

**L'INFERMIERE  
E LA MODERNA  
CHIRURGIA.  
IL PAZIENTE STOMIZZATO:  
DALLA GESTIONE DI BASE  
ALL'ASSISTENZA INTEGRATA  
MULTIDISCIPLINARE**





## INDICE

<b>Presentazione del corso</b> .....	<b>4</b>
<i>(Gennaro Rocco)</i>	
<b>TECNOLOGIE INNOVATIVE E UMANIZZAZIONE: PRESENTAZIONE DI UN'ESPERIENZA</b> .....	<b>5</b>
<i>(Giulia Antonina Petrangeli)</i>	
<b>LA CARTELLAINFERMIERISTICA IN SALA OPERATORIA: PRESENTAZIONE DI UN'ESPERIENZA</b> .....	<b>7</b>
<i>(F. Caroni)</i>	
<b>GESTIONE DEI PRESIDI CHIRURGICI NELLA CHIRURGIA MININVASIVA: COMPETENZE INFERMIERISTICHE E SICUREZZA PER IL PAZIENTE</b>	<b>15</b>
<i>(Erica Barbarino - Donatella Cuomo)</i>	
<b>GESTIONE DEI SISTEMI MEDICI IMPIANTABILI: MANAGEMENT INFERMIERISTICO</b> .....	<b>21</b>
<i>(Maddalena Sanna)</i>	
<b>INTERVENTO DI PERITONECTOMIA: ASPETTI ASSISTENZIALI MULTIDISCIPLINARI</b> .....	<b>31</b>
<i>(Maurizio Tana - Francesca Romana Blasi - Barbara Trognoni - Monica Carlini - Isabella Schiavetto)</i>	
<b>RUOLO DELL'INFERMIERE E DELLADIETISTA NELL'ASSISTENZA AL PAZIENTE PERITONECTOMIZZATO</b> .....	<b>45</b>
<i>(Maurizio Tana - Barbara Trognoni)</i>	
<b>LA CHIRURGIA MININVASIVA IN GINECOLOGIA</b> .....	<b>47</b>
<i>(Patrizia Baranello - Michela Bibò - Cristina Perfetti)</i>	
<b>PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE COMPLICANZE: MIGLIORARE LA "QUALITÀ DELLA VITA". IL PUNTO DI VISTA DELL'INFERMIERE</b> .....	<b>75</b>
<i>(Francesco Musti)</i>	
<b>LE NUOVE STRATEGIE AZIENDALI NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE STOMIZZATO: QUALE RUOLO PER L'INFERMIERE PROFESSIONALE?</b> .....	<b>81</b>
<i>(Silvia Fusetti - Gabriele Rastelli)</i>	

# ***PRESENTAZIONE***

Gennaro Rocco - Presidente del Collegio IPASVI di Roma

L'organizzazione di iniziative di aggiornamento professionale in collaborazione con associazioni professionali di diversa ispirazione, purché animate da quella serietà e da quell'onestà che conduce al riconoscimento del valore della scienza in funzione del beneficio alla persona assistita, è uno dei principi fondamentali ai quali si ispira la strategia di sviluppo culturale e professionale del Collegio IPASVI di Roma.

Lo stesso principio anima la collaborazione con la Società Italiana di Chirurgia in occasione del suo 100° Congresso Nazionale. La straordinaria rilevanza dell'anniversario, d'altra parte, è connotato proprio dalle sessioni infermieristiche su "L'infermiere e la moderna chirurgia" e "Il paziente stomizzato: dalla gestione di base all'assistenza integrata multidisciplinare", un'esperienza nuova per una società medica con tradizioni talmente consolidate.

L'occasione è gradita per rinnovare l'appuntamento della Collana Arcobaleno con i temi dell'assistenza chirurgica, questa volta per approfondire in modo più specifico l'approccio dell'infermieristica olistica alle tecnologie chirurgiche e alla cura delle stomie, sempre avvalendosi dell'esperienza di colleghi impegnati a tempo pieno ad assistere persone che richiedono competenza e umanità.

Ancora una volta gli infermieri sono invitati a confrontarsi e, subito dopo, a realizzare le esperienze proposte nella loro pratica clinica, a intrecciare relazioni di scambio, al fine di promuovere il perseguimento della migliore pratica clinica. L'obiettivo generale è ancora quello di promuovere l'applicazione nell'assistenza infermieristica dei risultati della ricerca scientifica, a partire dall'esperienza concreta dei propri colleghi.

*Gennaro Rocco*

## **TECNOLOGIE INNOVATIVE E UMANIZZAZIONE: PRESENTAZIONE DI UN'ESPERIENZA**

**Petrangeli Giulia Antonina - Istituto Regina Elena - Roma**

“Se un penny tu mi dai, se un penny io ti do, con un penny per ciascuno resteremo, ma se un'idea io ti do e se un'idea tu mi dai con due idee per ciascuno ce ne andremo”.

Recitava così una canzoncina che conobbi molti anni fa quando mi interessavo di educazione giovanile. Questa mattina mi è tornata in mente e ve l'ho recitata per spingervi ad un dialogo, ad uno scambio di idee.

Non sono qui in veste di “esperta” detentrica illegale di un sapere che appartiene a tutti voi, pronta ad additarvi rimproverandovi di aver seppellito il tema umanizzazione sotto l'elevato grattacielo della tecnologia. Sono una di voi, che lavora in un ospedale romano, che vive gli stessi vostri problemi sanitari e che da anni per motivi personali si interessa all'uomo.

È noto che, nell'ultimo ventennio, un grande mutamento ha investito il mondo della chirurgia: basti pensare al numero di presidi monouso sempre più sofisticati e dotati di un'elevata sicurezza e precisione. Essi, per esempio, in alcuni casi hanno ridotto i tempi di intervento raggiungendo lo scopo a loro preposto anche là dove le mani dell'operatore sanitario più esperto non possono arrivare.

Questo cambiamento, anche se da un lato ha migliorato dal punto di vista tecnico le strutture sanitarie, dall'altro le ha rese prive di calore umano. Un ospedale che cura il malato e non si preoccupa della sua persona rischia di diventare disumano.

“Chiunque crede che la sua propria vita e quella dei suoi simili sia priva di significato non soltanto è infelice, ma appena capace di vivere” (A. Einstein).

L'uomo vive la sua malattia in modo unico ed irripetibile, assillato da problemi dei quali, noi operatori, spesso non ci occupiamo. Normalmente interveniamo sul suo organo malato e ci riempiamo di orgoglio se qualche volta diamo una risposta non solamente tecnica alle sue domande. In uno studio statistico approfondito in questo settore si è visto che la relazione umana operatore-malato occupa uno spazio del 20% rispetto all'80% occupato dall'aspetto tecnico. Sarebbe auspicabile poter raggiungere al più presto una equa ripartizione tra l'intervento tecnico specifico e la relazione umana.

Sono consapevole che non è cosa facile migliorare velocemente tale rapporto specialmente pensando alla società odierna dove è nota la perdita dei valori morali. Affinché ciò sia possibile è necessario che cambi volto la società e soprattutto noi stessi. Questo clima di rinnovamento, ci spinge a sperimentare nuove tecniche e quindi ben vengano le tecnologie innovative, ma è necessario anche ideare parallelamente una moderna organizzazione al fine di sperimentare la soluzione migliore che più si avvicini al tema “umanizzazione della malattia”.

Nasce quindi in noi l'idea di ricercare un protocollo per la diminuzione dell'ansia pre-operatoria e del dolore post-operatorio.

Nella quotidianità dell'attività infermieristica, si è visto che prestando maggiore attenzione al paziente come persona e “coccolandolo” per qualche minuto nella fase pre-operatoria e nella immediata fase di preanestesia, il paziente è più rilassato, affronta con più serenità l'intervento e nella fase post-operatoria sente meno il dolore.

“Se una società senza dolore è ancora oggi una utopia, nonostante tutto, una società senza riflessione sul dolore è una aberrazione” (Joanne Mantell).

Nel paziente neoplastico sentimenti come l'ansia, la depressione e la rabbia sono intimamente legati fra loro e modulano l'esperienza dolorosa (Ventafridda).

L'ansia è dovuta alla paura del dolore incontrollabile, dalla mutilazione chirurgica e dall'incertezza del futuro. La depressione è legata alla perdita della funzionalità fisica dell'immagine corporea, dell'impiego lavorativo diminuito e alla mancanza di aiuto. La rabbia dipende dalla frustrazione per l'insuccesso terapeutico, dal risentimento verso la malattia, dalla irritabilità e dal sentimento di pietà verso se stessi.

Oggi giorno esistono diversi sistemi di cura per l'ansia. Il più usato di tutti nel mondo occidentale è l'assunzione di farmaci benzodiazepinici. Non va ignorato, però, che esistono altri sistemi naturali quali l'agopuntura, il training autogeno e la meditazione trascendentale. Quest'ultima tecnica, basata sul controllo della respirazione determina un elevato livello di rilassamento per cui si è pensato di applicarla ai soggetti che acconsentono di partecipare alla ricerca.

Il protocollo, verrà effettuato la sera precedente l'intervento e consiste in:

- un colloquio di gruppo mirato a materializzare le proprie paure
- la visione di alcune fotografie (percorso per la camera operatoria stanza di anestesia, camera operatoria etc.) affinché il luogo possa sembrare più familiare.
- utilizzo della tecnica di rilassamento sopra descritta.

Alla fine si inviteranno i pazienti a godere il più possibile dello stato di benessere e a ripetere gli esercizi respiratori sia la mattina prima dell'intervento chirurgico che in camera operatoria.

Questo lavoro rappresenta solamente "un'idea" che da anni personalmente perseguo e che ha lo scopo di stimolare altre "idee" e, soprattutto vuole suscitare la ricerca della nostra umanità, senza la quale in nessun modo possiamo diventare umanizzanti, e soprattutto d'aiuto per il paziente. Ci è stato affidato il compito di assistere gli ammalati. Spetta a noi decidere se dobbiamo esercitare questa assistenza per dovere o per professione scelta con amore. Vale a dire per il piacere di esercitare l'amore tutte le volte che ci è possibile oppure perché alcune leggi ci imporranno (prima o poi) di essere più umani con il malato.

# **LA CARTELLA INFERMIERISTICA IN SALA OPERATORIA PRESENTAZIONE DI UN'ESPERIENZA**

**F. Caroni  
A.F.D. Blocco Operatorio HSR Roma**

La cartella infermieristica è uno strumento operativo oggi ritenuto utile se non indispensabile per concretizzare il piano di assistenza.

Ci sono state molte motivazioni che hanno spinto il gruppo infermieristico del Blocco operatorio dell'HSR ad elaborare e realizzare la cartella infermieristica in sala operatoria.

