala può autorizzare il prolungamento del tragitto. -Se il DEA è molto distante[ e se la morfologia del territorio lo consente] l'intervento dell'elicottero -In caso di indisponibilità di un team medico ed in mancanza della autorizzazione della centrale il pz. va portato nell'ospedale più vicino.
<b>GIALLO</b>	Dopo il triage e l'assegnazione del codice giallo l'infermiere: -Se la complessità della patologia lo richiede può domandare l'autorizzazione al prolungamento del tragitto con o senza il supporto di un medico [ALS o elicottero]. - Se il paziente è già in cura in una struttura più distante del 1° pronto soccorso, se le sue condizioni lo consentono, si può richiedere l'autorizzazione a condurlo lì.
<b>VERDE</b>	I codici verdi vanno al primo pronto soccorso a meno che non richiedano un intervento specialistico non disponibile nella struttura [otorino, oculistico].

## SEQUENZA TRIAGE DI STRADA

E' la sequenza che riunisce tutte le procedure ed i protocolli utilizzati per il triage di strada.

scelta tragitto di avvicinamento e modalità di guida

Sicurezza dello scenario

Il triage di strada viene utilizzato durante situazioni di emergenza in contesti potenzialmente pericolosi, quindi,

1. Attivazione
2. Individuazione luogo evento, scelta tragitto e modalità di guida
3. Triage telefonico durante il tragitto di avvicinamento
4. Arrivo sul posto, valutazione scenario e gestione eventuali rischi
5. Avvicinamento al paziente
6. Valutazione sulla porta
7. Valutazione di emergenza o valutazione approfondita

### Valutazione di emergenza

- a) Si valuta la coscienza.
- b) Se non è cosciente si controlla la pervietà delle vie aeree.
- c) Controllata o ripristinata la pervietà delle vie aeree si valuta il respiro.
- d) Se il pz. non respira si ventila e si valuta il polso carotideo, se assente si inizia RCP si attiva ALS e se non disponibile si trasporta in ospedale.

### Valutazione approfondita

- a) Si individua il sintomo principale
- b) Si osserva il paziente mettendo in relazione i vari sintomi evidenziati.
- c) Si indirizza l'intervista e l'osservazione verso la verifica dell'ipotesi diagnostica formulata.
- d) Si rilevano i parametri specifici per l'ipotesi diagnostica.
- e) In base ai dati ottenuti si assegna un codice colore e si decidono il trattamento da effettuare sul posto, la modalità di mobilitazione e la struttura ospedaliera in cui ricoverare il pz.

Il triage qui descritto, che ho definito "di strada" per evidenziarne il legame con il territorio e con le problematiche derivanti da una situazione di emergenza [reale o percepita come tale] ha come obiettivo principale l'individuazione delle esigenze assistenziali del paziente, ed a differenza del triage che si effettua in pronto soccorso l'infermiere non attende il paziente ma si reca sul luogo in cui avviene l'evento, perciò ci si deve occupare non solo della gestione del paziente ma anche dell'avvicinamento al luogo dell'evento e della sicurezza dello scenario in cui si svolge l'emergenza. Quindi oltre all'obiettivo principale c'è ne sono altri tre intermedi:

Preparazione dell'evento

Localizzazione luogo dell'evento e

siccome per definizione una emergenza è caratterizzata dalla percezione del pericolo, dall'imprevedibilità e dall'eccezionalità degli eventi e dalla richiesta di un intervento rapido [Latanè e Darley, 1969], l'applicazione di questo triage richiede oltre alla competenza professionale [conoscenza delle tecniche di triage e delle manovre di emergenza], "elasticità mentale", cioè la capacità di adattare le proprie conoscenze a situazioni eccezionali. A tale scopo oltre a creare procedure e protocolli non rigidi che permettano di gestire situazioni non convenzionali bisogna formare infermieri triagisti che non siano dei semplici esecutori di procedure prestabilite ma sappiano "pensare in emergenza". Questo quindi può essere considerato un

triage da costruire ogni volta sull'evento in corso, basandosi su criteri comuni che però vanno adattati ad ogni singolo intervento che ha caratteristiche peculiari e può influenzare positivamente o negativamente l'evoluzione dello evento patologico in atto.

## AUTORE

*Agostino Giunta  
Emergenza 118*

# bibliografia

"Il triage infermieristico"  
Gruppo Formazione Triage,  
ed. McGraw-Hill 2000

"Emergenze extraospedaliere"  
C.Serantoni, A. Guidetti, G.  
Desiderio R. Faccioli  
Ed. UTET 1999

"Manuale ACLS"  
American Heart Association  
Ed. Centro Scientifico Editore  
1999

"Introduzione alla psicologia  
sociale"  
Hewstone, Stroebe, Codol,  
Stephenson  
Ed. Il Mulino 1991 pag.285  
[situazione di emergenza]

## in pillole

### L'ANTENATO SENZA CANINI

Un primate vissuto quasi sei milioni di anni fa, privo di canini appuntiti per il combattimento, potrebbe essere stata la prima creatura pre-umana a essersi separata dalla linea evolutiva delle scimmie. E' quanto sostengono alcuni ricercatori, secondo i quali la creatura potrebbe fornire indizi sull'aspetto dell'antenato comune di uomini e scimpanzé. I resti fossili erano stati trovati in Etiopia tre anni fa, ed erano stati classificati come una sottospecie di *Ardipithecus ramidus*, un ominide già noto. Ma nuovi studi e la scoperta di altri denti hanno suggerito agli scienziati di riclassificare il gruppo di ominidi

come una specie distinta, battezzata *Ardipithecus kadabba*. Nello studio pubblicato dalla rivista Scienze, il gruppo di ricerca del Museo di storia naturale di Cleveland (Usa) guidato dall'antropologo Yohannes Haile-Selassie sostiene che l'ultimo antenato comune di uomini e scimpanzé possedeva lunghi canini che usava per combattere e che gli scimpanzé, a differenza degli esseri umani, hanno ancora oggi. I ricercatori hanno trovato i fossili di almeno cinque individui che un tempo vivevano in un ambiente boschivo in quella che oggi è una regione arida e rocciosa dell'Etiopia. I resti sono sufficienti a determinare che si trattava di un ominide eretto, quasi delle dimensioni di uno scimpanzé, vissuto fra 5,2 e 5,8 milioni di anni fa.

---

## Cenni storici sull'assistenza

---

*di Alessandro Zampa*

**L**a parola "assistere" deriva dal latino e significa "stare vicino". Le scoperte fatte dagli archeologi e dagli antropologi hanno permesso di venire a conoscenza della storia primitiva dell'assistenza. Le fonti ottenute sono state ricavate da opere artistiche, da iscrizioni, ma soprattutto dagli scavi effettuati nel corso dei secoli.

Agli albori della storia umana esisteva la necessità di suddividere i compiti tra l'uomo e la donna per garantire la sopravvivenza della specie. Questa divisione di ruoli permetteva alla razza umana di difendersi da tutte le difficoltà provenienti dall'ambiente e dalla convivenza con gli altri esseri viventi. Mentre l'uomo si occupava di cacciare per procurare cibo per sé e per la sua famiglia, la donna provvedeva a crescere i figli; il suo operato presto si estenderà a favore anche degli anziani e dei malati della propria famiglia o della propria tribù.

Nelle popolazioni primitive, la donna che si prendeva cura degli altri, utilizzando le erbe come mezzo di medicamento e collaborava strettamente all'attività dello stregone, era soprannominata con il termine "strega". Valutando l'operato delle streghe, come descritto dalle varie fonti pervenute, è possibile paragonarle a quelle che rivestono oggi le figure infermieristiche. Colui, invece, che diagnosticava e curava la malattia era lo stregone. Ad esso venivano attribuiti speciali poteri di intermediazione tra il mondo umano ed il mondo

divino. Egli aveva la facoltà di combattere gli spiriti maligni ritenuti causa di malattia. Lo stregone doveva compiere riti magici contenenti una serie di pratiche quali incantesimi, danze, sacrifici di animali, pronunciare parole misteriose, praticare incantesimi, etc. Questi riti magici saranno successivamente soppiantati da terapie fondate sul ragionamento e sull'esperienza.

L'avvento del cristianesimo modificherà il concetto di assistenza. Si tratterà di svolgere un servizio nei confronti di qualunque malato in modo gratuito. Per coloro che praticavano l'assistenza veniva richiesto un carattere docile ed umile, obbedienza, come avveniva in ambito religioso.

Il medioevo era caratterizzato, nella vita laicale, dal "feudalesimo". La donna, moglie del feudatario, si occupava anche dell'assistenza ai malati del feudo.

Dopo l'anno 1000 vi fu un maggiore sviluppo urbanistico.

Le nuove classi lavorative si erano organizzate in "corporazioni" che davano la possibilità agli individui che ne facevano parte di godere di alcuni diritti tra i quali il diritto a ricevere un'adeguata assistenza.

I secoli successivi erano anni anche molto difficili: carestie, epidemie, guerre, devastazioni, riducevano il numero della popolazione. La cura degli infermi diventava un'esigenza di primo piano. Ad occuparsene erano gli ordini cavallereschi nati a seguito delle Crociate.

A partire dal 1500 la medicina si evolse notevolmente, grazie ad autorevoli nomi quali: Harvey, Falloppio, etc.; anche l'assistenza subiva importanti modificazioni attraverso le nuove scoperte. In questo periodo l'assistenza era effettuata anche dagli stessi poveri che avevano usufruito del servizio ospedaliero. Queste persone che prendevano servizio negli ospedali, insieme ad ex carcerati, alcolizzati e prostitute erano quelle che ricoprivano il ruolo di infermieri. Erano persone che ricevevano una scarsa remunerazione per il lavoro svolto. Il motivo per cui venivano assunti era perché sostituivano tutti quei frati e quelle suore che diminuivano numericamente a causa della chiusura di molti monasteri; chiusura dovuta alla nascita del protestantesimo. Nasceva, così, l'esigenza di costituire nuovi ordini religiosi con l'intento di ben accudire gli infermi. Tra essi c'erano i "fatebenefratelli", "i ministri degli infermi", etc.

Il 1700 era il secolo del pensiero illuministico: la ragione prevaleva sulla fede. La medicina si basava sulla sperimentazione, i valori etici venivano surclassati. L'infermiera ricopriva un ruolo sociale di bassa elevatura, venivano preferite, per questo lavoro, donne libere da impegni familiari.

Il 1800 era un secolo di evoluzione culturale che nasceva dalla rivoluzione industriale: La gente dalle campagne si riversava nelle città per lavorare nelle industrie. La medicina progrediva in modo rapido. Erano proprio alcuni dei medici a richiedere personale infermieristico più preparato. Si riteneva opportuno preparare adeguatamente gli infermieri attraverso un corso di studi, così da poter erogare ai malati un'assistenza specializzata. Varie situazioni si intersecavano portando alla trasformazione della figura infermieristica.

Il processo di sviluppo della professione nasceva in Inghilterra ad opera di Florence Nightingale che aveva fondato nel 1860 la prima scuola per infermieri della durata di 1 anno con 15 allieve. In Italia nascevano diverse scuole all'inizio del 1900. Oggi nel XXI secolo, seguendo i modelli anglosassoni, si è giunti ad im-

stare un'assistenza al malato, e non solo, che si basa sulle prove scientifiche e caratterizzata da una continua ricerca. Il futuro prospetta una importante sfida nella direzione di qualificare l'importanza della assistenza infermieristica e di chi svolge tale servizio.

## AUTORE

*Alessandro Zampa*  
*Infermiere in area psichiatrica*  
*presso l'Ospedale "L.Mandic"*  
*- Merate (Lecco)*

# bibliografia

Calamandrei Carlo. L'assistenza infermieristica. Roma: NIS, 1994.

Casera Antonio. L'ospedale e l'assistenza ai malati nel corso dei secoli. Brezzo di Bedero (Va): edizioni Salcom, 1986.

Donahue M.P.. Nursing storia illustrata della assistenza infermieristica. Roma: Antonio Delfino editore, 1991.

Fiorendola Francesco, Parenti Francesco. Medicina e magia nell'antico oriente. Milano: casa editrice Meschina, 1962.

Manzoni Edoardo. Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica. Milano: Masson, 2001.