In particolare esse sono state:

- contribuire alla qualità dell'assistenza; con un approccio più diretto al malato, in quanto in sala operatoria a causa dei tempi ristretti e dello stato d'ansia accentuato del paziente non si riesce a realizzare con facilità un processo di umanizzazione
- realizzare la documentazione infermieristica; mettendo per iscritto e registrando la pianificazione assistenziale e codificando quindi il lavoro fatto (necessità etica, professionale e legale dell'infermiere)
- fornire un contributo professionale; effettuando in via sperimentale la ricerca e l'applicazione di nuovi modelli di lavoro, rinnovando la figura dell'infermiere come risolutore di problemi e non come esecutore di compiti.

Per la realizzazione del modello cartaceo, è stato costituito un gruppo di lavoro formato da CSSA, CS di Blocco Operatorio, I.P. di reparto, I.P. di sala operatoria, con i quali, attraverso riunioni periodiche è stata definita l'attività infermieristica di sala operatoria e sono state trasferite per iscritto tutte le attività compiute per malato.

Per rendere operativo il modello, si è provveduto a scomporre le attività infermieristiche in varie fasi, attribuendo la responsabilità della compilazione ai vari ruoli infermieristici all'interno della sala operatoria.

Nella I° fase, l'I.P. di R.R. apre la cartella, la sera precedente all'intervento incontrando il paziente nel reparto di degenza e registrando alcune informazioni;

nella II° fase (pre-operatoria) l'I.P. di R.R. accoglie il paziente all'ingresso in sala;

nella III° fase, l'I.P. di anestesia si occupa della parte intra-operatorio, inserendo eventualmente altra modulistica (terapia, recupero sangue ecc...)

nella IV° fase, l'I.P. di R.R. sorveglia il paziente nel risveglio e trasferisce i dati della valutazione infermieristica al collega di reparto.

La cartella è stata stilata su fogli A 4, perché di facile e comoda compilazione, lettura e conservazione .

Vorrei concludere che la cartella infermieristica nel nostro caso, in sala operatoria è oltremodo uno strumento di sicurezza, in quanto costituisce un mezzo di comunicazione con i reparti di degenza, orientato ai problemi del malato, ed un mezzo legale a tutti gli effetti che permette di documentare quali attività sono state svolte dall'infermiere sul paziente operato.

Spesso si tende ad attribuire alla cartella infermieristica un valore esclusivamente "teorico" e "scolastico", escludendo mentalmente il suo utilizzo in campo pratico (mancanza di tempo, mancanza di volontà di accettazione da parte delle istituzioni aziendali, incapacità di applicazione ecc...).

Noi come professionisti siamo obbligati a proporre, il salto di qualità, a dimostrare cosa un infermiere oggi è capace di fare, quali sono le nostre capacità professionali che finalmente possono diventare realtà concreta e definita.

Il percorso quindi da fare, non rispecchia l'obiettivo finale, ma è un cammino formativo nella sua applicazione.

**CARTELLA INFERMIERISTICA  
BLOCCO OPERATORIO N. 1  
HSR ROMA**

## CARTELLA INFERMIERISTICA BLOCCO OPERATORIO

Cognome

Nome

Data di nascita

Età

Reparto

Letto n°

UNITA' OPERATIVA DI

Incontro con il malato

Data ..... ora .....	Informazioni fornite al malato si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
<b>Valutazione infermieristica :</b>	
Interesse del paziente alla visita si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	

Firma IP \_\_\_\_\_

## RECOVERY ROOM

### Fase pre operatoria

Data

Ora di arrivo

Preparazione del paziente si  no

Monitoraggio FC ..... PA .....

SAO<sub>2</sub> %

Note:

Accesso venoso sede :

Tipo di anestesia: Epidurale  Generale  Altro \_\_\_\_\_

Firma IP \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**TERAPIE IN BLOCCO OPERATORIO**

Allergie: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> specificare a cosa												
Gruppo sanguigno												
Farmaco	Dose	Ora di somministrazione										

Data	Tipo	N° Sacca	Quantità	Medico	Firma

Firma IP \_\_\_\_\_

## SALA OPERATORIA

**Posizione assunta durante l'intervento :** **Supina**  **Prona**   
**Ginecologica**  **Laterale**   
**Genu pettorale**  **Trendelenburg**   
**Altro:**

**Cateterismi :** **CVC**  **Catetere vescicale**  **Catetere arterioso**   
**SNG**

**Esami ematici : SI**  **NO**

**Esami radiologici : SI**  **NO**

**Esame istologico: Definitivo**  **N° camp.** \_\_\_\_\_ **Estemporanea**  **N° camp.**  
\_\_\_\_\_

**Esame citologico: SI**  **NO**

**Protesi inserita:**

**Note:**

**Firma IP** \_\_\_\_\_

## RECOVERY ROOM

Fase post operatoria

Ora arrivo            Monitoraggio: PA            FC

Valutazione infermieristica

Interventi infermieristici

### Drenaggi

Numero	Tipo	Sede
1		
2		
3		
4		
5		

Sintesi infermieristica per infermiere di reparto (medicazioni ecc...)

Esami previsti : SI  NO

Firma IP \_\_\_\_\_

# **GESTIONE DEI PRESIDI CHIRURGICI NELLA CHIRURGIA MININVASIVA: COMPETENZE INFERMIERISTICHE E SICUREZZA PER IL PAZIENTE**

**Erica Barbarino - Donatella Cuomo  
Blocco Operatorio HSR - Roma**

## **INTRODUZIONE**

La gestione è il complesso di operazioni necessarie al funzionamento di un reparto per il conseguimento di risultati economici ed organizzativi.

Nel nostro caso abbiamo gestito delle risorse per l'interesse sia economico che, non ultimo, di sicurezza per il paziente.

Il nostro lavoro ha dovuto fare i conti con le complesse modifiche che, negli ultimi anni, ha subito lo strumentario chirurgico mininvasivo, termine con il quale indichiamo tutta l'area di endosurgery per chirurgia video-assistita.

### **Obiettivo infermieristico**

L'obiettivo dell'equipe infermieristica è quello di collaborare con il chirurgo al fine di ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili, tramite un'accorta gestione, che non può escludere i controlli di qualità e sicurezza per paziente ed operatore, la limitazione dei consumi inutili ed una attiva collaborazione con l'amministrazione e l'economato per una fruttuosa razionalizzazione delle spese. Il raggiungimento dell'obiettivo è possibile solamente attraverso una amministrazione capillare del percorso dei presidi all'interno del blocco operatorio.

Prima di esaminare singolarmente questi momenti è doveroso fare una premessa su alcuni elementi che si troveranno nei seguenti paragrafi e che potrebbero risultare, altrimenti, poco chiari.

**Ruolo dell'infermiere "referente":** all'interno della nostra organizzazione, l'infermiere referente è una figura deputata, dalla caposala, a seguire direttamente un determinato settore (endosurgery, fili di sutura, ecc.) o specialità (chirurgia generale, chirurgia urologica, ecc.) all'interno del blocco operatorio. Il referente, sotto la supervisione della caposala, registra e segue i movimenti dei materiali e dello strumentario che riguardano la propria area: richieste di materiale, compilazione della modulistica relativa, controllo delle scorte e delle scadenze.

L'infermiere referente è una sorta di riferimento per la caposala, per i problemi che possono presentarsi nello svolgimento delle attività di sala operatoria.

**Modulistica:** nel corso della nostra esperienza abbiamo rilevato come l'utilizzo di una modulistica codificata sia di grandissimo aiuto nel miglioramento del nostro lavoro. Per modulistica codificata intendiamo una serie di schede, approvate dal Servizio Infermieristico e dalla Direzione Sanitaria, ognuna delle quali ha uno scopo mirato (giacenza di un determinato materiale, controllo scadenze, materiale di consumo specifico per intervento chirurgico, conta pezzi durante l'intervento, ecc.).

Queste schede rimangono, per un certo tempo, negli archivi di sala operatoria come supporto mnemonico nel caso in cui fossero necessarie delle fonti informative.

### **Ingresso presidi**

All'ingresso del materiale, sarà cura dell'infermiere referente, incaricato del settore presidi mininvasivi, aggiornare le schede di giacenza, le quali accuratamente codificate, consentiranno una facile consultazione ed una chiara visione del materiale presente; questo viene richiesto, nel nostro caso, attraverso dei canali informatizzati, come informatizzata è la visione delle richieste evase e quindi di ciò che, effettivamente, è giunto a noi.

### **Stoccaggio presidi**

Lo stoccaggio dovrà avvenire in un ambiente idoneo, per umidità e temperatura, a garantire la stabilità del prodotto. Da non sottovalutare è l'importanza della accessibilità per poter effettuare agevolmente i controlli periodici, su schede codificate, delle scadenze e di qualità. Al fine di una più rapida identificazione dei presidi necessari nelle varie situazioni operatorie, questi saranno posizionati in sequenza chirurgica, seguendo i tempi degli interventi.

### **Utilizzo presidi**

Nell'utilizzo dei presidi l'équipe infermieristica si avvale del supporto di schede di consumo specifiche per intervento, le quali, predisposte con i nomi del materiale necessario stampati, richiederanno da parte dell'infermiere di sala, una compilazione limitata alla quantità degli articoli usati.

Un validissimo aiuto nella preparazione del materiale necessario per un determinato intervento, sarà costituito dai protocolli, specifici per intervento, nei quali sono elencati tutti i presidi necessari e le fasi dell'intervento.

Le schede di consumo, unitamente ai protocolli sopra citati, permettono la preparazione dei materiali specifici, per un determinato intervento, utilizzati da una particolare équipe chirurgica. In questo caso le schede di consumo sono utilizzate come fonte di informazioni per ciò che riguarda i presidi usati da una determinata équipe.

### **Addestramento professionale all'uso**

Il discorso non è sicuramente completo, senza prevedere un accurato addestramento del personale che si affaccia per la prima volta su questo tipo di chirurgia.

Figura fondamentale nell'iter didattico è quella del "tutor", termine con il quale intendiamo un infermiere professionale dotato di esperienza teorica e pratica dell'argomento trattato e di una buona predisposizione alla corretta trasmissione delle informazioni nei vari momenti.

L'addestramento prevede tre fasi, in ognuna delle quali l'infermiere rivestirà un ruolo di-

verso, essendo la tendenza quella di rendere l'operatore competente in ogni settore dell'attività di sala operatoria.

Una prima fase prevede la visualizzazione dell'ubicazione del materiale nei magazzini, posizionato in sequenza chirurgica, in modo tale da iniziare ad avere uno schema degli strumenti necessari nei vari tempi dell'intervento e poterli facilmente raggiungere quando necessario.