---

# “Aspetti etico-deontologici nell’assistenza infermieristica al prematuro con patologia neurologica”

---

di Annalisa Piccardi\* e Gaetano Romigi\*\*

L’**L**’aumentata sopravvivenza di neonati di basso peso e bassa età gestazionale, ha comportato un’aumentata incidenza di complicanze a breve, medio e lungo termine, e la necessità per l’equipe medica ed infermieristica di conoscere meglio, per affrontare con competenza, i complessi problemi legati alle misure di rianimazione e alle cure intensive. Frequentemente si aggiungono danni neurologici che si presentano, nel prematuro, interconnessi con problemi respiratori e/o cardiovascolari, sotto forma di patologia multiorgano.

L’integrità e la funzione del sistema nervoso del pretermine sono di grande importanza per il medico, l’infermiere e i genitori sotto vari aspetti.

Salvare la vita di un neonato non è l’unico compito del personale sanitario che opera in una sala parto o in una terapia intensiva neonatale: bisogna anche salvare la sua vita di relazione, che è il presupposto per uno sviluppo sano. L’obiettivo è una sopravvivenza integra e qualitativamente accettabile.

L’infermiere in terapia intensiva neonatale è impegnato costantemente su più fronti:

- nell’acquisizione delle più avanzate conoscenze fisiopatologiche alla base della patologia neurologica del pretermine;
- nel soddisfacimento dei bisogni assistenziali del neonato patologico (totale sostituzione);

- nel mantenimento dell’ambiente fisico idoneo, adatto a ridurre gli stress nocivi per l’integrità neurologica del pretermine;
- nella costruzione di una “relazione d’aiuto” positiva con i genitori, relazionandosi con essi e fornendo nell’ambito delle proprie competenze professionali informazioni e supporto psicologico;

L’infermiere gestisce l’intensività e la complessità del processo assistenziale garantendo in primis il costante monitoraggio delle principali funzioni e la sorveglianza del prematuro allo scopo di svelare tempestivamente segni e/o sintomi di complicanze.

Nell’attività di nursing egli è supportato dalla tecnologia avanzata che permette di disporre di sofisticati sistemi ed avanzate apparecchiature. Gli aspetti tecnici e quelli clinici si intrecciano con quelli operativi e gestionali legati all’assunzione di responsabilità spesso determinanti per il futuro del neonato ed il suo sviluppo sia fisico che intellettuale.

La disponibilità della tecnologia viene spesso interpretata come un obbligo morale di applicazione. In proposito, fattori che facilitano l’applicazione della tecnologia sono rappresentati dalla cultura fortemente “medico-centrica”, dal timore di conseguenze medico-legali, dai metodi di remunerazione, dal timore umano di fallimento

ed infine dalla difficoltà ad affrontare e comunicare la morte.

In terapia intensiva neonatale si trovano facilmente giustificazioni per ogni atto invasivo e cruento, ma se è vero che è indubbiamente difficile sapere qual è il momento esatto in cui è bene fermarsi nell'applicazione delle terapie e delle tecnologie è ancor più difficile decidere di bloccare l'innovazione tecnologica e di azzerare l'applicazione delle tecnologie già esistenti.

Tutto questo pone l'Infermiere frequentemente al centro di dinamiche che suscitano dilemmi, dubbi, incertezze su quali siano le competenze professionali e le responsabilità etico-deontologiche, quali i comportamenti più corretti e quelli più giusti, nell'interesse della salute del neonato pretermine, e secondo le volontà dei suoi genitori.

Gli aspetti etico-deontologici dell'assistenza in siffatti casi non riguardano solo e soltanto chi prende decisioni in merito alla diagnosi e/o alla terapia, ma coinvolgono tutto il personale, specie infermieristico, che si trova quotidianamente ad affrontare situazioni relazionali alquanto complesse e delicate, nelle quali la dimensione umana rappresenta l'elemento di specificità assistenziale determinante per il processo di cura globale.

Le competenze e le responsabilità richieste sono di livello elevato e comunque adeguato alle recenti normative, agli sviluppi tecnico-scientifici in campo medico e all'introduzione sempre maggiore e prepotente dell'Infermiere quale figura indispensabile nel panorama sanitario.

Per stabilire alcuni parametri di gravosità è necessaria la scienza; essere in grado di attivare e condurre ricerche di natura infermieristica ed ostetrica diventa fondamentale per dare risposte consapevoli, altrimenti diventa assai difficile dire quale sia il limite alle cure e all'assistenza al fine di rispettare la dignità, la libertà, la verità integrale della persona.

Allo stato attuale, a partire dalla 23° o 24° settimana di gestazione o da un peso alla nascita di 500 grammi, un neonato prematuro ha circa il 30-40% di possibilità di sopravvivere, e per molti di loro vi è una alta possibilità di danni neurologici importanti o gravi. Tuttavia, la prognosi individuale di questi pazienti è legata ad una grande incertezza in quanto le casistiche esaminate sono ancora esigue e i tempi di osservazione a distanza (follow-up) sono ancora troppo limitati.

Si tratta di eventi della nostra epoca che non hanno tante precedenti esperienze cui far riferimento; si consideri che fino a non molti anni fa non c'era possibilità di sopravvivenza.

Pertanto assistere questi neonati comporta un peso psichico ed emotivo assai rilevante per tutte le figure coinvolte. Le situazioni delicate in cui occorre adottare scelte molto critiche possono dipendere dalle conseguenze assai complesse dello stato biologico e neurologico, dalle aspettative dei genitori, dalle possibilità della medicina, ma anche dall'opportunità di rispettare la dignità di ogni vita umana, dalla prognosi incerta, dai possibili disagi per la famiglia e la società e dalla difficoltà di definire di volta in volta che cosa è davvero nell'interesse e nel bene del bambino.

La giurisprudenza che viene affermandosi in questi ultimi anni riconosce la possibilità, per il bambino che nasca con gravi malformazioni prevedibili, di potersi, una volta adulto, rivalere sul medico che non abbia riconosciuto attraverso la diagnosi prenatale una patologia, così come sui genitori che, informati, non siano intervenuti ad impedirne gli esiti.

Questo nuovo orientamento giuridico impone agli operatori la necessità di un confronto, attivando tecniche di discussione di gruppo all'interno del team, con l'ausilio di esperti in grado di guidare la riflessione etica (counselling bioetico) riguardo a decisioni critiche. Come si può dedurre, non si tratta solo di applicare procedure terapeutiche, ma di relazionarsi con alcuni valori e

principi; è auspicabile che ogni operatore conosca i propri valori, i principi dell'etica e operi delle scelte coniugandole, caso per caso, con le linee guida cui attenersi.

L'attuale regolamentazione dell'esercizio della professioni infermieristiche pone l'accento, oltrechè sul Profilo Professionale (D.M. 739/94) e sull'ordinamento didattico dei corsi di laurea in infermieristica (D.MURST 509/1999), anche sul Codice deontologico dell'infermiere (approvato dalla F.N. dei Collegi IPASVI nel 1999) e su quello delle ostetriche (F.N.C.O.2000), quali linea guida essenziali nelle decisioni etiche.

Il Codice deontologico dell'Infermiere recita all'art.1.4: "il codice deontologico guida l'infermiere nello sviluppo dell'identità professionale e nell'assunzione di un comportamento eticamente responsabile" – all'art 2.2 : "l'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale dell'individuo e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura e riabilitazione – all'art.2.5: "nei casi di conflitto determinati da profonde diversità etiche, l'infermiere si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. In presenza di volontà profondamente in contrasto con i principi etici della professione e con la coscienza personale si avvale del diritto all'obiezione di coscienza" – all'art. 3.4 : "l'infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici vissuti nell'operatività quotidiana e ricorre, se necessario, alla consulenza professionale e istituzionale, contribuendo così al continuo divenire della riflessione etica".

Il Codice deontologico dell'ostetrica recita all'art 3.1: "nel

rapporto con la persona assistita l'ostetrica impronta la propria opera professionale al rispetto dei diritti umani fondamentali.....l'ostetrica assiste e consiglia la persona assistita informandola in modo esauriente con linguaggio adeguato al livello intellettuale e culturale della stessa su tutte le pratiche e provvedimenti socio-assistenziali ritenuti necessari".

Tuttavia, poiché, secondo alcuni giuristi e bioeticisti, si tratta di leggi, decreti e regolamenti di indirizzo o che fanno riferimento a fattispecie generali, in ogni specifica situazione prendere una decisione piuttosto che un'altra può divenire davvero un problema etico. Infermiere, infermiere pediatrico ed



ostetrica sono frequentemente posti fuori da certe riflessioni etiche e l'atto medico in quanto tale non permette agli altri professionisti della salute di essere attori nel rapporto con i genitori nel momento della comunicazione della diagnosi e nel momento della scelta tra le terapie possibili.

Il coinvolgimento dell'Infermiere, dell'Infermiere pediatrico e dell'ostetrica sono relativi soprattutto alle attività di assistenza diretta al feto/neonato durante la nascita e dalla nascita in poi.

Affrontare in equipe i dilemmi dell'assistenza ad un prematuro con danni neurologici, implica, però, una conoscenza di base per gli infermieri della metodologia di analisi e degli strumenti disponibili in campo etico-deontologico.

Tali strumenti di analisi pongono l'operatore nella condizione di individuare correttamente i casi clinici di rilevanza bioetica che implicano una specifica assunzione di responsabilità, e gli forniscono una griglia di valutazione del comportamento accettabile, quale principale strumento di discernimento. Non possedere le conoscenze metodologiche e gli strumenti necessari permette di non compiere l'azione.

Un dilemma etico rappresenta per l'infermiere, come per tutti gli altri operatori della salute, una situazione in cui, tra due possibili alternative si vorrebbe sceglierne entrambe, ma ciò non è possibile. La definizione dei temi del conflitto e della scelta sono centrali nell'inquadramento di un dilemma etico. L'operatore deve identificare quale fra le tante possibili sia l'azione moralmente corretta, ma fra le diverse azioni esiste una gamma infinita di possibilità operative che non è facile definire in termini di correttezza morale.

Quando si deve assistere un neonato pretermine con problemi neurologici gravi, insorgono delle riserve etiche assai rilevanti, e in questi casi sarebbe opportuno che genitori ed operatori decidessero insieme quali interventi adottare per il bene reale del bambino basandosi sui 4 principi etici di "autonomia", "non maleficita'", "beneficita'"

e "giustizia".

I genitori decidono per il loro bambino a meno che:

- la loro decisione non sia chiaramente contraria all'interesse del bambino;
- non siano permanentemente assenti o incapaci di prendere decisioni;
- non desiderino lasciare la decisione ad altri.

Non è semplice applicare tali principi alla situazione specifica di un neonato, soprattutto quando occorre decidere se, e in quale misura, i doveri deontologici di tutela della salute possono essere posti in discussione alla luce delle previsioni sulla qualità di vita cui il paziente va incontro.

Se si stabilisce che nessuno può arrogarsi il diritto di giudicare il valore della vita di una persona, e che ogni vita umana deve essere difesa e conservata con gli strumenti a disposizione, sussiste il rischio di un accanimento terapeutico.

Se invece si accetta di collaborare, mettendo in atto interventi assistenziali solo quando si è d'accordo che la qualità della vita che il neonato potrà avere sarà elevata, o quanto meno accettabile, la cosa equivarrebbe, di fatto, ad una discriminazione dei disabili.

La medicina ha acquisito un compito quasi sacro, sacerdotale;

i test pediatrici neonatali sono diventati una sorta di "battesimo" dal momento che l'essere umano sarebbe tale solo nella misura in cui viene riconosciuto uomo da uno specialista, che garantirà della sua "umanità" a seconda di quanto il soggetto è considerato "normale".

Succede così che un bambino deforme potrà essere abortito se i test prenatali, mostrano la sua cosiddetta "non umanità", causata da una grave deficienza di salute.