La seconda fase prevede un approccio visivo all'intervento ed ai suoi tempi, attraverso il ruolo di infermiere di sala.

La terza fase, infine, prevede un approccio diretto all'intervento ed ai presidi necessari, attraverso il ruolo di infermiere strumentista.

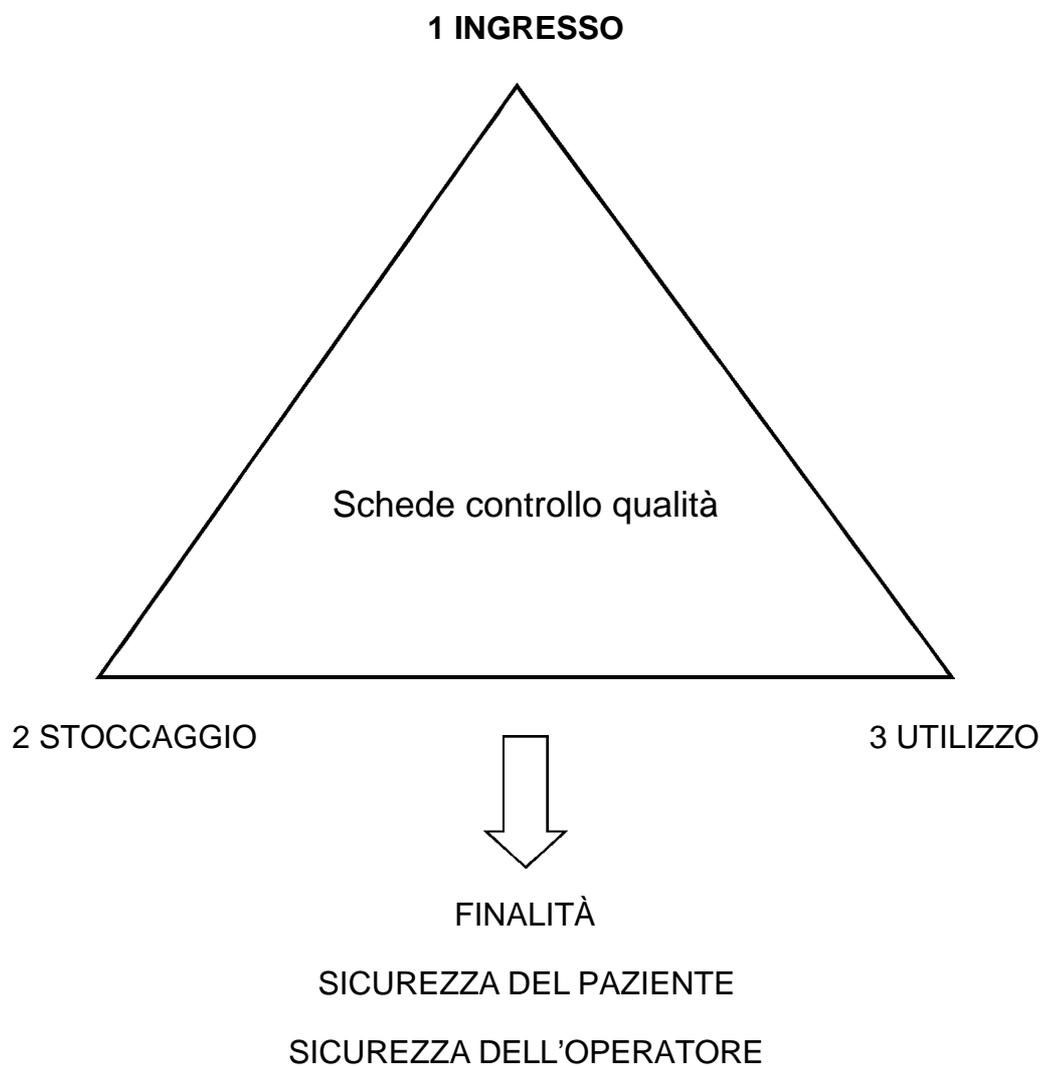
### **Sicurezza per il paziente**

Uno tra gli obiettivi prefissi dall'équipe infermieristica, al quale porremo particolare attenzione, è sicuramente la sicurezza per il paziente e l'operatore; sicurezza globale ottenibile attraverso una scrupolosa gestione pre ed intraoperatoria.

Nella fase preoperatoria si avvarrà dell'uso costante delle schede di controllo delle scadenze, di una corretta conservazione dei presidi e della verifica della integrità delle confezioni.

Nella fase intraoperatoria si porrà particolare attenzione ad una esatta apertura delle confezioni per salvaguardare la sterilità del contenuto e sul campo operatorio si adotteranno tutte le accortezze necessarie al fine di non inquinare i presidi.

# CONCLUSIONE PROCESSO PER L'OTTIMIZZAZIONE DELLE RISORSE



## BIBLIOGRAFIA

- L'assistenza infermieristica di base  
Liliane Juchli  
Rosini editrici- Firenze 1994
- Manuale di nursing  
UTET 1985
- L'insegnamento curativo del nursing clinico  
UTET 1993
- Manuale Merk  
II edizione italiana 1990
- Vademecum clinico  
Fattorusso e Rimiter  
Edipem 1979
- Sabiston surgery  
The biological basis of modern surgical practice  
Fifteenth edition 1997
- Lo Zingarelli minore  
Vocabolario della lingua italiana  
Zanichelli 1994



# **GESTIONE dei SISTEMI MEDICI IMPIANTABILI: MANAGEMENT INFERMIERISTICO**

**A.F.D. M. Maddalena SANNA**  
**Az. Osp. San Filippo Neri -Roma**

## **IMPIANTO DI SISTEMI MEDICI: OBIETTIVI E MOTIVAZIONI**

La sostituzione di una parte del corpo umano, interna o esterna, con presidi medici impiantabili è frutto di elaborate ricerche interdisciplinari di medicina, bioingegneria, fisica, anatomia, biologia ecc., e può consentire il recupero di un soggetto dal punto di vista fisico, psicologico, sociale, relazionale e lavorativo; possiamo pertanto affermare che l'impianto può favorire il reintegro di una persona come entità attiva nella società.

Le protesi originariamente erano state progettate e realizzate per supplire a mutilazioni (arti superiori e inferiori in periodi post bellici), successivamente per l'applicazione dopo interventi chirurgici demolitivi (protesi mammarie, dentarie, oculari, testicolari ecc...). Da qualche decennio gli impianti vengono eseguiti per sostituire funzionalmente organi irrimediabilmente compromessi: valvole cardiache, vasi, cuore, articolazioni, ecc... a causa di patologie cardioalvolari congenite e acquisite, patologie degenerative e reumatiche, disfunzioni, insufficienze, lesioni combinate e diverse altre.

Dato il valore medico-chirurgico, sociale e psicologico, nonché l'elevato costo dei sistemi medici impiantabili, è indispensabile un accurato management infermieristico, volto alla corretta gestione di questi presidi.

### **Manager e Management**

Il **manager** è un professionista che, nel quadro di un contesto operativo, identifica e favorisce i fattori produttivi tramite la definizione dei principi, dei metodi e dei criteri da utilizzare nell'ambito di una struttura complessa, in un'ottica di efficienza ed efficacia, e in considerazione dei vincoli giuridici ed economici, per la soluzione dei problemi di una realtà dinamica.

Identifica gli obiettivi, le risorse umane, materiali e temporali, i compiti, crea le condizioni affinché gli obiettivi possano essere raggiunti, verifica il raggiungimento degli stessi e propone eventuali modifiche operative.

Il **management infermieristico** consiste nell'identificazione, nel coordinamento e nell'integrazione di risorse attuati mediante la programmazione, la pianificazione, l'organizzazione, il coordinamento, la direzione, la valutazione e il controllo, al fine di raggiungere le finalità prefissate in un contesto operativo.

Le **fasi gestionali** comprendono pertanto:

- la pianificazione
- l'organizzazione
- il coordinamento e la direzione
- la valutazione
- il controllo.

## LA PROTESI

È un presidio medico impiantabile progettato e realizzato con materiali istocompatibili, al fine di sostituire, fisicamente e possibilmente anche funzionalmente, una parte del corpo umano riproducendone la forma.

### FORNITURA DEI SISTEMI IMPIANTABILI

Le protesi, di solito, vengono fornite sterili dalle ditte produttrici.

Per alcune specialità chirurgiche (ad es. orl, ortopedia) possono essere fornite non sterili (da sterilizzare prima dell'uso e con documentate prove biologiche che attestino l'efficacia del ciclo di sterilizzazione).

Sono sterilizzate con ossido di etilene o con vapore acqueo saturo sotto pressione.

Vengono confezionate in condizioni di sterilità, sistemate in contenitori di vetro o plastica con un tappo avvitato o sigillato ermeticamente a caldo.

I contenitori sono siti in confezioni antiurto in polistirolo o cartone.

Ogni protesi è **contrassegnata da un numero di serie**, stampato su un'etichetta, fissato sulla protesi per mezzo di un punto di sutura.

L'**etichetta**, fissata alla protesi, deve essere **rimossa con cura solo poco prima dell'impianto**, occorre prestare attenzione a non danneggiare o strappare il rivestimento della protesi durante la rimozione dell'etichetta.

Il **numero di serie e la misura vanno controllati e confrontati** con quelli presenti sul contenitore e sulla scheda informativa relativa all'impianto. Qualora venissero riscontrate differenze la protesi non può essere impiantata.

Sono soggette a **normativa** per quanto riguarda la produzione, la fabbricazione, la registrazione ministeriale, la sterilizzazione, la conservazione, le precauzioni d'uso, la registrazione degli impianti ecc...

Gli accorgimenti possono essere generali (quando riguardano tutti i presidi) e particolari (quando si riferiscono al trattamento speciale per un particolare tipo di protesi).

È indispensabile tener presente che ogni apparecchiatura impiantabile va maneggiata con la massima cura. Se la protesi non è stata correttamente conservata o viene danneggiata, maltrattata, fatta cadere o altro, non può essere impiantata sull'uomo.

### SISTEMI MEDICI IMPIANTABILI

In relazione al materiale che le costituisce le protesi possono essere **meccaniche** o **biologiche**.

Le protesi meccaniche sono costituite da materiali naturali o artificiali istocompatibili (ad es. carbonio, grafite, titanio, argento), solitamente esigono un trattamento accurato di tipo generale (vedi paragrafo CONSERVAZIONE).

## PROTESI BIOLOGICHE

Si tratta di presidi medici impiantabili, costituiti da materiale biologico, di provenienza solitamente porcina, conservati in glutaraldeide tamponata.