Vi sono argomenti a favore del prolungare la vita, indipendentemente dalla sua qualità, come la sacralità della vita umana, l'incertezza della medicina e il cosiddetto principio del "Playing God" sulla base del quale le decisioni di vita e

di morte non spettano agli esseri umani. Tra gli altri elementi da tenere in considerazione vi sono, senza dubbio:

1. rapporto danno-beneficio, inteso come concetto di "proporzionalità delle cure";
2. "miglior interesse" del paziente, vale a dire una valutazione della qualità della vita;

Riguardo il primo punto occorre valutare l'intensità ed invasività del trattamento, il grado di sofferenza e gli esiti a distanza che devono essere proporzionati ai benefici che ci si può attendere.

Riguardo il secondo punto (miglior interesse) occorre precisare che non ha a che fare con il "valore sociale" di un individuo e che riguarda, piuttosto, il valore della vita per la persona che deve viverla; in sostanza si riferisce alle potenzialità del neonato per una vita futura di salute, benessere e capacità di comunicazione e relazione con gli altri. In conclusione diventa estremamente importante garantire non solo un idoneo insegnamento della deontologia professionale, dell'etica e della bioetica ai corsi di laurea per infermiere, infermiere pediatrico o ostetrica, ma garantire opportuni approfondimenti ai master di primo livello in Management infermieristico per le funzioni di coordinamento o ad altri master e corsi di perfezionamento attraverso l'analisi sistematica di casi clinici.

Sarebbe auspicabile altresì un maggior coinvolgimento dei Comitati etici locali ed una attività di counselling bioetica così come prevista in altri paesi per cercare di ridurre lo stress di operatori e genitori.

Senza entrare nel relativismo, l'etica non è una disciplina dalle risposte sicure, ma è la capacità di porci delle domande. Lo sforzo a cui tutti si è chiamati è quello di rispettare la persona e di ricercare la verità in ogni circostanza ciascuno nel tempo e nel luogo in cui si trova a vivere ed operare.

## AUTORE

\* *Annalisa Piccardi*  
*Infermiera Patologia e Terapia Intensiva Neonatale - Ospedale "S.Eugenio" - Roma.*

\*\* *Gaetano Romigi*  
*Dirigente dell'assistenza infermieristica U.O.C. Formazione, Qualità, Ricerca e Sperimentazione - ASL Roma C*

## bibliografia

S. Spinanti "Bioetica nella professione infermieristica" Napoli - Edises, 1995;

H. Jonas "Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio di responsabilità" Torino - Einaudi, 1997;

E. Sgreccia "Manuale di bioetica" Milano - Vita e Pensiero, 1991;

D. Lamb "L'etica alle frontiere della vita" Bologna - Il Mulino, 1998;

AA. VV. "Requisiti e raccomandazioni per l'assistenza ospedaliera neonatale" a cura della Società italiana di ostetricia e ginecologia e la Società italiana di pediatria - 1999;

AA.VV. "L'assistenza intensiva al neonato e bambino" in Scenario il nursing della sopravvivenza n. 1/200;

F.L.Sax e M.E. Charlton "A prospective study of physician triade and patient outcome, Arch. Intern.Med. 1987.

Sito [http:// www.serve-runiba.bioetica.it](http://www.serve-runiba.bioetica.it)

---

# Assistenza infermieristica al paziente politraumatizzato

---

*di Cristian Vender*

## DEFINIZIONE

**I**l politraumatizzato è quel paziente che presenta una combinazione variabile, per estensione e gravità, di lesioni visceroscheletriche sufficienti a determinare nell'immediato o a breve termine un'instabilità della funzione respiratoria e/o cardiocircolatoria e/o cerebrale. Il solo sospetto della presenza di lesioni della tipologia descritta, fanno inquadrare il paziente come un possibile politrauma con l'adozione del protocollo per questo tipo di paziente.

All'accesso al triage del pronto soccorso il solo traumatizzato grave o il polifrat-turato può essere un politraumatizzato, quindi i soggetti traumatizzati, con interessamento di più organi o distretti devono essere considerati e trattati come sospetti politraumatizzati, attuando un'assistenza di tipo intensiva, a partire dal luogo dell'incidente. Il passaggio da semplice traumatizzato a politraumatizzato, può essere breve e si evidenzia nel tempo, con un aggravamento secondario che può interessare l'apparato respiratorio, cardiocircolatorio o cerebrale.

Nel 1971 viene proposta da Trillat e Platel al Congresso Francese di Chirurgia un'altra definizione di politraumatizzato: "ogni paziente che presenta almeno due lesioni traumatiche gravi con compromissione della funzione respiratoria e/o circolatoria". Da questa definizione possiamo osservare come il politraumatizzato sia un tipico malato che

ha bisogno di un intervento multidisciplinare; l'intervento dei sanitari oltre a mirare alla cura delle lesioni traumatiche ha il compito di tenere sotto controllo continuo anche l'insufficienza di una o più funzioni vitali.

Per ridurre al minimo la mortalità, intesa come numero di morti in una popolazione e la morbilità (intesa come rapporto tra numero dei malati e giorni di lavoro perduti a causa di una malattia definita), è necessario stabilire una priorità d'intervento che deve essere rispettata dal personale sanitario.

Due tipi di traumatizzati senza alterazione della funzione cardio-respiratoria possono facilmente diventare dei politraumatizzati, a causa di un intervento non tempestivo da parte dei sanitari o per complicazioni che possono sopraggiungere: il poliinfortunato e il polifrat-turato.

**Poliinfortunato:** è il soggetto che presenta due lesioni traumatiche.

**Polifrat-turato:** è il soggetto che presenta almeno due fratture ossee a carico di segmenti ossei differenti.

La distinzione teorica tra politraumatizzato, poliinfortunato e polifrat-turato viene a scontrarsi molte volte con la difficoltà pratica a differenziare questi soggetti, quindi vale il discorso che fino a prova contraria, un traumatizzato la cui dinamica dell'incidente rispecchia determinate caratteristiche con più sospette o visibili fratture degli arti e con possibile

alterazione di alcuni parametri vitali a breve, deve essere trattato come un politraumatizzato mettendo in atto quei protocolli e quelle direttive valide per questo tipo di utenti.

## **LESIONI CARATTERISTICHE DI UN POLITRAUMATIZZATO**

Il politraumatizzato è un paziente che può nascondere gravi lesioni, perché alcune di queste, non sono visibili e non comportano nell'immediato, alterazioni dei parametri vitali. La dinamica dell'incidente, la posizione dell'infortunato, l'osservazione delle condizioni generali e la scrupolosa attuazione di misure protocollate e riconosciute a livello internazionale, sono parametri che possono aiutare il soccorritore e il personale del dipartimento d'emergenza a fare una prima corretta valutazione delle reali condizioni.

Grosse lesioni scheletriche e vaste ferite possono distogliere la nostra attenzione da probabili lesioni interne molto più gravi.

L'esame fisico del politraumatizzato deve essere eseguito accuratamente nelle regioni anteriori e posteriori dell'addome e sul fianco, nonché a livello della regione perineale. E' errato considerare separatamente il torace e l'addome nella valutazione del trauma, solo perché questi sono separati dal diaframma. E' molto frequente riscontrare in pazienti con lesioni toraciche, delle lesioni all'addome.

Un sistema per catalogare differenti tipi di lesioni è determinare se l'energia meccanica sprigionata dall'impatto provoca un danno cutaneo.

Traumi penetranti o aperti, per esempio, danneggiano la cute mentre nei traumi chiusi la superficie cutanea rimane integra. Una grande varietà di oggetti possono provocare un trauma penetrante il cui risultato è la presenza di ferite più o meno profonde.

La maggior parte degli incidenti automobilistici e cadute provocano traumi chiusi. Le lesioni varieranno secondo il posto occupato dall'infortunato nell'auto, la velocità d'impatto, lo spazio di arresto del

veicolo e altri elementi.

Un altro sistema è determinare se l'insulto ai tessuti è stato diretto o indiretto. I traumi determinati da un carico di energia dinamica che provocano contusione o concussione delle cellule cerebrali sono considerati traumi diretti.

Il paziente può avere anche lesioni indirette come risultato di ischemia o edema cerebrale o sanguinamento.

Le lesioni che destano maggiore preoccupazione in questo tipo di paziente, in base al sito corporeo e ai danni fisiologici prodotti possono essere divise in:

### **a) Lesioni endo-addominali:**

queste lesioni possono essere penetranti o non penetranti. Le lesioni penetranti sono per esempio causate da proiettili, coltelli e danneggiano i tessuti causando una lacerazione e/o una frattura. Le lesioni non penetranti sono causate da impatto diretto, nel caso di incidente stradale e provocano lesioni da schiacciamento o compressione dei visceri.

### **b) Lesioni del torace:**

sono comunemente gravi perché possono interessare cuore e polmoni. I quadri più gravi sono il pneumotorace, l'emotorace e l'ittemponamento cardiaco.

### **c) Lesioni della testa**

Seconda la violenza dell'impatto si passa dalla semplice contusione cranica, alla commozione cerebrale, alla lacerazione cerebrale, all'ematoma epidurale.

### **d) Lesioni del midollo spinale**

In tutti i casi di trauma alla testa, al collo e/o alla schiena è d'obbligo sospettare una lesione del midollo spinale. Questo tipo di lesioni possono andare da una modesta contusione ad una tetraplegia immediata e permanente.

### **e) Fratture**

Possono andare da una piccola frattura ad un quadro di interessamento di vaste parti muscolo-scheletriche. In casi gravi, è necessario intervenire d'urgenza per diminuire la possibilità di danni permanenti e per risolvere una situazione di

ipovolemia e di shock associati di solito ad importanti lesioni ossee.

### **f) Emorragie**

E' caratterizzata da una copiosa perdita di sangue. Può essere venosa o arteriosa in base al vaso lesionato.

I traumi toraco-polmonari, costituiscono la principale causa di decesso nel 25% dei traumatizzati. Le principali cause sono date da incidenti stradali, lesioni da precipitazione e aggressioni. In una buona parte di questi traumi, il danno polmonare si associa al danno della parete toracica.

Nei traumi addominali è importante prendere in considerazione vari tipi di lesioni che possono andare dalla semplice contusione alla ferita più o meno profonda. La lesione di organi cavi, all'interno dell'addome, causerà l'insorgenza della sindrome peritonitica mentre la lesione di organi parenchimatosi determinerà emoperitoneo. L'evento più drammatico dei traumi addominali è l'emorragia addominale che richiede un tempestivo intervento chirurgico.

Il politraumatizzato deve essere considerato come possibile soggetto portatore di trauma

cranico. I traumi cranio-encefalici sono lesioni che interessano il cuoio capelluto, le ossa craniche e l'encefalo.

Il trauma cranico è la causa più frequente di morte post-traumatica. E' il responsabile di quasi il 50% delle morti per incidenti stradali. Causa più frequente di trauma cranico è l'incidente stradale seguito da cadute, aggressioni, infortuni sportivi.

In tutti i casi di traumi della testa, bisogna sospettare lesioni potenziali a livello della colonna cervicale che possono provocare tetraplegia. E' d'obbligo, nel soccorso, attuare le misure di protezione del rachide in caso di sospetto o ac-

certato trauma cranico.

Le fratture ossee attirano erroneamente in primis la nostra attenzione. Di solito non comportano pericoli di morte immediati, tuttavia, in casi gravi, bisogna intervenire d'urgenza per ripristinare un quadro emodinamico efficiente (controllo dell'ipovolemia, trattamento dello shock).

Infine, abbondanti emorragie possono provocare la sindrome da shock (riduzione del flusso sanguigno in tutti i tessuti).