Esigono un trattamento particolare, rispetto alle protesi meccaniche, per quanto riguarda la **conservazione** e il **trattamento** pre impianto.

Su ogni **confezione** viene riportato:

- il TIPO di PROTESI
- la MISURA
- il MODELLO
- il NUMERO di SERIE
- la DATA di SCADENZA
- il METODO di STERILIZZAZIONE
- la DITTA PRODUTTRICE
- altre notizie riguardanti la protesi.
- Modalità di conservazione.

Ogni confezione contiene:

- una PROTESI immersa in soluzione di glutaraldeide
- un manuale con le istruzioni
- etichette identificative
- scheda informativa
- sensori di temperatura.

## I SENSORI DI TEMPERATURA

Servono per determinare, con immediatezza, se la protesi sia stata esposta a temperature estreme durante il trasporto e/o durante la giacenza.

Indicano la temperatura minima o massima raggiunta dal presidio.

La temperatura di conservazione delle protesi biologiche deve essere compresa fra +10° e +25° C.

Per evitare sbalzi di temperatura, il trasporto deve avvenire in borse termiche.

Al momento della fornitura è necessario controllare gli indicatori, se gli indicatori risultano virati non utilizzare la protesi e provvedere alla sostituzione (probabile congelamento o surriscaldamento).

## MANAGEMENT INFERMIERISTICO

In relazione al tempo, in cui le varie attività si svolgono, riconosciamo competenze infermieristiche:

- a - pre-impianto
- b - durante l'impianto
- c - post impianto

### Competenze infermieristiche pre-impianto

Comprendono tutte quelle attività pedagogiche, amministrative e tecniche, volte all'informazione e alla formazione del personale deputato alla richiesta, al controllo, alla conservazione, alla custodia e alla manipolazione dei sistemi medici impiantabili.

La formazione va pianificata ed attuata prima che le protesi vengano messe in uso.

Gli obiettivi, che la formazione si propone, sono quelli di fornire agli infermieri professionali un'adeguata preparazione che consenta loro di:

- 1 - richiedere i presidi medici impiantabili con le dovute modalità ed in tempi utili per l'impianto;
- 2 - esaminare e valutare accuratamente il presidio medico impiantabile nel momento in cui perviene nel contesto operatorio (confezione, sigilli, scadenza)
- 3 - conservarlo correttamente tenendo conto della specificità del presidio, dei materiali costitutivi e nel rispetto dei parametri igienici e climatici ambientali;
- 4 - registrare la protesi nei tempi e nei modi convenuti (manualmente sul registro e possibilmente anche sul computer);
- 5 - maneggiare gli accessori tenendo conto della sterilità o no degli stessi, eventualmente provvedendo alla sterilizzazione con tecnica appropriata;
- 6 - tenere conto delle precauzioni d'uso consigliate dalle ditte fornitrici:

**NON RISTERILIZZARE IL MATERIALE MONOUSO !!!**

**ONDE EVITARE DANNI, NON MANIPOLARE LA PROTESI CON ACCESSORI DIVERSI DA QUELLI CONSIGLIATI.**

## ATTIVITÀ INFERMIERISTICHE PRE-IMPIANTO

### RICHIESTA PROTESI

Si tratta di mettere in opera tutti quei meccanismi atti a determinare l'approvvigionamento dei presidi medici impiantabili in un contesto operativo.

È necessario:

- 1 - determinare col primario la tipologia e il diametro delle protesi di cui disporre;
- 2 - determinare l'entità della scorta;
- 3 - prendere contatti con le ditte fornitrici direttamente o tramite il servizio ospedaliero preposto (farmacia, armamentario chirurgico o altro);
- 4 - richiedere per iscritto le protesi di cui l'unità operativa necessita, specificando:
  - la ditta fornitrice
  - la marca della protesi
  - la tipologia (aortica, oculare, testicolare, mammaria...)
  - il modello
  - la misura
  - se biologica o meccanica
  - se urgente o meno.

### CARICO

Il **movimento** di tutti i presidi impiantabili presenti in un contesto operativo deve essere annotato su appositi registri forniti dall'ente di appartenenza.

Sui registri deve risultare il carico (protesi prese in carico) e lo scarico (protesi impiantate).

Per il carico registrare:

- la data del giorno in cui la protesi è stata fornita
- il fornitore del presidio
- il tipo di presidio
- le misure della protesi
- il numero di serie
- la data di scadenza.

La **registrazione** può essere manuale (su registro) e informatizzata (sul computer).

Solitamente viene effettuata dal caposala o da un infermiere delegato.

Il carico va effettuato appena il presidio entra nella camera operatoria.

Chi carica controlla che il presidio pervenuto sia quello richiesto, che la confezione sia integra, che gli indicatori non siano virati e la data di scadenza.

È consigliabile esaminare attentamente la confezione e il contenitore della protesi per identificare la presenza di eventuali danni, perdite o sigilli rotti o mancanti. In presenza delle condizioni anzidette, la protesi non può essere impiantata ed è necessario, pertanto, provvedere alla sostituzione.

## REGISTRAZIONE INFORMATIZZATA

S'intende la memorizzazione sul computer del movimento e dei dati relativi ai sistemi medici impiantabili.

Ha lo scopo di tenere in memoria un notevole quantitativo di dati, facilmente richiamabili, e di consentire in brevissimo tempo di effettuare complessi conteggi relativi ai costi, alle statistiche sanitarie ecc...

Per questo modello di registrazione è necessario un computer ed un programma idoneo.

Non può in alcun caso sostituire la registrazione manuale che a tutt'oggi rimane l'unica fonte legale di dati.

Oltre tutti i dati relativi al carico e allo scarico, analogamente a quanto già annotato manualmente sui registri, è opportuno annotare il **costo unitario** relativo al presidio impiantabile e calcolare il **costo globale** relativo ai presidi della stessa tipologia presenti nel contesto operatorio.

Il totale di cui sopra, sommato al costo relativo a tutte le protesi in giacenza nell'unità operativa, determinerà l'**importo totale della "scorta protesi"**.

Inoltre il costo di una protesi sommato all'importo dei singoli presidi, utilizzati per i singoli interventi, determina la **spesa dei presidi per intervento**.

Aggiungendo a quest'ultima le variabili relative ai **costi del personale, delle apparecchiature, dello strumentario, delle utenze, della struttura** ecc..., si viene a determinare il **budget per intervento**.

Per quanto attiene le **statistiche sanitarie** i dati immessi nella memoria del computer ci consentono di considerare il numero totale e parziale degli interventi con impianti, la tipologia e le misure delle protesi più frequentemente impiantate, eventualmente anche le caratteristiche dei soggetti che hanno subito impianti e successivi follow-up.

In rapporto a questi dati verrà effettuata la **riprogrammazione del lavoro** per quanto attiene l'acquisto delle protesi e dei presidi concomitanti (es. fili da sutura, strumentario chirurgico), la preparazione e la formazione del personale che dovrà utilizzare questi presidi, l'attenzione alle innovazioni tecnologiche e qualunque altra considerazione che possa risultare utile per l'ottimizzazione delle attività.

## CONSERVAZIONE dei SISTEMI MEDICI IMPIANTABILI

Contempla la messa in opera di tutti quegli accorgimenti che consentono al presidio impiantabile di **mantenere la propria integrità dalla produzione fino al momento dell'impianto**, considerando anche i passaggi di mano e il trasporto.

Condizioni generali di conservazione sono rappresentate dalla cura necessaria nel maneggiare i pacchi contenenti le protesi e nell'imballaggio delle protesi stesse. Sarà dunque premura delle ditte produttrici provvedere ad un accurato confezionamento ed imballaggio affinché le protesi subiscano il minor quantitativo di urti possibile.

Il trasporto avviene a cura delle ditte fornitrici.

**All'interno del contesto operatorio** è indispensabile che le protesi vengano correttamente conservate, fino al momento dell'impianto in condizioni igieniche e fisiche ottimali, in spazi ben definiti, climatizzati, puliti e chiusi, in prossimità delle sale operatorie con tem-

peratura ambientale intorno ai 20°C (> 10° e <25° C), in armadi chiusi o se indicato dal produttore in frigorifero, **non in congelatore!**

Per particolari trattamenti leggere sempre le modalità di conservazione consigliate dalla ditta produttrice.

Occorre prestare attenzione a non sottoporre la bioprotesi al congelamento o ad un eccessivo riscaldamento, onde evitare il danneggiamento dei tessuti.

**All'interno degli armadi** le protesi vanno tenute in ordine, raggruppate per tipologia e in serie (varie misure).

È opportuno predisporre una lista con le date di scadenza ed effettuare frequentemente inventari.

## **GIACENZA DEI PRESIDI MEDICI IMPIANTABILI**

La scelta del tipo di protesi da impiantare è fatta dal chirurgo operatore in considerazione di diversi parametri.

È indispensabile che l'unità operativa disponga per gli interventi ordinari e urgenti di vari tipi di protesi e di diverse serie complete di tutte le misure.

A tal fine è necessario predisporre preventivamente adeguate scorte di protesi all'interno dell'unità operativa stessa.

L'entità delle scorte va preventivamente concordata fra il primario e il caposala e deve tener conto dei reali consumi, dei costi dei presidi immagazzinati, dei tempi di approvvigionamento.

Per le misure è necessario considerare l'età dei soggetti che ricevono l'impianto (pediatrica o adulta), provvedendo ad approvvigionare in maggior quantità protesi delle misure più frequentemente impiantate e in ridotta quantità presidi con minor probabilità di utilizzo.

Le serie di protesi disponibili presso l'unità operativa devono essere complete di tutte le misure concordate. Infatti la misura della protesi da impiantare solitamente viene determinata durante l'atto operatorio tramite appositi misuratori (talvolta può essere determinato in precedenza in base a parametri antropometrici).

La non disponibilità di protesi va comunicata al chirurgo operatore prima dell'ingresso del paziente in sala operatoria (possibilmente prima che il paziente sia messo in lista operatoria).

## **COMPETENZE INFERMIERISTICHE DURANTE L'IMPIANTO**

Comprendono tutte quelle attività che, raggiunti gli obiettivi pre-impianto, servono a garantire corrette procedure infermieristiche durante l'impianto.

Gli obiettivi preposti sono quelli che consentono agli II.PP., strumentisti e non, di collaborare con il chirurgo, con diligenza, perizia e professionalità, per l'intervento chirurgico.

Atal fine l'I.P. deve essere in grado di:

1 - preparare l'occorrente per l'impianto;

- 2 - controllare che le protesi siano disponibili in serie completa (varie misure), predisporle all'interno della camera operatoria e preparare tutti gli accessori indicati per il tipo di protesi (misuratori, introduttori, leaflet tester, termocauterio, ecc...), accertandosi che siano sterili;
- 3 - evitare la contaminazione della protesi, aprendo il contenitore in maniera corretta;
- 4- porgere la confezione non sterile aperta allo strumentista, favorendo la presa della protesi in maniera idonea;
- 5 - effettuare lavaggi con soluzione fisiologica sterile, se si tratta di protesi biologiche conservate in glutaraldeide, nei tempi e nei modi prestabiliti;
- 6 - fornire al chirurgo assistenza e gli adeguati strumenti per la misurazione e per l'impianto della protesi;
- 7 - montare adeguatamente la protesi sui sostegni, toglierne l'etichetta identificatrice e prepararla per l'impianto;
- 8 - conservare opportunamente il pezzo anatomico asportato e se richiesto inviarlo in laboratorio.

## COMPETENZE INFERMIERISTICHE POST IMPIANTO

Comprendono tutte quelle attività, da svolgere dopo l'impianto protesico, volte a registrare l'avvenuto impianto in tempi e modi prestabiliti e a richiedere, con le dovute formalità, il reintegro della protesi impiantata.

Lo **scarico** ha luogo subito dopo l'impianto.

Il caposala o l'infermiere professionale incolla l'etichetta identificatrice della protesi col numero di serie sul registro operatorio e sull'atto operatorio.

Per lo scarico registrare:

- la data di impianto
- nome e cognome del soggetto che ha subito l'impianto
- numero di identificazione dell'operato
- numero di registro operatorio.

Se ci si avvale anche della registrazione informatizzata, lo scarico va effettuato anche sul computer.

In considerazione della legge sulla privacy, i dati nominativi hanno esclusivamente valenza interna al contesto e non possono in alcun caso essere divulgati.

Per il **reintegro** della protesi impiantata è necessario prendere contatti (direttamente o tramite il servizio ospedaliero preposto) con la ditta fornitrice affinché provveda alla sostituzione.

Se necessario si sollecita il reintegro; comunque accertarsi sempre che quanto richiesto pervenga in tempi utili per nuovi impianti.

## INCIDENTI

Identifichiamo, come tali, procedure scorrette che non consentono l'utilizzo del presidio per l'impianto sull'uomo.

**CAUSE:** sono dovuti perlopiù a caduta accidentale, a scambi di confezione o ad inquinamento (presunto o accertato) della protesi da impiantare, spesso da scorretta apertura delle confezioni.

La motivazione più spesso chiamata in causa è la "fretta".

La frequenza con la quale questi incidenti si verificano non è fortunatamente alta, ma dato l'elevato costo del materiale di cui trattasi, è oggetto di studio per l'identificazione di eventuali responsabilità professionali.

## CONCLUSIONI

La gestione dei sistemi medici impiantabili non è, in sé, particolarmente problematica, ma è sicuramente complessa se considerata sotto i molteplici aspetti esaminati (tecnico, pedagogico amministrativo, legale, economico).

Solo la formazione specifica, la competenza, la professionalità, la perizia, la prudenza e

la diligenza di ogni infermiere, membro di equipe interprofessionale, un management infermieristico accurato e pianificato, possono scavalcare qualunque ostacolo nella gestione di questi importanti sistemi medici impiantabili.

### **BIBLIOGRAFIA**

E. Borgonovi, *Dal dirigente al manager sanitario*. Salute e territorio 1985.

A. Montesinos, *Organizzazione del lavoro infermieristico in ospedale*. Armando Armando - Roma

C. Calamandrei, *L'infermiere professionale abilitato a funzioni direttive*. N.I.S.

P. Swertz, *Elementi di sociologia ospedaliera*. Armando Armando - Roma

C. Calcagni, *Deontologia medica e medicina legale*. S.E.U. Roma 1982

A. Silvestro, *Complessità organizzativo-assistenziale: l'importanza di un efficace sistema informativo*. Scenario 1993 n. 1.

# **INTERVENTO DI PERITONECTOMIA: ASPETTI ASSISTENZIALI MULTIDISCIPLINARI**

**I.P. Maurizio Tana – Francesca Romana Blasi**

**DIETISTE: Barbara Trognoni – Monica Carlini - Isabella Schiavetto**

**IRCS Regina Elena - Roma**

## **PREFAZIONE**

Dall'Aprile 1995 viene eseguito presso la I° Divisione di Chirurgia Oncologica dell'Istituto "Regina Elena" l'intervento di peritonectomia.

La peritonectomia è stata proposta e codificata nei suoi tempi chirurgici molto recentemente da Paul H. Sugarbaker, che ha analiticamente studiato le carcinosi peritoneali a basso grado di malignità e le similitudini che esse presentano con la sindrome classica della pseudomixoma peritonei.

Sulla base della sua esperienza è stato attuato dal Prof. R. Cavaliere e coll. un protocollo di trattamento integrato delle carcinosi peritoneali da tumore a basso grado di malignità, nell'ambito di uno studio prospettico che prevede l'associazione dell'intervento di peritonectomia con una chemioterapia regionale, sotto forma di perfusione ipertemico-antiblastica intraoperatoria o di infusione antiblastica addomico-pelvica post-operatoria immediata.

In tale ambito, per le problematiche poste dalle nuove tecniche chirurgiche e assistenziali, sono stati attuati dei piani assistenziali infermieristici specifici e multidisciplinari.

Con il servizio dietetico è stato codificato un protocollo che permette di seguire i pazienti nella fase preoperatoria e post-operatoria, quando è più facile che si possa instaurare una sindrome di malnutrizione legata allo svezzamento dalla Nutrizione Parenterale Totale, soprattutto in quei pazienti con resezione ampia dell'intestino.

## INTRODUZIONE

La maggior parte dei tumori che interessano la cavità addominale e pelvica si propagano in tre differenti modi. Essi sono la via ematogena, la via linfatica, e l'impianto sulla superficie peritoneale. In un elevato numero di pazienti il solo trattamento chirurgico, relegato all'isolamento e alla resezione del sito canceroso o della superficie peritoneale, può essere insufficiente. La peritonectomia include una serie di procedure chirurgiche atte ad ottenere l'asportazione macroscopicamente radicale di un pseudomixoma o di una carcinosi peritoneale a bassa aggressività biologica.

La peritonectomia comporta l'asportazione di tutto il peritoneo parietale sottodiaframmatico, parietocolico e pelvico, della glissoniana epatica e della colecisti, del grande e piccolo omento, della milza, del sigma-retto, dell'utero e delle ovaie e a ciò si aggiungono la resezione di quei visceri tenacemente inglobati dalla neoplasia.

La peritonectomia non è solo un intervento chirurgico ma è un trattamento integrato che a seconda dei casi comporta una chemioterapia regionale che può essere perfusionale intraoperatoria o post-operatoria immediata.

La perfusione antitumorale intraoperatoria o l'infusione post-operatoria immediata dopo peritonectomia consentono il contatto diretto tra farmaco e cellule neoplastiche nel momento più favorevole, quando le superfici chirurgiche sono completamente esposte ed il tumore è ai minimi termini. Sono a disposizione delle tecniche che permettono la somministrazione della terapia intraperitoneale come parte integrante del trattamento chirurgico del cancro.

Questo approccio implica due cambiamenti concettuali del trattamento della chemioterapia che sono il MODO e il MOMENTO.

Il modo di somministrare chemioterapia intraperitoneale assicura un'alta concentrazione di farmaco sulla superficie del peritoneo, mentre il momento perioperatorio dà diversi vantaggi.

Utilizzando la chemioterapia intraoperatoria il chirurgo può manipolare la superficie peritoneale e con le mani distribuire uniformemente calore e farmaco. Prima di una precoce chemioterapia intraperitoneale post-operatoria invece, viene eseguito un lavaggio a corto circuito che rimuove coaguli e siero ed ostacola la formazione di aderenze. Si utilizza a tal scopo una notevole quantità di liquidi, proprio per aumentare il contatto con la superficie peritoneale.

## **1 PRINCIPIO.**

La chemioterapia intraperitoneale consente un alto tasso di risposta all'interno dell'addome, perché l'alto peso molecolare del preparato, una volta istillato nella cavità peritoneale, determina il sequestro del composto per un lungo periodo di tempo. Questo significa che l'esposizione della superficie peritoneale alla molecola attiva del farmaco è considerevolmente superiore rispetto alla via intravenosa. Il limite di penetrazione della chemioterapia a livello peritoneale è approssimativamente di un millimetro all'interno del tessuto ed è teoricamente adeguato a rimuovere le cellule tumorali.

Alcuni Autori hanno avanzato una ipotesi sull'intrappolamento delle cellule tumorali all'interno del peritoneo, motivando così l'alta incidenza della disseminazione peritoneale in quei pazienti che hanno subito un intervento chirurgico per Adenocarcinoma o Sarcoma intra-addominale.

I meccanismi possono essere:

1. la liberazione di emboli tumorali nel peritoneo per l'invasione, a tutto spessore, della parete intestinale da parte del cancro;
2. l'instillazione di cellule maligne attraverso il canale linfatico;
3. la disseminazione di cellule maligne conseguente al trauma chirurgico;
4. i grumi di sangue rimasti nell'addome e nella pelvi che contengono cellule tumorali;
5. la fibrina intrappolata a livello addominale o a livello intraperitoneale contenente cellule tumorali;
6. la propagazione di cellule tumorali che agiscono sui processi di involuzione della guarigione.

Per interrompere l'impianto di cellule tumorali all'interno dell'addome e della superficie pelvica, viene fatto prima un lavaggio abbondante della cavità addominale quindi la chemioterapia in grande quantità di liquidi durante l'intervento (CHEMIO-TERAPIA INTRA-PERITONEALE INTRA-OPERATORIA), e nel periodo post-operatorio (CHEMIOTERAPIA INTRAPERITONEALE NELL'IMMEDIATO POST-OPERATORIO).

## **2 CHEMIOTERAPIA INTRAPERITONEALE INTRA-OPERATORIA AD ALTA TEMPERATURA.**

Questo nuovo approccio al trattamento chirurgico di un tumore intra-addominale maligno inizia in camera operatoria: dopo una completa resezione del cancro primario o dopo una citoreduzione del cancro. per sarcomatosi o carcinomatosi, vengono collocati due cateteri di Tenckhoff nelle logge sottodiaframmatiche con funzione di "inflow" e due cateteri nella pelvi con funzione di "outflow".