## **GESTIONE DEL POLITRAUMA**

E' il metodo di comportamento clinico, che costituisce in tutto il mondo, la metodologia di base per la gestione della fase dell'emergenza traumatica. I criteri

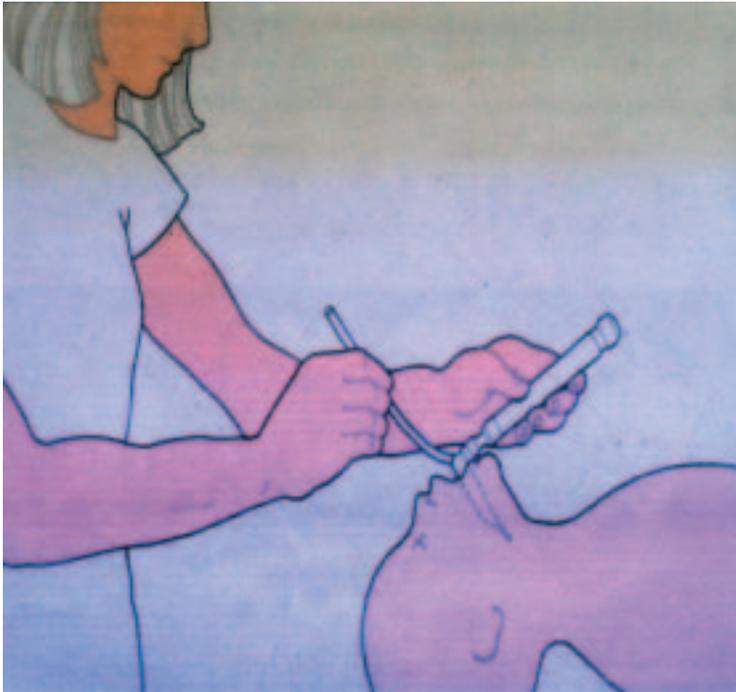


adottati sono approvati dall'American College of Surgeons, Committee on Trauma e costituiscono le basi dell'Advanced Trauma Life Support.

Il concetto chiave è di fare bene e velocemente rispettando la cosiddetta "golden hour". La definizione di Golden hour deriva dall'osservazione che i pazienti gravemente feriti che riescono a raggiungere la sala operatoria o comunque la stabilizzazione definitiva, in un arco di tempo inferiore o uguale ad un'ora, hanno una migliore prognosi.

Lo schema di azione prevede:

1) valutazione primaria: A B C D E



- 2) rianimazione
- 3) valutazione secondaria (testa-piedi)
- 4) trattamento definitivo.

### 3.3.1- LA VALUTAZIONE PRIMARIA

La valutazione primaria è la prima valutazione che viene effettuata su untraumatizzato. E' formata da quattro fasi:

- a) AIRWAY



- o Verifica e mantenimento della pervietà delle vie aeree:

- ✓ Esecuzione della manovra G.A.S. (guarda, ascolta, senti) senza iperestensione del capo.
- ✓ Verifica di presenza di corpi estranei in bocca, senza iperestensione del capo.
- ✓ Aspirazione oro-tracheale.
- ✓ Eventuale Intubazione Oro Tracheale.
- ✓ Eventuale tracheotomia.

- o Posizionamento di collare cervicale

Il collare cervicale deve essere posizionato a tutti i traumatizzati subito dopo aver verificato la pervietà delle vie aeree.

### b) BREATHING AND VENTILATION

- o Verifica della funzione respiratoria

- ✓ Controllo della respirazione: valutazione dei caratteri del respiro: normale, difficoltosa, dispnea, gapping

- ✓ Controllo espansione toracica: simmetrica, asimmetrica.
- ✓ Presenza lesioni ossee: volet costali; presenza di crepitii enfisema sottocutaneo.
- ✓ Conteggio Frequenza Respiratoria (nella norma: 12-24 atti al minuto).

- o Ossigenazione del paziente

- ✓ Saturimetria periferica..
- ✓ Ossigenazione con BLB ad alti flussi
- ✓ Eventuale assistenza ventilatoria.
- ✓ Eventuale toracentesi.



#### c) CIRCULATION AND HEMORRHAGE CONTROL

- o Volemia e gittata cardiaca
  - ✓ Colorito cutaneo. Polso: frequenza, ritmo, ampiezza.
  - ✓ Controllo dell'emorragia: Esterna: medicazione compressiva e tamponamento.
  - ✓ Interna: aspetto del paziente e segni di shock
- No segni di ipovolemia nell'anziano, bambino, atleta, assunzione di  $\beta$ -bloccanti.

#### d) DISABILITY (NEUROLOGIC EVALUATION)

- o Rapido esame neurologico:
  - ✓ A: (alert) paziente sveglio.
  - ✓ V: (verbal) risponde a stimoli verbali.
  - ✓ P: (painful) risponde a stimoli dolorosi.
  - ✓ U: (unresponsive) non risponde agli stimoli.
  - ✓ Controllo delle pupille.
  - ✓ G.C.S.: Glasgow coma scale.

#### e) EXPOSURE / ENVIRONMENTAL CONTROL

- o Spogliare il paziente e osservare segni di ferite e fratture.
- o Prevenire l'ipotermia:
  - ✓ Coperta termica e controllo delle emorragie visibili.

#### RIANIMAZIONE (INTERVENTI)

##### a) AIRWAY

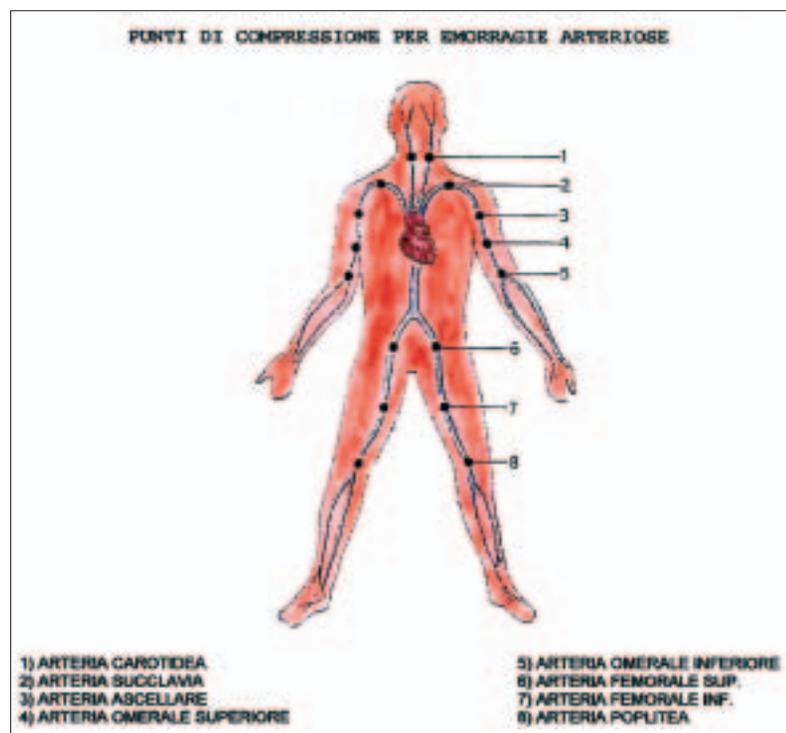
- o Protezione del rachide cervicale
- o Sollevamento della mandibola (se necessario)
- o Assistenza respiratoria

##### b) BREATHING

- o Intubazione oro tracheale, eventuale drenaggio toracico.

##### c) CIRCULATION

- o Accesso venoso:
  - ✓ Ago cannula G18 - G16.
- o Fleboterapia:
  - ✓ Ringer lattato riscaldato.
- o Controllo emorragia
- o Prelievo ematico:
  - ✓ Emocromo, routine, gruppo, test di gravidanza.



## VALUTAZIONE SECONDARIA

Si rivalutano di nuovo i punti della valutazione primaria con un esame "testa-piedi". Si chiede all'utente notizie su allergie, farmaci in terapia, malattie precedenti, ultimo pasto, altro...

In aggiunta alla valutazione secondaria, si provvede all'esecuzione di test diagnostici specifici quali: radiografie mirate, TAC, Risonanza Magnetica Nucleare, broncoscopia ecc.

Successivamente si effettua di nuovo un monitoraggio e una rivalutazione delle condizioni prima di passare al trattamento definitivo.

## LA FASE INTRAOSPEDALIERA

La fase intraospedaliera inizia con l'arrivo dell'utente in ospedale, accolto dall'infermiere di triage. Il personale del 118, avverte dell'arrivo del politraumatizzato con una telefonata al triage del pronto soccorso interessato. Se necessario sarà cura del personale del pronto soccorso, allertare eventuali specialisti, preparare la sala d'emergenza, allertare la camera operatoria e la radiologia.

All'arrivo in pronto soccorso, l'infermiere di triage effettuerà una valutazione delle condizioni in base all'A-B-C-D-E per decidere le priorità del trattamento. Compito del triagista è di fornire un corretto codice di accesso e formulare una o più diagnosi infermieristiche allo scopo di evidenziare le maggiori problematiche al momento dell'osservazione.

Il politraumatizzato o sospetto politrauma, viene preso in carico dal team del trauma-center o dal personale delle sale e, dopo gli accertamenti del caso, verrà ricoverato in ambiente idoneo. I Dipartimenti d'emergenza di I° livello non avendo alcune specialistiche (neurochirurgia, chirurgia vascolare, cardiocirurgia...), dopo aver stabilizzato il paziente, lo trasferiscono, se necessario, in un D.E.A. di secondo livello.

## RUOLO DELL'INFERMIERE NELL'ASSISTENZA AL POLITRAUMATIZZATO

L'Infermiere è quella figura professionale che riveste, forse più del medico, un compito assai importante e delicato nel primo soccorso al politraumatizzato extra e intra ospedaliero. E' sempre di più il primo professionista che gestisce tutto il soccorso del politraumatizzato, dalla chiamata al 118, al triage del pronto soccorso con l'identificazione delle principali priorità da trattare. Le fasi definite dall'American College of Surgeons, Committee on Trauma, costituiscono ormai la base del trattamento al politraumatizzato e come per il professionista medico, costituiscono anche per l'infermiere le linee da seguire per una corretta gestione di questo paziente.

L'approccio assistenziale corretto deve iniziare sul luogo dell'incidente con l'adozione di tutte quelle misure preventive atte a stabilizzare le condizioni dell'utente. L'esecuzione di manovre errate, già sul luogo dell'incidente, comportano gravi rischi al politraumatizzato di avere danni irreversibili e permanenti. L'arrivo del politraumatizzato in pronto soccorso, è preceduto da una telefonata del personale del 118 al triage dell'ospedale interessato. Il personale di pronto soccorso allerta il rianimatore, il medico radiologo, il tecnico radiologo, il chirurgo, l'ortopedico oltre che al medico di sala.

Si prepara tutto il materiale per un eventuale intubazione, per la rianimazione e per effettuare ecografie d'urgenza. Si allerta la camera operatoria e la radiologia.

All'arrivo in P.S., l'operatore di triage dopo una rapida valutazione sulla porta, deciderà se le condizioni dell'infortunato permettono di effettuare tutto il processo di triage oppure se è necessario un intervento tempestivo attribuendo il corretto codice colore.

Si valutano le funzioni vitali del politraumatizzato: respiro, polso, segni di emorragia esterna. Se il paziente è privo di funzioni vitali, viene effettuata rianima-

zione cardio polmonare. Si procede al posizionamento di un collare cervicale e di una tavola spinale (se non effettuato dall'equipe del 118). Vengono rilevati i parametri vitali. Successivamente si effettuerà un rapida valutazione neurologica utilizzando la Glasgow Coma Scale, si spoglia il paziente, si incannula una vena con grosso ago cannula, si copre il politraumatizzato con coperta termica e si immobilizzano provvisoriamente gli arti interessati dal trauma.

In sala visita si completano le manovre sopra descritte, si posiziona mascherina per ossigenoterapia e si monitorizza il paziente.

Per una corretta assistenza ad un politraumatizzato, sono necessari due infermieri che in sala visita provvedono anche alla preparazione e somministrazione di farmaci, ad effettuare e accompagnare il paziente durante i trasferimenti per l'esecuzione di vari esami diagnostici.

Il politraumatizzato, dopo gli accertamenti effettuati e dopo aver diagnosticato il tipo di lesioni verrà ricoverato in reparto idoneo o trasferito a una struttura competente.

Un coordinamento delle varie figure professionali interessate alla gestione di un politraumatizzato è alla base per eseguire manovre corrette in tempi rapidi oltre a garantire un trattamento adeguato alle condizioni cliniche.