Si usa una sutura monofilamento molto scorrevole per suturare il margine cutaneo e fare in modo che non si retragga, si fissa un lenzuolo di plastica alla sutura in modo da creare uno spazio aperto. Il lenzuolo di plastica sarà piegato e messo in modo che il chirurgo abbia accesso all'addome e alla pelvi con la mano. I cateteri vengono raccordati ad un circuito extracorporeo costituito da un "reservoir" con filtro, una pompa e uno scambiatore di calore collegato con un bagno termostato. La pompa inietterà la soluzione con il chemio-

rapico all'interno dell'addome tramite il catetere di Tenckhoff ritirandola fuori dal drenaggio. La termometria viene realizzata monitorizzando con termocoppie ad ago i quattro cateteri, le logge sottodiaframmatiche, la pelvi ed eventuali noduli neoplastici residui. Il perfusato viene riscaldato fino a 44-45°C così da raggiungere sul tumore una temperatura di 41,5-42°C, ottimale per il sinergismo con l'antiblastico e per il contenimento della tossicità regionale. Si aggiunge MITOMICINA C (20 mg/m<sup>2</sup>) e CISPLATINO (50 mg/m<sup>2</sup>) nel caso di primitività coloretale o dell'appendice, o solo Cisplatino alla stessa dose in caso di primitività ovarica.

Il chirurgo, in maniera delicata, con manovre repentine manipolerà tutte i visceri mantenendoli minimamente aderenti alla superficie peritoneale. La perfusione continua per 60 minuti da questo momento.

Un evacuatore di fumo sarà utilizzato per spingere fuori l'aria da sotto il lenzuolo di plastica, attraverso un sistema di carboni attivi, prevenendo così ogni possibile contaminazione aerea legata alla chemioterapia nella sala operatoria.

Una volta che la perfusione intraperitoneale è completata, dall'addome sarà risucchiato via il liquido, verrà riaperto l'addome e completato il tempo chirurgico ricostruttivo. È bene ricordare che nessuna anastomosi sarà ricostruita finché la terapia intra-operatoria sarà completata.

L'ipertermia è un processo che permette di portare una dose intensiva di farmaco a contatto della superficie addominale e pelvica. L'ipertermia combinata alla chemioterapia intraperitoneale offre diversi vantaggi:

- Il tessuto neoplastico è molto più sensibile al caldo rispetto a quello normale; questo effetto è predominante sulle cellule tumorali in quanto la malignità decresce la vascolarizzazione.
- L'ipertermia incrementa la penetrazione del chemioterapico all'interno dei tessuti: i tessuti ammorbiditi dall'alta temperatura e dalla pressione interstiziale di una massa tumorale fanno passare più facilmente il farmaco.
- L'alta temperatura incrementa la citotossicità degli agenti alchilanti selezionati. Probabilmente questo è l'effetto più importante.

I benefici della chemioterapia intraperitoneale ad alta temperatura sono descritti nella tabella successiva.

#### **BENEFICI DELL'USO DELLA CHEMIOTERAPIA INTRAPERITONEALE AD ALTA TEMPERATURA.**

- \* L'alta temperatura incrementa la penetrazione del farmaco all'interno del tessuto.
- \* L'alta temperatura incrementa la citotossicità degli agenti chemioterapici selezionati.
- \* L'alta temperatura ha un effetto antitumorale di per se stesso.
- \* La chemioterapia intraperitoneale permette una distribuzione manuale del calore e del farmaco, con uniformità di distribuzione sulla superficie dell'addome e della pelvi.
- \* La tossicità renale della chemioterapia può essere evitata, monitorizzando e modificando la diuresi durante la perfusione.
- \* Durante il tempo di esecuzione della perfusione ad alta temperatura dovranno essere controllati alcuni parametri vitali (temperatura, coagulazione, emodinamica, etc.).

### **3 LAVAGGIO ADDOMINALE POST-OPERATORIO IMMEDIATO.**

Una volta eseguito l'intervento di peritonectomia e posizionati i cateteri e i drenaggi è molto importante mantenere il catetere per l'instillazione dell'antiblastico ed i drenaggi liberi dal sangue e dai residui di fibrina prima di iniziare la chemioterapia intraperitoneale post-operatoria. Un lavaggio addominale sarà eseguito già in sala operatoria. Si utilizza una grande quantità di liquidi che saranno infusi rapidamente e drenati dall'addome dopo corto circuito. La sequenza standard di lavaggio post-operatorio immediato viene descritta nella tabella successiva.

1. Si utilizzano 1000 ml di destrosio 1,5% per una dialisi peritoneale, iniettati nel modo più rapido possibile. La temperatura dei liquidi sarà portata a quella del corpo e tutti i drenaggi dell'addome saranno clampati durante l'infusione;
2. Non deve esserci una sosta molto lunga.
3. Drenare più rapidamente possibile attraverso il catetere di Tenckhoff e i drenaggi addominali.
4. Ripetere l'irrigazione ogni ora per le prime 4 ore, poi dopo 4 ore, dopo ogni 8 ore fino all'inizio della chemioterapia.
5. Cambiare giornalmente la medicazione che copre il catetere di Tenckhoff e i drenaggi addominali usando procedure sterili.
6. Precauzioni standardizzate saranno usate per tutti i liquidi provenienti dal corpo del paziente.

#### 4 CHEMIOTERAPIA INTRAPERITONEALE POST-OPERATORIA PRECOCE.

La chemioterapia intraperitoneale che segue una citoreduzione chirurgica nei pazienti con cancro del colon, retto, appendice, gastrico e altri carcinomi gastro-intestinali verrà eseguita con 5-FLUOROURACILE. La chemioterapia con tale preparato viene eseguita anche in quelle pazienti con cancro dell'ovaio già trattate a livello sistemico con Cisplatino. Se si usasse ancora il CDDP a livello peritoneale si potrebbero osservare tossicità sul sistema neurologico.

La sequenza standard per una chemioterapia intraperitoneale post-operatoria precoce con 5-FU viene descritta qui di seguito:

Dal I° al V° giorno post-operatorio.

1. Si prendono ..... ml di destrosio 1,5% per una dialisi peritoneale ed in essa vengono diluiti ..... mg di 5-FU ( $650\text{mg}/\text{M}^2 \times \text{..... m}^2$ ) e 50 mEq di sodio bicarbonato.
2. Il volume dei liquidi da infondere nel peritoneo sarà: 1 litro per i pazienti con una superficie corporea inferiore a 1,5 m<sup>2</sup>, 1,5 litri per una superficie corporea di 1,5—2 m<sup>2</sup>, 2 litri superiore ai 2 m<sup>2</sup>.
3. Si clampano i drenaggi che provengono dalla cavità addominale prima dell'inizio dell'instillazione.
4. Instillare più rapidamente possibile, attraverso il catetere di Tenckhoff, la soluzione con il chemioterapico. Lasciarla sostare per 23 ore e poi riaprire i drenaggi per 1 ora. Iniziare la successiva instillazione.
5. Controllare accuratamente la quantità e la qualità dei liquidi drenati (soprattutto se compare sangue), segnalandoli su apposite diarie, ed i parametri vitali (temperatura, etc.).
6. Rimuovere i drenaggi addominali e il catetere di Tenckhoff al termine del ciclo di chemioterapia, se non compaiono complicanze.

## **5 COMPLICANZE E LORO PREVENZIONE NELL'APERITONECTOMIA.**

La chemioterapia intraperitoneale non è solo diretta alla distruzione delle cellule tumorali ma anche alla eliminazione delle piastrine, neutrofili, monociti dalla cavità peritoneale. Questo non permette la formazione del tumore associato al tessuto in via di guarigione. La rimozione dei globuli bianchi dalla cavità addominale diminuisce la capacità di resistere alle infezioni. Per questa ragione deve essere usata una tecnica rigorosamente sterile, che viene imperativa quando viene somministrata la chemioterapia, inclusa l'asepsi delle mani nella manipolazione dei tubi e drenaggi addominali.

Essendo l'intervento operatorio di lunga durata (mediamente 9,7 ore) possiamo avere delle complicanze intra-operatorie di tipo cardiocircolatorio e post-operatorie come la comparsa di focolai broncopneumonici. Si sono notate neuropatie dell'arto inferiore con deficit parziale del nervo otturatorio associata a vescica neurologica, conseguente ad un vizio di posizione dell'arto inferiore sul lettino operatorio durante le lunghe ore di intervento. Si possono avere delle deiscenze anastomotiche che richiedono una ileostomia escludente, pertanto è importantissimo verificare quotidianamente la qualità e la quantità del materiale drenato, la comparsa di dolore, rialzo febbrile, sepsi e segni di shock settico.

Nella fase di svezzamento dalla Nutrizione Parenterale Totale si può instaurare una sindrome di malnutrizione, soprattutto in quei pazienti con resezione ampia del piccolo intestino, che può richiedere un supporto parenterale domiciliare per la risoluzione.

Si è osservato spesso anche un ritardo di canalizzazione, così come casi di diarrea persistente.

Bisogna fare attenzione ad ogni piccolo inconveniente che il paziente ci riferisce, perché non sono rare anche complicanze tardive, quali sanguinamenti gastrici per ulcera o rettorragie.

## 6 DIETA

I pazienti candidati ad una peritonectomia, sia che debbano subire una chemioterapia intraoperatoria perfusione o post operatoria immediata per il loro stato precario di nutrizione vengono sottoposti ad una NP in quanto si può instaurare una sindrome di malnutrizione, specialmente in quei soggetti che hanno già subito una ampia resezione intestinale.

La malnutrizione comunque condiziona la prognosi del paziente in questione, infatti come da studi epidemiologici hanno dimostrato che i pazienti malnutriti dopo l'intervento chirurgico presentano una notevole incidenza di complicanze, una più elevata mortalità e comunque una maggiore durata della degenza media ospedaliera, rispetto a quei soggetti con nutrizione normale, anche se è evidente che la mobilità e la mortalità post operatoria dipendono prevalentemente da fattori NON nutrizionali, ma che comunque è da ritenere che alcune complicanze siano strettamente connesse con la malnutrizione o per lo meno possano essere da questa aggravate.

(Tra le conseguenze della malnutrizione bisogna ricordare l'alterazione di difesa alle infezioni spesso contemporanee alle compromissioni delle barriere naturali cute e mucose).

È stato pertanto prefissato un obiettivo terapeutico che segue uno schema ben preciso a tal fine sono stati elaborati degli schemi di diete pre e post operatorie.

Vedi schema N.1 incentrato a dare al paziente una dieta priva di scorie come preparazione intestinale all'intervento, può comunque essere ridotta come apporto calorico poichè utilizzata come compendio alla NP, in quanto vengono ricoverati pazienti con grave deficit nutrizionale ed inappetenza pertanto si richiede l'immediata applicazione della NP.