## AUTORE

*Vender Cristian  
D.E.A. Pronto Soccorso  
Ospedale S. Giacomo*

# bibliografia

1. Carpenito L. Manuale tascabile delle Diagnosi Infermieristiche. Milano, Italia: Ambrosiana; 2000. p. 22-41.
2. Carpenito L. Piani di assistenza infermieristica e documentazione: diagnosi infermieristiche e problemi collaborativi. Milano, Italia: Ambrosiana; 1999. p. 12-23.
3. Calamandrei C. Le diagnosi infermieristiche in Italia. Nursing Oggi 2001;(4): 20-26.
4. Cartenicchia P, Lanzarone S, Selloni M. Accettazione del politraumatizzato. Atti del I Congresso internazionale sul triage; 2002 Nov; Torino, Italia.
5. Colombari S. Indici di valutazione per gravità dei politraumatizzati nei contesti extra ed intraospedaliero. Infermieristica Neurochirurgica 1992; (4): 352-6.
6. Comitato Provinciale di Udine. Primo soccorso delta Croce Rossa Italiana. Udine, Italia; 1988.
7. Costa M. Il triage. Milano, Italia: Mc Graw Hill; 2002. p. 6-53.
8. Dizionario tematico di infermieristica clinica in area critica. Milano, Italia: Mc Graw Hill; 1998. p. 488-9.
9. Grant DH, Murray M, Bergeron JD. Pronto soccorso e interventi d'emergenza. Milano, Italia: Mc Graw Hill; 1996. p. 50-68.
10. Marzollo P. Il Politrauma. Milano, Italia: Mc Graw Hill; 1998.  
(I quaderni del Pronto Soccorso).

---

# La relazione infermiere - persona assistita: terapia ed... autoterapia

---

di Pio Lattarulo, Angela Tramontano

## CONSIDERAZIONI A MARGINE

Abbiamo volutamente scelto questa frase, archetipo del pensiero del celeberrimo Corto Maltese, frutto della magistrale ideazione di Hugo Pratt che ha fantasticamente animato molti momenti delle nostre vite. Come si può leggere nella presentazione di una delle ultime raccolte pubblicate sulle sue avventure...” con il suo bagaglio di ironie e disillusioni, sogni e segreti, Corto va alla ricerca di tesori misteriosi o di civiltà scomparse nel nulla...”<sup>1</sup>

Perché tale scelta?

Associare l'eroismo e la generosità ai tratti caratterizzanti l'essere professionista infermiere potrebbe sembrare inadeguato, altisonante, probabilmente roboante.

In realtà così non è, perché una persona non dotata di generosità non può in realtà definirsi infermiere a tutto tondo.

La storia, dell'assistenza prima e dell'assistenza infermieristica poi, ci ha accompagnati attraverso un unico filo conduttore rintracciabile nella lettura dei documenti pervenuti. Attraverso il racconto, la narrazione, i re-

golamenti di scuole ed ospedali, i pochi atti ufficiali e non, si evince un denominatore comune: il principio di solidarietà che, sebbene spesso mascherato da uno spirito più o meno caritatevole si è tradotto nella capacità di rispondere ad un bisogno, essenziale per alcuni, importante per altri, indispensabile per altri ancora.

Tutto ciò ha spinto in ogni tempo ed in ogni dove chi si è occupato di assistenza da qualsivoglia titolo o necessità animato ad adoperarsi.

Nonostante l'apparente esagerazione, come non definire eroi, tutti gli infermieri impegnati quotidianamente su fronti di guerra o in organizzazioni sanitarie che agiscono per la cura e la prevenzione delle malattie in zone della terra ad altissimo rischio, o nella lotta contro malattie devastanti?

Ancora, si può parlare di semplice dovere quando diventa necessario calarsi con un verricello, sospesi nel vuoto, per soccorrere una o più persone in difficoltà?

Ancora, si può parlare di semplice dovere quando diventa necessario calarsi con un verricello, sospesi nel vuoto, per soccorrere una o più persone in difficoltà?

Forse bisognerebbe dare più spazio di parola agli infermieri cooperanti per apprendere dalle loro testimonianze e verosimilmente poi convenire sul fatto che, fare assistenza infermieristica nel po-

**“Forse sono il re degli imbecilli,  
l'ultimo rappresentante  
di una dinastia completamente  
estinta che credeva  
nella generosità  
e nell'eroismo”**

**Corto Maltese**

---

<sup>1</sup> Hugo Pratt. Corto Maltese, Suite Caribeana. I Classici del Fumetto di Repubblica, Serie Oro, 2004. Gruppo Editoriale L'Espresso S.p.a. – Divisione La Repubblica

liambulatorio distrettuale a Vattelapesca non comporta l'identica complessità che s'incontra nell'interfacciarsi con le istanze culturali o le necessità di una qualsiasi popolazione o tribù vivente in alcuni paesi in via di sviluppo.

Ma generosità, eroismo, capacità di soddisfare i bisogni, solidarietà, vicinanza emotiva non possono esaurirsi certamente nella mera esecuzione tecnica della prestazione che l'Infermiere può erogare in un dato contesto, e che benché rivesta la sua importanza incontestabile, non può da sola essere garanzia di risultato.

L'outcomes è fortemente influenzato dalle modalità relazionali con le quali l'Infermiere si avvicina alla persona assistita, perché non vi è farmaco o terapia che tenga se la bilancia pende soltanto dalla parte della terapia come atto fine a se stesso. Se n'è parlato all'infinito, ma evidentemente non è ancora sufficiente e per molti di noi, queste sembrano soltanto argomentazioni fatte "pour parler", se è vero che buona parte della componente professionale infermieristica considera l'essere "buon professionista" soltanto il rispondere ad elevati standard di competenze tecniche..continuando a pendere da..ordini..sic...e disposizioni del medico di guardia.

In buona sostanza, la professione per continuare quel percorso di legittimazione sociale cui mira da non poco tempo, deve far sì che la società comprenda sempre in misura maggiore la sua importanza. L'infermiere deve uscire dalla nicchia, talvolta dorata, dell'ospedale e rivolgere la sua attenzione alla famiglia, al territorio, alle aree di disagio, alle situazioni potenzialmente a rischio, alle devianze, alle nuove povertà, essenziali o derivate da situazioni di altro genere.

Tutte queste situazioni, se non potenzialmente valutate, sono quelle che poi vanno a configurare alcuni dei disastrosi quadri che quotidianamente affronta chi si occupa di urgenza ed emergenza sanitaria.

### IN MEDIA STAT VIRTUS...

Primo Levi ha scritto: "Se si escludono istanti prodigiosi e singoli che il destino ci può donare, l'amore per il lavoro costituisce la migliore approssimazione concreta alla felicità sulla terra".

Si potrebbe ragionevolmente convenire sul fatto che tale affermazione giustifichi quel particolare legame che vincola ciascun professionista od operatore al-



l'attività nel proprio settore a quelle che sono le attività precipue cui egli destina gli sforzi più considerevoli, attesa la naturale e si presume...occasionale demotivazione o difficoltà insite in ogni occupazione, vieppiù in particolari momenti della vita lavorativa o personale.

Per quanto attiene la professione infermieristica, potremmo dire che tra le attività cardine dello specifico infermieristico previste dal relativo Profilo Professionale ovvero il D.M. 739/94, vale a dire la natura tecnica, relazionale ed educativa, particolare risalto assume l'aspetto relazionale, che corre sempre di pari passo all'atto terapeutico in senso stretto. Tale affermazione è corroborata dal fatto che l'esperienza maturata dagli scriventi nel settore, in associazione ad una serie di dati presenti in letteratura, oltre al confronto con numerosi altri professionisti anche medici nell'area dell'emergenza, porta a concludere che, sovente, all'impatto hard tecnico, diagnostico e terapeutico, invasivo e non, laddove possibile, anche in seconda battuta va accompagnato un forte sostegno in senso relazionale e comunicativo.

Nella forte sfiducia che accompagna l'impatto del cittadino con la struttura sanitaria deve emergere in maniera preponderante quel ruolo di advocacy che l'Infermiere può svolgere.

La presunta onnipotenza della medicina ed un conflitto d'interessi sempre più pesante affermano in misura maggiore le condizioni d'incertezza sapientemente tratteggiate dal sociologo Ivan Ilich, scomparso di recente, che nel suo *Nemesi Medica* già dagli anni '70 offriva interessanti spunti, almeno di riflessione.

L'opera di mediazione che l'Infermiere può svolgere, dichiarando il suo forte impegno a tutela degli interessi della persona assistita deve prendere corpo nel processo di professionalizzazione da più parti invocato.

## MA...PERO'.....

Ogni giorno una gazzella si alza e sa che deve cominciare a correre... chi non ha mai, anche solo distrattamente, consi-

derato la storiella del leone e della gazzella simpaticamente citata nel film "Tre uomini ed una gamba", traslandola al proprio quotidiano vissuto, identificandosi e mestamente accettando l'inesorabile destino che attende, senza distinzione di sorta, ogni essere vivente nella giungla della vita? L'inarrestabile trascorrere del tempo, le necessità legate alla sopravvivenza, segnano un inevitabile procedere nel labirinto di strade della vita.

Ebbene, ogni giorno oltre 330.000 infermieri italiani si alzano e, grazie al profilo professionale, al codice deontologico, ai nuovi paradigmi e metaparadigmi del nursing, sanno esattamente chi sono e cosa si aspetta la società da loro.

Lo sanno veramente.....????

In una prospettiva tanto idealisticamente dipinta, risulta piacevole e alquanto confortante immaginare questa schiera di superuomini e superdonne che, pronti a donare tempo, risorse ed energie al servizio del prossimo, scendano in campo nel triste scenario della fragilità umana, della malattia e del dolore, per lottare al fianco di chi vede compromesso il proprio stato di benessere. Purtroppo, oltre l'immaginazione, esiste una realtà meno piacevole e sicuramente poco confortante, e per avere la misura di quanto appena affermato, basta guardare i volti di questi presunti supereroi della Sanità...In quanti di questi è possibile scorgere il solo riflesso di un professionista convinto, motivato e gratificato dal contesto in cui è tenuto ad esprimersi, in quanti la fierezza e la dignità nell'indossare una candida divisa, simbolo di un'identità professionale, o la consapevolezza del proprio agire (in funzione dei risultati desiderati...o del significato che gli si attribuisce)??

La nostra esperienza più che decennale, permette di affermare d'averne incontrati davvero pochi ed aver sempre sofferto, tanto nel confronto dialettico che nel quotidiano agire al fianco dei colleghi, la condizione di smarrimento ideologico e di scarsa identificazione con gli elementi professionalizzanti dell'essere infermiere.

A questo punto, considerando l'esten-

sione numerica del fenomeno esaminato, sarebbe giusto chiedersi se dall'infermiere si pretenda più di quanto umanamente sia possibile fare. Ci si chiede se si valutano realisticamente le potenzialità dei soggetti coinvolti nell'elaborazione dei desiderata che istituzionalmente e socialmente si pongono ai professionisti del nursing. Forse sarebbe giusto prendere in considerazione il fatto che ad ogni supereroe che si rispetti sono attribuiti anche dei superpoteri....con tutte le conseguenze del caso.

## IL TERAPEUTA DI SE STESSO

Appare quanto mai evidente che non si può parlare di relazione terapeutica e cioè di quella modalità comunicativa che, messa in atto in un contesto assistenziale tra paziente...utente..cliente o persona assistita..che forse tra tutti questi è il termine più consono all'odierno mandato professionale che l'infermieristica si è dato- ed infermiere, influisca sinergicamente con la prestazione tecnico-operativa al fine di produrre un risultato positivo in termini di recupero verso la condizione di benessere in ambito assistenziale, se il professionista in quanto tale, non è in grado di mettersi in relazione con se stesso e con la sua professionalità.

Probabilmente, alla base del fenomeno della demotivazione professionale degli infermieri, risiede la perdita del contatto con il senso profondo delle azioni che si compiono, del contesto che le caratterizza e del valore intrinseco che di conseguenza assumono. Per mantenere viva la fiamma della convinzione, oseremmo dire del fanatismo professionale, occorre innescare un meccanismo di dialogo reiterato con se stessi, una sorta di mantra, che aiuti a rinforzare alcuni concetti: la *consapevolezza del ruolo*, il *potenziale d'efficacia terapeutica*, la *possibilità/capacità di autogratificazione*.

Ad ogni azione di tipo relazionale dovrebbe intimamente corrispondere una conferma alla propria identità professionale in virtù dell'importanza che l'azione stessa riveste nella risposta alla re-

lazione d'aiuto. Nell'ambito della relazione terapeutica andrebbe quindi inquadrata una forma di relazione a carattere introspettivo, tra l'infermiere e se stesso, a favore di se stesso.

Esempio forse banale ma lampante può essere l'entrare in una stanza di degenza semplicemente per dare il buongiorno e chiedere alle persone assistite se va tutto bene ed hanno bisogno di qualcosa (consuetudine per alcuni, fantascienza per altri).

Da pochi atteggiamenti è facile intuire quando si è di troppo o quando è invece il caso di soffermarsi ed attendere qualche secondo rivelatore!

Un'attenta valutazione e l'esperienza che deriva dalla saggezza pratica permette di comprendere se il momento è propizio per avvicinare la persona che manifesta, più o meno direttamente, la necessità di un contatto più profondo. A volte, può essere opportuno restare sulla soglia della stanza per coinvolgere tutti e spronare anche i più timidi o i più scettici al dialogo costruttivo.

Di solito le richieste sono semplici, facilmente esaudibili: informazioni di vario genere, rassicurazioni su aspetti poco chiari del singolo stato clinico... a volte emergono vere e proprie problematiche esistenziali dalle persone meno sospette. La conversazione si svolge con toni caldi e nei limiti del possibile rassicuranti... nella migliore delle ipotesi il risultato raggiunto, nel pieno rispetto di un processo di nursing ben condotto, è la risoluzione dell'ansia (intesa come quella tensione sviluppata nell'attesa di un evento che potrebbe produrre esiti negativi o viene vissuto di per se come negativo, per esempio, un intervento chirurgico oppure più semplicemente il travaglio di parto o l'evento nascita) e/o dei conflitti, l'aver sciolto inquietanti dubbi di natura puramente tecnica (vedi l'ipotesi paranoide della presunta miriade di vittime mietute dalle embolie gassose a causa dell'aria proveniente dalle infusioni terminate!!) ... insomma, apparentemente banalità... ma quante notti insonni trascorrono i nostri cari pazienti a sorvegliare come sentinelle il livello delle loro infusioni, sentendosi insicuri, a torto o a

ragione, della vigilanza notturna infermieristica?! Garantire il sonno ed il riposo diceva la cara Virginia Henderson! Ed allora, oltre ad aver regalato ad un proprio assistito, in questo caso una preziosa notte di sano riposo, cosa dovrà poi elaborare il buon infermiere, alla fine di questo infinitesimale frammento di sanità vissuta??

E' la ricaduta su se stesso, la valutazione di quello che si è percepito come routine ma che per chi si è con noi messo in relazione, routine non è stata. Il valore di un gesto qualunque, di una parola di per se insignificante aumenta esponenzialmente alla luce del risultato prodotto. Quanti malumori, tensioni, paure assiegate dietro uno sguardo qualunque possono essere fugate dalla disponibilità all'ascolto o da un sorriso rassicurante!? Dovremmo essere gli esperti della relazione e della comunicazione interpersonale, padroneggiare con i numerosi volti della malattia e della sofferenza per sconfiggerli nel loro quotidiano dilaniare progetti e sogni di questa fragile umanità, e invece, in una chiave puramente pirandelliana, manchiamo nel metterci in relazione anche con noi stessi!!

Il valore di ogni singolo gesto dovrebbe non far mai rimpiangere il giorno in cui si è deciso di intraprendere questa professione. La motivazione resiste alle infelici tornate contrattuali, alle beffe delle riqualificazioni dei titoli, alle buste paga sempre più inadeguate ad un livello professionale in crescita, agli stessi colleghi, con i loro malcontenti, le litanie sulla predominanza medica, sulla scarsa considerazione sociale, sulle carenze organizzative ed organiche... e chi più ne ha, ne metta. Contrariamente a chi sguazza nell'autocommiserazione o nella frustrazione più mutilante, nelle ignobili baruffe tra colleghi e nel pettegolezzo di corsia, è forse utile impiegare le energie a costruirci come professionisti, ad abbattere il muro dell'ignoranza e dei preconcetti, a dare voce e giustizia ai diritti di cui godiamo grazie al nostro ruolo, a difendere le competenze, ad attirare consenso ed approvazione da coloro per cui lavoriamo e con cui collaboriamo, a

dare visibilità ed importanza a ciò che facciamo.

Crediamo sia tempo di smettere di guardarsi intorno per cercare un colpevole e di cominciare a guardarsi dentro. Non è retorica e ancora più chiaramente non è demagogia: quasi certamente con queste poche parole stiamo remando controcorrente e non attireremo simpatie con tesi a dir poco impopolari, ma la verità quasi sempre è un concetto troppo scomodo da essere preso in considerazione.

Concludiamo con una significativa affermazione: non siamo una categoria di pessimi professionisti, anzi, certi che in ogni infermiere si nasconda un grande infermiere, ma per esserlo bisogna convincersene...crederci, e noi, purtroppo, ci crediamo ancora troppo poco!

Angelo Roncalli, un dì non troppo lontano eletto alla Cattedra di Pietro, con il nome di Giovanni XXIII, disse che la "vera forza è audacia semplicità".

## AUTORE

*Pio Lattarulo, Infermiere DAI,  
DEA di II ^ Livello – S.C. Anestesia -  
Rianimazione  
P.O. "SS. Annunziata" - Taranto –  
Azienda Sanitaria Locale Taranto/1*

*Angela Tramontano, Infermiere DAI,  
Azienda Sanitaria Locale Roma H. –  
P.O. di Anzio - Nettuno (RM)  
Docente a contratto di Infermieristica  
Clinica – Università degli Studi di Roma  
"La Sapienza"*

# IL COLLEGIO IN TV

Per informarti in tempo reale  
su tutto quanto fa... infermiere

## Televideo Regionale RAI

La pagina assegnata  
al Collegio Ipasvi di Roma é...

# 439

## L'ASSISTENZA... IN SICUREZZA

Anche gli infermieri hanno la loro copertura assicurativa per la responsabilità civile. Il sistema di protezione messo a punto da Ipasvi con la compagnia Reale Mutua Assicurazioni costituisce un importante "cappello protettivo" della categoria contro il rischio di richieste di risarcimento per responsabilità professionale. L'adesione alla convenzione è su base volontaria.

Non solo una polizza assicurativa; il sistema è concepito per controllare i rischi effettivi della professione e per offrire agli iscritti una costante consulenza nelle questioni riferite alla responsabilità professionale. Non più l'infermiere che da solo deve fronteggiare avvocati e medici legali, ma una difesa collettiva della categoria. E la tutela del singolo infermiere diventa la difesa di tutta la professione.

E' aperta la campagna di sottoscrizione volontaria della polizza.

Le adesioni si ricevono presso i Collegi provinciali di appartenenza. Il Collegio Ipasvi di Roma ti aspetta per ogni utile chiarimento.

Informazioni disponibili anche sul sito della Federazione Nazionale Ipasvi: [www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it) (sezione "polizza R.C.").

*Caro Presidente, sono rimasta interdetta e offesa dal caso del concorso per infermieri della Regione Sardegna di cui molto hanno parlato giornali e tv. Tutta Italia ha riso sapendo di un test sottoposto ai candidati a base di gossip e spettacolo, domande surreali che niente hanno a che fare con la professione infermieristica. Sui giornali ho letto di tutto: "Chi ha presentato l'ultimo festival di Sanremo?", "Chi è la moglie di Maurizio Costanzo?", "Che cos'è una tartaruga Ninja?" e altre amenità del genere. Mi chiedo come questo sia possibile. Penso che tutta la professione ci faccia un brutta figura. Questi signori non sanno minimamente chi è un infermiere, che fa ogni giorno, che formazione ha, in che aree opera e quanto guadagna per rendersi così utile alla società. Amo la mia professione e accetto che sia criticata quando lo merita, non accetto però che venga maltrattata così da un ente dello Stato e dalla stampa che ci ricama sopra. Vorrei che tutti urlassimo che così non va bene.*

---

#### *Lettera firmata*

Cara Collega,  
parto dall'ultima sua frase che trovo significativa. Urlare tutti che così non va, è proprio questo che ci manca. Farlo tutti ogni giorno sul proprio posto di

lavoro ci darebbe energia per farci sentire più forte, per imporre il nostro ruolo e la nostra professionalità. Un'azione corale, quotidiana e insistente che ancora non c'è.

Pur tuttavia, non so se riusciremmo ad evitare casi come quello avvenuto in Sardegna, eventi surreali che attraversano trasversalmente le istituzioni e i media. Viviamo un'epoca davvero confusa, frastornata da informazioni di ogni tipo fino ad esserne travolta. E infatti la vicenda a cui fa riferimento ha travolto gli infermieri senza coinvolgerli, in quella che ormai è divenuta una follia mediatica collettiva. Lo sanno bene i colleghi sardi che si sono subito attivati attraverso i rispettivi Collegi per fare luce e pretendere chiarezza.

Quanto al test, alle sue parole posso solo aggiungere qualche altra meritevole citazione: "Quanti film ha fatto Sordi? In che anno la Cassazione ha assolto Andreotti? Quale auto è stata eletta auto dell'anno 2004?". Amenità concorsuali, appunto, che hanno alimentato il tormentone di fine estate dei rotocalchi e che si commentano da sole. Il tutto, per un concorso che nulla a che fare con gli infermieri, riguardando Oss, Ota e altro personale ausiliario. Eppure, ironia a fiumi sugli infermieri, sulla loro formazione e qualità professionale. Poi gli sviluppi legali, le scuse formali, la chiusura del caso in attesa che si scateni il prossimo. Niente di nuovo, d'accordo. Ma che noia! E che

indecenza per l'immagine pubblica della professione.

Perché allora non provare a cambiare registro, lasciando un po' meno sole le nostre rappresentanze professionali in una lotta ad armi impari? Perché non provare a difendere la professione nel quotidiano che ognuno di noi vive sul lavoro, a contatto con gli assistiti, i loro familiari, i medici e gli altri operatori sanitari, i livelli amministrativi e diri-

genziali? Sono convinto che un piccolo sforzo in più in questa direzione da parte di tutti noi moltiplicherebbe gli effetti e ci aiuterebbe a contrastare chiunque ci maltratti.

In questa chiave, la forza che l'ha indotta a scrivere la sua lettera di denuncia è già un segnale importante nella direzione giusta. Per questo, cara Collega, la ringrazio doppiamente.

## in pillole

### **CRESCE LA TAVOLA DEGLI ELEMENTI**

Si chiamano Ununtrium (Uut) e Ununpentium (Uup) i due nuovi elementi chimici dall'enorme massa atomica scoperti di recente dal Lawrence Livermore National Laboratory della California e dal Joint Institute for Nuclear Research di Dubna, in Russia. I due elementi, sintetizzati in laboratorio, dispongono rispettivamente di 113 e 115 protoni. Una caratteristica, questa, che ha dato loro il diritto di entrare nella Tavola periodica degli elementi (la Tavola di Mendeleev) nel gruppo dei "superpesanti". La scoperta, pubblicata sulla rivista scientifica Physical Review, ha permesso ai ricercatori di riempire quel vuoto situato all'estremità della scac-

chiera fondamentale della materia. Gli scienziati, inoltre, si dicono certi che si potranno trovare una serie di nuovi elementi confinanti con questi due. L'esperimento cruciale che ha portato ai nuovi elementi è stato realizzato a Dubna, in un ciclotrone in cui gli scienziati russi e americani hanno sparato un raro isotopo di calcio sull'americio, un elemento il cui peso atomico lo colloca agli estremi superiori della tavola degli elementi. Per quattro volte durante continui bombardamenti, un nucleo di calcio si è fuso con un nucleo di americio creando un nuovo elemento. Da questo ha poi avuto origine il secondo nuovo elemento. Tuttavia, per l'ingresso permanente nella Tavola periodica degli elementi, la scoperta degli scienziati russo-americani dovrà ricevere conferma indipendente in altri laboratori.