Si prevede l'applicazione dell'NPT in prima giornata dell'intervento per circa 15-16 gg. successivamente lo svezzamento inizia con una dieta idrica per 1-2 gg. si prosegue con la somministrazione delle diete semiliquide (vedi schema N.2) con un supporto parenterale per circa altri 2-3 gg.

Successivamente viene deciso il ripristino dell'alimentazione per os. assoluta dopo aver verificato le condizioni dell'alvo ed in funzione di questo verrà somministrata una dieta priva di scorie e astringente (vedi schema N.3) nel caso di diarrea (al contrario in caso di ipotonia intestinale).

Nel caso in cui il paziente non dovesse manifestare nessun tipo di alterazione verrà somministrata la dieta (vedi schema N. 4) da seguire anche in dimissione.

Qualora il paziente non raggiunga il peso desiderabile verranno aggiunti alle diete di cui sopra degli integratori alimentari da assumere durante la giornata lontano dai pasti, questo per garantire il quorum calorico.

**DIETAPRE-OPERATORIA****Schema n. 1**

Kcal. 2.000

Indicazione: dieta senza scorie per preparazione all'intervento

Latte intero	gr. 300
Fette biscottate	" 30
Miele	" 30
Riso	" 150
Parmigiano	" 10
Carne vit. Magro	" 170
Patate o carote	" 200
Pane	" 120
Succhi di frutta	" 250
Olio extra verg.	" 40

<b>Alimento</b>	<b>Quant.</b>	<b>Colaz.</b>	<b>Spunt.</b>	<b>Pranzo</b>	<b>Spunt.</b>	<b>Cena</b>
Latte intero	300	300				
Fette biscottate	30	30				
Miele	30	30				
Riso	150			100		50
Parmigiano	10			5		5
Carne vit. magro	170			100		70
Patate	200			100		100
Pane	120			60		60
Succhi di frutta	250		125		125	
Olio extra verg.	40			20		20

**DIETASEMILQUIDA****Schema n. 2**

Kcal. 800 + supp. NP

Indicazione: da somministrare dopo dieta idrica

Tea leggero	gr. q.b.	
Biscotti al plasmon	” 25	(n. 6 biscottini)
Miele	” 5	
Semolino	” 60	
Parmigiano	” 20	
Omogeneizzati di carne	” 160	(n. 2 vasetti manzo o vitello)
Purea di patate	” 200	
Succo di frutta	” 125	
Olio MCT	” 10	

Alimento	Quant.	Colaz.	Spunt.	Pranzo	Spunt.	Cena
Tea leggero	q.b.	q.b.				
Biscotti al plasmon	25	25				
Miele	5	5				
Semolino	60			30		30
Parmigiano	20			10		10
Omogeneizzati	160			80		80
Purea di patate	200			100		100
Pane	120			60		60
Succhi di frutta	125		125			
Olio	10			5		5

**DIETASENZASCORIE ASTRINGENTE Schema n. 3**

Kcal. 1870

Indicazione: da somministrare in caso di diarrea

Tea leggero	gr.	q.b.
Fette biscottate	”	60
Miele	”	5
Riso	”	160
Parmigiano	”	20
Carne vitellone magro	”	180
Patate o carote	”	350
Frutta (banane)	”	300
Olio MCT	”	40

Alimento	Quant.	Colaz.	Spunt.	Pranzo	Spunt.	Cena
Tea leggero	q.b.	q.b.				
Fette biscottate	60	45	15			
Miele	5	5				
Riso	160			100		60
Parmigiano	20			10		10
Carne magra	180			100		80
Patate	150			150		
Carote	200					200
Frutta	300		150	150		
Olio	40			20		20

**DIETA**  
Kcal. 2500

**Schema n. 4**

Indicazione: da seguire anche in dimissioni

Latte parz. scremato	gr.	300
Fette biscottate	"	40
Miele	"	40
Pasta	"	150
Pane	"	120
Parmigiano	"	30
Carne vitellone magro	"	180
Ortaggi o verdura*	"	400
Frutta	"	400
Olio extra verg.	"	40

Alimento	Quant.	Colaz.	Spunt.	Pranzo	Spunt.	Cena
Latte parz. Scremato	300	300				
Fette biscottate	40	40				
Miele	40	40				
Pasta	100			100		
Minestrina	50					50
Parmigiano	30			15		15
Carne magra	180			100		80
Ortaggi	400			200		200
Pane	120			60		60
Frutta	400		200		200	
Olio	40			20		20
Integratore per os**						

\* la verdura deve essere cotta e passata.

\*\* se necessario verrà introdotto un integratore per os come supplemento alla dieta di 500 Cal circa in più alla dieta di cui sopra.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. SUGARBAKER Paul H., M.D., F.A.C.S  
Intraperitoneal chemotherapy and cytoreductive surgery. 1995
2. CAVALIERE R, e Coll.  
Carcinosi peritoneale: evoluzione di terapia. 1997
3. CAVALIERE F, DI FILIPPO F, COSIMELLI M,  
The surgical treatment of peritoneal carcinomatosis.  
J Exp Clin Cancer Res 16: 105-7, 1997.
4. SUGARBAKER PH.  
Peritonectomy procedure. Ann Surg, 1995; 221:29-42.



# **RUOLO DELL'INFERMIERE E DELLA DIETISTA NELL'ASSISTENZA AL PAZIENTE PERITONECTOMIZZATO**

**M. Tana - B. Trognoni  
IRCS Regina Elena - Roma**

La peritonectomia è una serie di procedure chirurgiche atte ad ottenere l'asportazione macroscopica completa di uno pseudomixoma o di una carcinosi peritoneale a bassa aggressività biologica.

La peritonectomia comporta l'asportazione di tutto il peritoneo parietale sottodiaframmatico, parietocolico e pelvico, della glissoniana epatica e della colecisti, del grande e del piccolo omento e della milza, del sigma-retto, dell'utero e delle ovaie e a ciò si aggiungono la resezione di quei visceri tenacemente inglobati dalla neoplasia.

La peritonectomia non è solo un'intervento chirurgico ma è un trattamento integrato, che a seconda dei casi comporta una chemioterapia regionale che può essere intra-operatoria per fusione o infusione post-operatoria immediata.

Il ruolo dell'infermiere e della dietista consiste nel monitorizzare il paziente all'ingresso, chiedendogli le sue abitudini alimentari, il peso, l'altezza, lo stato dell'alvo, la preparazione degli esami ematochimici per poter individuare una dieta appropriata possibilmente priva di scorie, al fine di ottenere una preparazione ottimale all'intervento.

Nel nostro Istituto si è accertato che due pazienti su tre vengono ricoverati con segni evidenti di malnutrizione pre-operatoria in fase avanzata. Lo stato fisico che presentano è dato da un notevole calo ponderale, riduzione della massa magra accertata delle pliche tricipitali e bicipitali. Quindi si è appurata l'importanza di una buona terapia nutrizionale pre e post-operatoria per il benessere psico-fisico del paziente.

Il nostro obiettivo terapeutico prevede al momento del ricovero il ripristinamento di un apporto calorico adeguato per affrontare l'intervento in condizioni migliori attraverso una dieta normocalorica oppure ipercalorica se le condizioni sono più gravi. Nella fase post-operatoria il paziente è sottoposto a nutrizione parenterale (NPT) per circa 15-16 gg.; successivamente viene sostituita con la nutrizione enterale (NE) oppure attraverso integratori alimentari (es. nutridrip), però non sempre quest'ultimo viene tollerato, e quindi si continua a proseguire con la NPT.

Nell'istante in cui si decide di rialimentarlo con gli alimenti naturali lo schema dietetico prevede l'eliminazione assoluta di scorie in tutti i casi, onde evitare fermentazione soprattutto nell'asportazione dell'ileo, tutto ciò sempre con il supporto di un integratore alimentare.

Si prevede un numero di pasti superiore a quattro, infatti il paziente deve nutrirsi poco e spesso.

Il ruolo infermieristico oltre a quello prettamente tecnico pre e post operatorio (preparazione all'intervento ed assistenza post-operatoria) sarà quella di dare un supporto psicologico.

L'assistenza infermieristica comprende una serie di manovre atte a permettere al paziente una degenza breve ed ottimale, evitandogli quelle complicanze legate ad un intervento altamente demolitivo e menomatizzante.

I punti che possiamo individuare nell'assistenza pre-operatoria sono:

1. Valutazione stato nutrizionale;
2. Collaborazione con la dietista e somministrazione della dieta prevista;
3. Preparazione standard ad un intervento di chirurgia addominale;
4. Supporto psicologico.

Nel post-operatorio:

1. Preparazione lavaggio addominale,
2. Assistenza durante la tecnica di lavaggio;
3. Terapia antalgica;
4. Somministrazione NPT;
5. Svezamento dalla NPT, salvo complicanze in dodicesima giornata,
6. Ripresa del regime dietetico indicato dalle dietiste,
7. Istruzioni domiciliari mediche, farmacologiche e dietetiche.

La relazione chiarirà quanto sia importante l'integrazione dell'assistenza dietetica con l'assistenza infermieristica.

In questo caso specifico le professionalità si incontrano al fine di garantire il soddisfacimento dei bisogni del paziente.

## **LA CHIRURGIA MININVASIVA IN GINECOLOGIA**

**I.P. Patrizia Baranello - I.P. Michela Bibò - I.P. Cristina Perfetti**

**Blocco operatorio IDI - S. Carlo di Nancy - Roma**

La chirurgia mininvasiva fa parte di quella branca della chirurgia endoscopica, che mediante l'uso di specifiche apparecchiature permette di esplorare visivamente l'interno di alcuni organi e di alcune cavità del corpo umano e di intervenire direttamente sulla presenza di eventuali alterazioni morbose.

L'endoscopia operativa è una vera chirurgia completa che si avvale di strumentario altamente specialistico, e permette di eseguire sempre più una vasta gamma di interventi.

Presso l'ospedale San Carlo di Nancy, (IDI) negli ultimi anni, ci si è avvicinati moltissimo verso questa nuova chirurgia che, va di pari passo con quella tradizionale.

Il blocco operatorio è costituito da cinque sale operatorie, funzionanti, (h24) dove ruotano varie specialistiche, dalla chirurgia, all'ortopedia, l'oculistica, l'otorino, e la ginecologia.

Le risorse umane della sala operatoria, oltre al personale medico necessario all'intervento, vedono l'infermiere strumentista e due infermieri di sala che vanno a coprire dei ruoli ben precisi e specifici nel coadiuvare il lavoro del collega strumentista e nel collaborare con il personale sanitario nella preparazione del paziente all'intervento e durante le fasi dell'anestesia.

Come possiamo notare ogni intervento chirurgico è un lavoro di équipe, dove ogni atto deve essere svolto con armonia e precisione e tempismo, con la consapevolezza di lavorare insieme nell'interesse del paziente.