**L**a consuetudine quasi maniacale dei media di etichettare i fenomeni sociali, attribuendo a ognuno di questi una definizione colorita, ha fatto un'altra vittima. La stampa scritta e parlata lo identifica come "il mercato grigio degli infermieri". E da ultimo ne parla abbondantemente, non senza imprecisioni e una buona dose di confusione. Come spesso accade, è un fatto di cronaca a scatenare la curiosità dei media sulle vicende infermieristiche. Cosicché quando da una Asl toscana sono state allontanate venti infermiere rumene perché in possesso del solo visto turistico, praticamente con uno status di semiclandestine, si è accesa la luce mediatica sui crescenti flussi immigratori di colleghi provenienti dall'estero, specialmente dall'Europa dell'Est. Sebbene con i soliti incorreggibili vezzi della stampa nostrana (ad esempio quelli che ancora oggi inducono importanti testate a usare i termini infermiere e paramedico come fossero sinonimi), accogliamo con favore il fatto che se ne parli, che il fenomeno guadagni la ribalta dell'informazione per poter capire chi c'è dietro e da che cosa hanno origine certe situazioni. Parliamo, nello specifico, della grave e perdurante carenza di personale infermieristico, facile preda di indegne speculazioni messe in atto sulla pelle degli assistiti e dei colleghi stranieri stessi. Parecchi gli articoli di stampa e i servizi che, nelle ultime settimane, hanno denunciato con evidente risalto quanto accade in alcune realtà nazionali. Tra questi, segnaliamo il servizio pubblicato dal settimanale Panorama sull'ultimo numero dell'agosto scorso con il titolo "Infermiere vu' curà". L'autore (Daniele Martini) riferisce di un



numero sempre più alto e variegato di cooperative sociali impegnate nella ricerca di personale infermieristico per conto di strutture sanitarie pubbliche e private operanti nel nostro Paese, denunciando i profitti elevati di queste e lo sfruttamento degli infermieri stranieri che a loro si affidano per poter lavorare in Italia.

Scrive Panorama, riferendosi appunto al "mercato grigio" degli infermieri: "Nel promettente mercato, per un giro d'affari di 1,2 miliardi di euro all'anno, si sono tuffati con prepotenza altri protagonisti, cooperative sociali in testa: strutture molto flessibili, poco costose e capaci di fornire personale a prezzi stracciati. E se le agenzie del lavoro, per far quadrare in conti, tra costi e utili minimi d'impresa non ce la fanno a collocare i lavoratori a meno di 22 euro l'ora, queste cooperative riescono a piazzare i loro associati a 17 euro e anche meno. Un vantaggio per le strutture sanitarie?"

Una vittoria della concorrenza? Non proprio, perché se da una parte le cliniche risparmiano sulla manodopera, dall'altra l'intermediazione della cooperativa sta alimentando una nuova area di lavoro opaco, i cui costi si scaricheranno sulla collettività. Basti pensare che raramente queste coop assicurano ai lavoratori le stesse garanzie salariali e contributive offerte dalle agenzie".

Il servizio mette a fuoco uno scenario fosco in cui si muove l'arrivo di molti colleghi extracomunitari in Italia. E rivela: "Quando si arriva al giorno della paga, dai 17 euro all'ora sborsati dalla clinica la struttura cooperativa ne trattiene una decina e al lavoratore ne gira 7 o 8, quando va bene. Considerando che

vengono pagate 8 ore al giorno, per 20 giorni al mese, per 13 mensilità, è facile intuire che ci sono coop che stanno facendo utili a palate e lavoratori, invece, con stipendi assai modesti. (...) Molte cliniche, soprattutto private, stanno al gioco. Secondo Ailt, Confinterim e Apia, le tre associazioni che rappresentano le 74 società di agenzie operanti in Italia, si tratta di un gioco truccato”.

Un esempio di informazione che coinvolge gli infermieri mettendo in luce i problemi della professione che gli infermieri apprezzano, rispettosa del ruolo e della responsabilità professionale. Al quale, però, si contrappongono ancora troppe voci stonate e disinformate. Il caso del singolare test, con domande su temi di gossip, tv e spettacolo, sottoposto ai candidati di un concorso indetto dalla Regione Sardegna ha animato le cronache per alcune settimane, con gli infermieri ancora una volta oggetto di mille ironie da parte dei media. Una menzione negativa se l'è guadagnata l'articolo apparso sul quotidiano Libero del 14 agosto scorso intitolato "Sardegna, infermieri da Novella 2000". Nessun accenno al fatto che il concorso riguardava Oss e Ota e non infermieri, non critiche a chi ha predisposto il test e organizzato il concorso, l'autrice (Albina Perri) ha preferito spostare il bersaglio sugli infermieri: "Magari pensano che la fossa pterigopalatina stia dalle parti di Roma e alle isole del Langherans vorrebbero passarci tutta l'estate. Ma su una

cosa non sbagliano: sanno chi è il commissario Rex". Protagonisti sono "I futuri infermieri che la Regione Sardegna si appresta ad assumere ...". E giù con la parodia sui prossimi infermieri sardi.

Come pure disdicevoli sono i refrain mediatici che continuano a distorcere l'immagine pubblica della professione. Citiamo due casi per tutti, entrambi a riproporre la solita icona dell'infermiera versione sexy-bomb, minigonna vertiginosa, seno prorompente, cuffietta sbarazzina e sguardo ammiccante. L'ennesima copertina ispirata al genere, tanto abusato quanto stantio, l'ha pubblicata il magazine a diffusione locale Orvietonews, peraltro sotto l'impegnativo titolo "Check-up alla Sanità". Piccoli "incidenti" di provincia? No. La superficialità di certa stampa che, seppur in buona fede, corrode ogni volta l'immagine della professione. Quando poi la speculazione si trasferisce dall'informazione alla comunicazione, le cose si fanno ancora più gravi. Specialmente se c'è di mezzo un colosso della farmaceutica mondiale come la Bayer, che proprio per il campo in cui opera dovrebbe essere particolarmente attenta e rispettosa della professione infermieristica. Invece, con imperdonabile leggerezza, diffonde l'opuscolo informativo "La disfunzione erettile - Che cos'è e come di affronta" (di Vincenzo Mirone), in cui ripropone, stavolta in vignetta, lo stereotipo dell'infermiera sexy. Peccato, davvero una brutta caduta di stile.

## in pillole

### LA MEMORIA CRESCHE DI NOTTE

Durante il sonno il cervello consolida i ricordi acquisiti di recente. Mettendo alcuni topi di fronte a oggetti e ambienti nuovi e misurando poi i segnali cerebrali, un team di ricercatori della Duke University ha riscontrato durante il sonno, in varie aree del cervello, segni che rivelano il processo di consolidamento dei ricordi. Secondo i ricercatori, i risultati dello studio indicano che estese regioni del cer-

vello sono coinvolte nell'elaborazione dei ricordi durante una particolare forma di sonno, quella ad onda lenta. La ricerca dimostra che il sonno consente il consolidamento delle memorie da poco acquisite e identifica in questo processo un ruolo più importante per il sonno a onda lenta rispetto a quello Rem (Rapid eye movement). Il primo è un tipo di sonno profondo e senza sogni, mentre il secondo è associato con i sogni. Lo studio, pubblicato sulla rivista Public Library of Science, è stato condotto dai neurobiologi Miguel Nicolelis e Sirdarta Ribeiro.

---

## La responsabilità del medico in caso di mancata comunicazione ai genitori di una malformazione del feto e interrelazioni con la professione infermieristica

---

**Riflessioni su Cass., sez. III, 29 luglio 2004 n. 14488**

**S**egnaliamo ai lettori la sentenza della Corte di Cassazione (Cass., sez. III, 29 luglio 2004 n. 14488) che ha esaminato il caso di un medico ginecologo che non ha comunicato una diagnosi nefasta del feto (affetto da talassemia trasmessa dalla madre).

A parte il profilo tecnico della responsabilità, di cui daremo conto in prima battuta, vogliamo esporre alcune considerazioni sul "diritto di non nascere" fatte dalla Suprema Corte, che ha comparato il nostro ordinamento a quello francese. Infine, faremo alcune considerazioni sull'incidenza di questo importante precedente sulla professione infermieristica e sulla responsabilità in caso di mancata comunicazione della diagnosi, interferenze che esaminiamo alla luce della legislazione infermieristica.

\* \* \*

### **La responsabilità del medico**

La Cassazione ha esaminato due ipotesi di responsabilità del medico:

nei confronti del figlio menomato  
nei confronti dei genitori.

Prima di esaminare i due profili di responsabilità, la Cassazione ha precisato che il rapporto giuridico che s'instaura tra il medico ginecologo ed i genitori ha le caratteristiche di un "contratto con effetti protettivi"; tali effetti protettivi si

rivolgono sia verso il terzo-nascituro, con il fine di garantire la nascita ed evitare ogni possibile complicazione, sia verso i genitori (entrambi i genitori e, quindi, anche il padre).

Nel caso specifico i coniugi, successivamente alla nascita, esercendo la patria potestà sulla loro figlia minore nata con una grave malformazione, hanno lamentato il diritto al risarcimento del danno subito dalla minore per la "vita ingiusta" che le era toccata a seguito della mancata interruzione della gravidanza.

Gli stessi avevano attribuito al medico la responsabilità per non essere stati informati circa malformazione fetale, in quanto la gestante avrebbe potuto scegliere tra l'aborto e la continuazione della gravidanza.

Si tratta del "diritto di non nascere".

### A) La responsabilità del medico verso il figlio menomato

Il medico mediante il contratto di prestazione professionale, il c.d. "contratto con effetti protettivi verso il terzo", si obbliga non soltanto ad apprestare le migliori cure e attività possibili per una sicura gestazione, ma anche ad offrire tutte quelle altre attività per garantire la nascita del feto, evitando ogni possibile danno.

Dette attività del medico, tra le quali rientra anche la comunicazione della diagnosi, non producono alcun tipo di responsabilità verso il nascituro quando venga accertato che la lesione si sarebbe verificata comunque.

Nel caso contrario, insorge sempre in

capo al nascituro, nel momento della nascita, il diritto al risarcimento del danno. Invece, nel caso in cui l'alternativa alla nascita sia solo l'interruzione della gravidanza, il soggetto nato menomato non può richiedere alcuna forma risarcimento danni, poiché nell'ordinamento italiano l'aborto è previsto solo a tutela della vita e della salute della madre.

Il medico, quindi deve sempre tendere alla salvaguardia della nascita del feto.

#### B) La responsabilità del medico verso i genitori del figlio menomato

Tutt'altra responsabilità ha il medico nei confronti dei genitori, in particolare della madre (ma vedremo anche nei confronti del padre), in quanto egli deve sempre comunicare ogni eventuale forma di malattia o lesione di cui sia portatore il feto.

La mancata comunicazione, infatti, impedisce alla madre di compiere la scelta di interrompere o meno la gravidanza.

E' lei, secondo l'ordinamento, l'unico soggetto ad essere tutelato dall'aborto, nel caso in cui la prosecuzione della gravidanza e la relativa nascita possano provocare danni sia fisici che psichici alla donna. Il diritto della donna, quello finalizzato ad una procreazione cosciente e responsabile, è quello di evitare un danno serio o grave alla sua salute, alla sua psiche, alla sua vita.

La madre ha quindi sempre il diritto a richiedere il risarcimento dei danni per inadempimento contrattuale del medico che si è reso responsabile della mancata comunicazione della diagnosi di malformazioni del feto e conseguente nascita indesiderata.

La Suprema Corte, inoltre, ha ammesso che tra i soggetti protetti dal contratto di prestazione professionale rientri anche il padre, il quale, essendo titolare quella serie di complessi diritti e doveri riguardanti la procreazione cosciente e responsabile, subisce gli effetti negativi del comportamento omissivo del medico.

Il danno risarcibile, quindi, è rappresentato non solo dal pregiudizio alla salute psico-fisica arrecato alla madre ma anche dal più generico pregiudizio causato dal comportamento inadempiente del medico e dal danno biologico.

### **Il diritto di non nascere: l'ordinamento italiano e l'ordinamento francese a confronto**

L'ordinamento italiano, da quanto si qui detto, esprime scarsissima considerazione per il feto che è oggetto di norme giuridiche solo a fini limitatissimi (ad es. in caso di diritto di successione) e tutela solamente il suo interesse alla nascita ma certo non sancisce un diritto del feto di non nascere.

Tale diritto attribuito al nascituro appare senza titolare, "adespota" (che significa "senza effettivo titolare"), in quanto ogni soggetto acquisisce la capacità giuridica (la capacità ad essere titolare di diritti e di doveri) solo al momento della nascita.

Pertanto, attribuire un diritto a chi non è persona, e quindi a chi non può essere titolare di diritti, appare come un controsenso insanabile.

L'unico soggetto ad essere tutelato ai fini della "non nascita" (ossia l'aborto) è la madre.

Come gran parte degli infermieri sanno, le condizioni essenziali per procedere all'interruzione volontaria della gravidanza dettate dalla legge 194 del 1978, sono:

Non siano trascorsi 90 giorni dal concepimento;

Trascorsi 90 giorni, quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna;

Trascorsi 90 giorni, quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna.

Di tutt'altro avviso è invece l'ordinamento francese in quanto ammette la possibilità da parte della gestante di abortire nel caso in cui il nascituro sia portatore di un'affezione di particolare gravità senza però che questa pregiudichi lo stato di salute della madre stessa. Di conseguenza, sempre secondo il diritto francese, viene attribuito al soggetto menomato il diritto ad essere risarcito nel caso di mancata comunicazione (ai genitori) di tale affezione.

### **L'infermiere e la diagnosi: esclusione della responsabilità dell'infermiere in caso di omessa comunicazione della diagnosi**

Mi preme a questo punto sottolineare alcuni aspetti importanti che ricaviamo dalla sentenza in esame e che riguardano la professione di infermiere.

Sappiamo che con il profilo professione dell'infermiere (D.M. 739/94) e con il codice deontologico, vengono tracciati una serie di doveri relazionali dell'infermiere, in quanto operatore sanitario, sia verso il medico sia verso il paziente, sia verso i parenti del paziente.

Ai sensi dell'art. 1, comma 3, l'infermiere "agisce sia individualmente sia in collaborazione con altri operatori sanitari e sociali" Inoltre, "garantisce la corretta applicazione delle prescrizione diagnostiche e terapeutiche"

E ancora, l'infermiere "partecipa all'identificazione dei bisogni della salute".

Secondo il codice deontologico (elemento che delinea la responsabilità dell'infermiere ai sensi della legge n. 42 del 1999) "L'infermiere ascolta, informa, coinvolge la persona e valuta con la stessa i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e consentire all'assistito di esprimere le proprie scelte" (art. 4.2).

Sempre secondo il codice deontologico, "L'infermiere ha il dovere di essere in-

formato sul progetto diagnostico terapeutico, per le influenze che questo ha sul piano di assistenza e la relazione con la persona" (art. 4.4).

Infine, "L'infermiere nell'aiutare la persona nelle scelte terapeutiche, garantisce le informazioni relative al piano di assistenza ed adegua il livello di comunicazione alla capacità del paziente di comprendere" (art. 4.5.).

Sulla base di queste norme, in caso quale quello della mancata comunicazione della diagnosi, è possibile individuare una responsabilità dell'infermiere?

Mi sembra di poter affermare che tutte queste norme abbiano un presupposto comune.

L'infermiere partecipa alla diagnosi e ne garantisce la corretta applicazione.

L'infermiere aiuta ed assiste la persona nella fase di comprensione, magari partecipando al "consenso informato".

Ma la diagnosi è un atto medico e la sua esatta comunicazione è anch'esso un atto medico, al quale l'infermiere non partecipa.

Quindi, la mancata comunicazione della diagnosi non comporta una corresponsabilità dell'infermiere, anche se egli ha partecipato alla fase di formazione della stessa.

**Ed è questo uno dei principi espressi implicitamente dalla Corte di Cassazione: la comunicazione della diagnosi è un atto medico del quale si assume la responsabilità.**

## in pillole

### **ALL'AMIGDALA PIACE L'ALCOL**

Un team di scienziati dell'istituto di ricerca Scripps (Tsri) ha descritto il meccanismo cellulare alla base della risposta del cervello all'alcol, suggerendo un possibile metodo per curare l'alcolismo. Lo studio, pubblicato dalla rivista Science, collega l'effetto del peptide Crf (un fattore di rilascio della corticotropina) a quello dell'alcol. Entrambi sembrano influenzare la neurotrasmissione nell'a-

midgala, il cosiddetto centro del piacere del cervello, aumentando la trasmissione di un particolare neurotrasmettitore chiamato acido gamma amino butirrico (Gaba). Lo studio suggerisce che i composti che bloccano i recettori di Crf potrebbero avere potenziali effetti terapeutici per gli alcolisti. Gli scienziati già studiano questo tipo di composti come possibili trattamenti per altre condizioni psichiatriche quali la depressione, il disturbo da panico e il disturbo da stress post-traumatico, tutti collegati al Crf nell'amigdala.



### Un piccolo aggiornamento sui "links"

Nello scorso numero abbiamo visto alcune applicazioni gestionali, come districarsi nei vari applicativi e come scegliere eventualmente le soluzioni migliori.

Abbiamo anche trovato dei siti internet che raccolgono programmi gestionali mirati alla professione infermieristica, e liberamente scaricabili da internet.

In questo numero, invece, riprendiamo una vecchia abitudine: quella di segnalare siti internet nuovi oppure rinnovati, segnalando il "link" ed una breve descrizione della novità (ove presenti)

#### **Federazione nazionale dei Collegi**

**Ipasvi:** <http://www.ipasvi.it/> oltre alla rinnovata veste grafica (ricordatevi di scaricare il player gratuito Flash Player all'indirizzo:

<http://www.macromedia.com/it/software/flashplayer/>) appaiono, accanto alle notizie istituzionali ed ai contenuti della precedente versione, le notizie di "rassegna stampa" (nella macroarea "attualità") a cura di Adnkronos, una delle più grandi agenzie giornalistiche italiane

(<http://www.adnkronos.com/>). Le notizie edite da Adnkronos recensite sul sito Ipasvi sono esclusivamente di carattere infermieristico, di salute o politica sanitaria. Sempre in "attualità", oltre alla Rassegna Stampa, trovate anche l'area Convegni, sostanzialmente identica alla precedente ma con aggiornamenti più frequenti: ora è un'area più ricca.

**Infermieri On Line** <http://www.infermierionline.net/> Infermieri On Line ridisegna il Forum: dapprima gestito esternamente, ora lo accoglie direttamente all'in-

terno, con delle buonissime funzioni di ricerca di segnalazioni e/o discussioni. Tutto rigorosamente a carattere infermieristico. Da segnalare le recensioni editoriali ai libri, e la sezione "infermieri itineranti" a cura di Massimo Spalluto e Claudia Giovannelli.

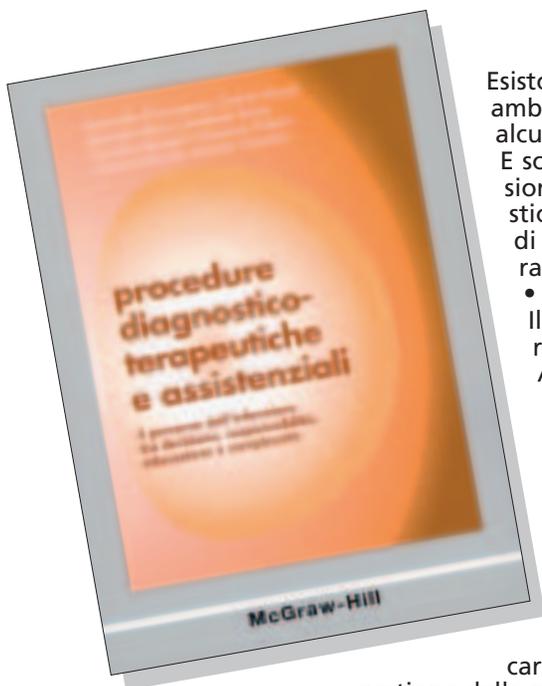
**Nursing in Movimento** <http://www.nel-movimento.org/> Sito web nuovissimo, con allegata rivista online "Savar": stiamo parlando di Nursing Transculturale!

**AINS ONLUS** <http://www.ains.it/> Sempre in tema di "infermieristica transculturale", anche il sito web della "Associazione Italiana Nursing Sociale" si rinnova: ora ricco di contenuti.

– **infermieri!** – <http://infermieri.cjb.net/> appunti studenteschi del Corso di Laurea in Infermieristica? Eccoli, rilegati e sistemati in formato Acrobat!

**Programma Nazionale Linee Guida** <http://www.pnlg.it/> ora sono consultabili online tutte le linee guida nazionali italiane, anche con riferimenti Europei.

A cura di Fabrizio Tallarita  
Webmaster del Collegio IPASVI di Roma  
[webmaster@ipasvi.roma.it](mailto:webmaster@ipasvi.roma.it)



Esistono sul mercato numerosi testi dedicati alle procedure in ambito infermieristico; questo che con piacere presento ha però alcune particolarità.

È scritto da autori italiani, è collegato alla nostra cultura professionale, copre tutte le principali aree della disciplina infermieristica e contestualizza l'effettuazione della procedura, all'interno di una cornice concettuale i cui capisaldi sono sostanzialmente ravvisabili in quattro parole chiave:

- decisione; • responsabilità; • educazione; • complessità.

Il testo si compone di due parti: la prima parte esplora e chiarisce i concetti sottesi alle succitate parole chiave.

Assunzione autonoma di decisioni: risultato di una lunga evoluzione, anche normativa, che ha trasformato l'assistenza infermieristica da professione sanitaria ausiliaria, e quindi soggetta a un mansionario, a professione sanitaria a tutto tondo e quindi in grado di valutare e assumere decisioni pienamente responsabili.

Assunzione di responsabilità quale capacità e volontà di rispondere giuridicamente, contrattualmente e deontologicamente su quanto deciso ed effettuato sulla (e per la) persona di cui ci facciamo carico.

Competenza educativa quale capacità di informare, educare e addestrare un paziente che vuole un ruolo attivo nella gestione della propria situazione di salute/malattia.

Definizione della complessità quale capacità di definire il livello di complessità della procedura congruentemente alle variabili che connotano l'intera assistenza infermieristica in tutte le sue declinazioni ed aspetti siano essi pianificatori, operativi o valutativi.

La seconda parte presenta, suddivise per apparato, le principali procedure.

All'inizio di questa seconda parte è stata inserita un'utile "legenda" che indica gli elementi chiave di cui si compone ogni procedura e le informazioni che vi si potranno trovare.

Anche in questo caso si può evincere il carattere innovativo del testo visto che, oltre alle principali indicazioni, ai materiali, alla sequenza della procedura e al suo razionale, vengono forniti altri importanti tasselli per poter pervenire a una corretta valutazione infermieristica. In particolare:

- le informazioni e l'educazione alla persona; • le modalità di effettuazione della procedura a domicilio, nelle strutture sanitarie, nelle strutture protette, nelle strutture ospedaliere; • l'analisi delle diversità culturali, ossia le indicazioni in caso di procedura da applicarsi a pazienti di cultura non occidentale; • il grado di complessità della procedura; • la valutazione infermieristica; • la sicurezza della persona assistita e dell'operatore.

È infine da sottolineare che i contenuti di ogni singola procedura sono supportati e suffragati dalle indicazioni delle maggiori società scientifiche, oltre che da prove di efficacia ravvisabili in letteratura. In conclusione, è un testo che fornisce un buon contributo per un'assistenza infermieristica sempre più qualificante.

*Dalla presentazione di Annalisa Silvestro*

## ERRATA CORRIGE: INFERMIERE OGGI NUMERO 1/2005

### LE RIVISTE ITALIANE INDICIZZATE NEL CINAHL

Nell'articolo dedicato ai servizi della biblioteca, pag. 37, citando *Professioni Infermieristiche e Assistenza Infermieristica e Ricerca* quali uniche riviste italiane di nursing indicizzate nel Cinahl, è stato erroneamente omissso il titolo "*International Nursing Perspectives*", altra rivista italiana di respiro internazionale e indicizzata nel database bibliografico.

Ci scusiamo con i lettori per l'informazione data in modo incompleto ed in particolare con l'Editorial Board della rivista stessa, il cui lavoro conosciamo e stimiamo. La rivista è tra le fonti bibliografiche autorevoli metodicamente consigliate all'utenza della biblioteca.

*Carlo Turci Edy Fanfera*



Stand del Collegio di Roma  
al Congresso  
della Federazione IPASVI