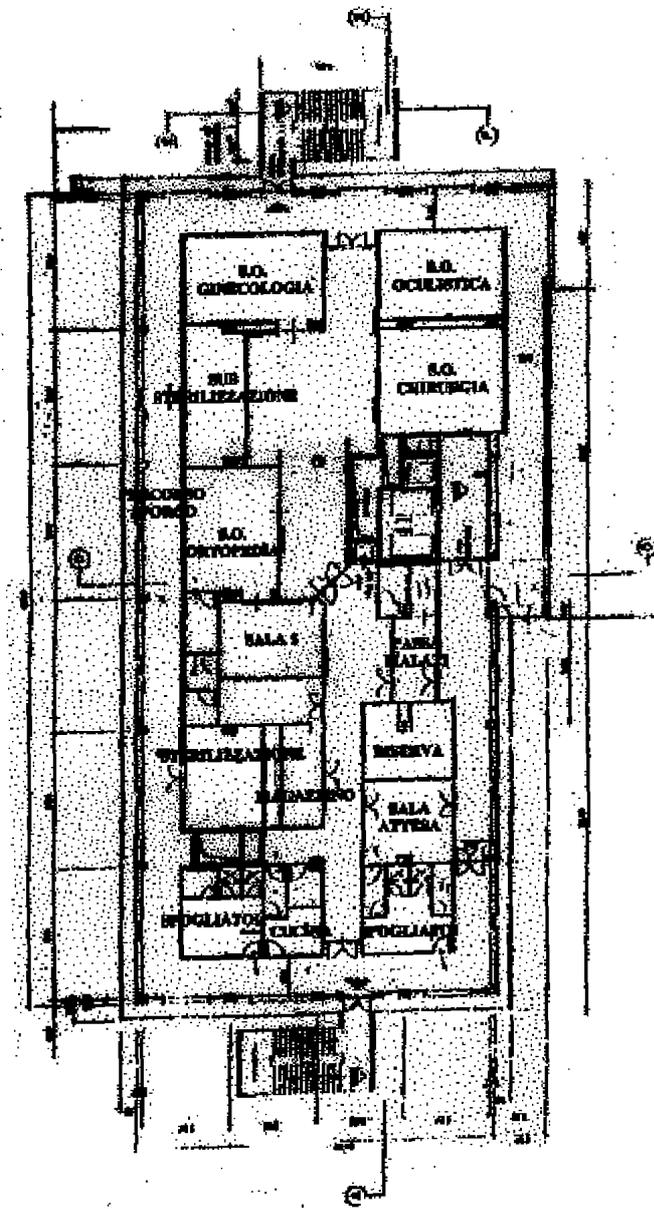
La chirurgia endoscopica in ginecologia in questo ultimo decennio è andata sempre più verso una progressiva evoluzione abbandonando il campo prettamente diagnostico e occupandosi dell'area operativa, divenendo una endoscopia ginecologica operativa. Questo nostro lavoro ha come scopo quello di trasmettere la nostra esperienza e quella di tutti i nostri colleghi che hanno lavorato con noi e si sono avvicinati a questa nuova tecnica chirurgica. Questo è stato frutto di un intenso lavoro tra équipe, di un continuo aggiornamento teorico pratico con uno scambio di informazioni e di esperienze. Tutto è iniziato intorno al 1990, quando per la prima volta ci siamo avvicinati a questa nuova metodica chirurgica dietro indicazioni del Dottor G. Vittori. Da allora ad oggi numerosi sono stati gli interventi eseguiti. Solo nel 1997 sono stati eseguiti circa settecento interventi di endoscopia ginecologica di cui quattrocento isteroscopie e circa trecento celioscopie.

I mutamenti e le innovazioni che negli ultimi anni hanno investito il campo chirurgico, hanno spinto l'infermiere professionale ad un continuo aggiornamento e perfezionamento professionale verso nuove tecniche altamente specialistiche. Nel nostro caso specifico con l'introduzione dell'endoscopia ginecologica, tutto il personale infermieristico ha dovuto seguire un iter formativo sino alla organizzazione delle risorse umane in équipes specialistiche.

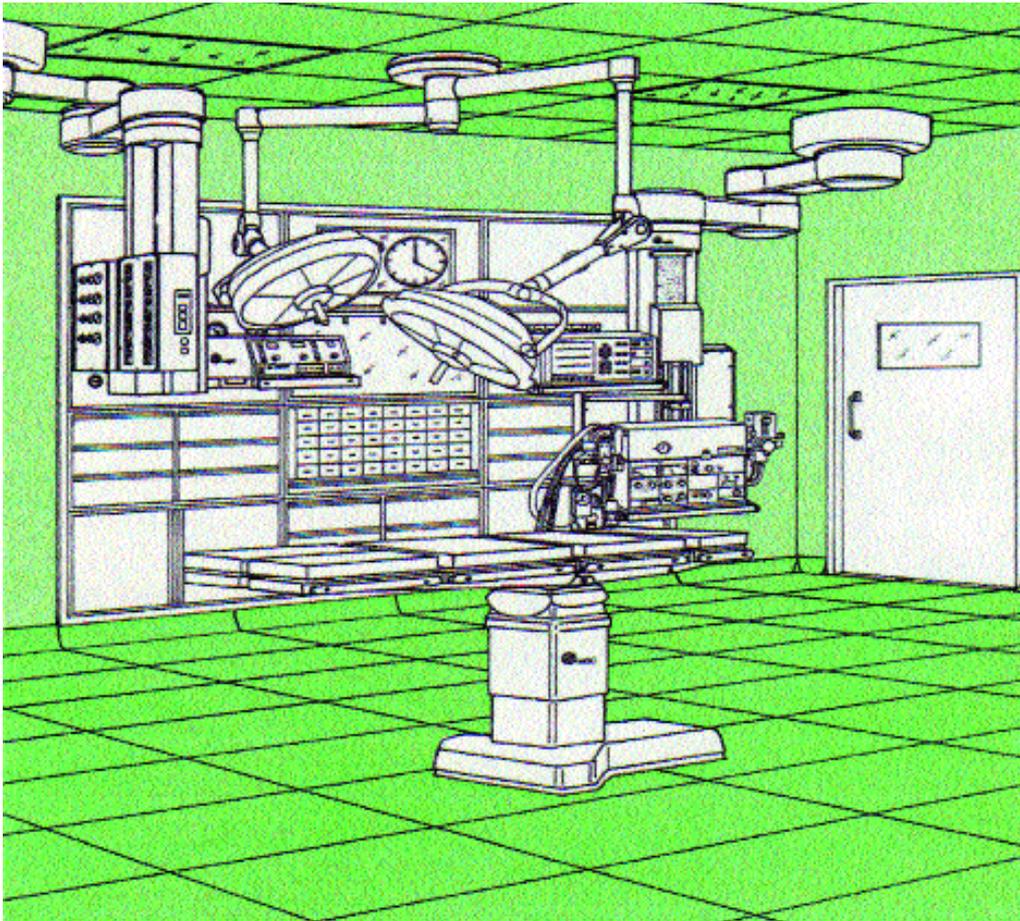
Questo per rendere possibile un aggiornamento continuo e mirato alle nuove tecniche e strumenti, e creare una maggior responsabilità professionale. In questo modo i componenti dell'équipe diverranno un punto di riferimento per la formazione del personale nuovo e dei colleghi che per la prima volta si avvicinano a questa metodica chirurgica.

L'équipe infermieristica deve presentare delle doti specifiche, doti che emergeranno soprattutto di fronte a situazioni difficili e d'urgenza.

Pertanto il tempismo, la prontezza, l'elasticità mentale, la manualità strumentale, l'osservazione permetteranno ai membri dell'équipe di svolgere il loro ruolo assistenziale in modo eccellente.



Blocco operatorio



*Organizzazione e attrezzature per la sala operatoria*

Prima di far parte di un'équipe specialistica ogni infermiere, ha seguito un iter formativo specifico per apprendere inizialmente le tecniche chirurgiche di base.

Ogni professionista che inizia a lavorare all'interno della nostra sala operatoria, avrà il primo impatto con la sala operatoria di chirurgia generale, dove apprenderà qui le basi per poter ruotare successivamente nelle altre specialistiche. È in questa prima fase della formazione che emergono le doti del professionista e le sue particolari attitudini rivolte ad una o ad un'altra specialistica.

Ora andremo ad analizzare le principali tecniche di chirurgia mininvasiva in ginecologia, sottolineando i compiti e le responsabilità dell'infermiere professionale all'interno della sala operatoria ginecologica. Queste tecniche endoscopiche possono prevedere una via di accesso addominale, la laparoscopia, o una via di accesso vaginale, l'isteroscopia.

Per laparoscopia intendiamo, la visualizzazione endoscopica della cavità peritoneale tramite una visione diretta dell'immagine che viene trasmessa da una telecamera ad un monitor video dopo la creazione di un pnemoperitoneo artificiale. La laparoscopia permette l'accurata visualizzazione degli organi intraperitoneali attraverso delle piccole incisioni di pochi centimetri sull'addome che permetteranno l'introduzione dello strumentario operativo.

La laparoscopia è una tecnica che vede il suo utilizzo sia come metodica diagnostica che operativa. Infatti permette, di diagnosticare le cause di dolore addominale e pelvico, determinare le cause di infertilità e l'eventuale valutazione di masse pelviche.

Inoltre permette di operare direttamente in presenza di alterazioni patologiche come cisti ovariche, cisti dermoidi, miomi peduncolati o intramurali, endometriosi, e intervenire su eventuali gravidanze ectopiche.

La laparoscopia va contrapponendosi alla chirurgia tradizionale per la sua minor aggressività chirurgica risparmiando alla paziente una generosa incisione addominale, e permettendo una visione ottimale dell'area da operare, in una regione anatomica di accesso non agevole. I vantaggi che si riscontrano da questa tecnica sono apprezzabili, determinando un miglior risultato, una ridotta formazione delle aderenze addominali. È bene sottolineare che la paziente viene sottoposta ad uno stress chirurgico minore, determinando una veloce ripresa fisica del soggetto, ed una riduzione del periodo di degenza.

Il personale infermieristico prima di ogni intervento che prevede una tecnica laparoscopica dovrà preparare ed allestire la sala in modo idoneo.

Ricordiamo che per ogni intervento per via laparoscopica, è corretto preparare anche lo strumentario per una eventuale conversione dell'intervento per via addominale tradizionale. Per questo l'infermiere strumentista si preoccuperà di avere a disposizione all'interno della sala operatoria anche di tutto lo strumentario chirurgico per una eventuale laparotomia addominale.

Oltre al riordino del materiale del carrello dell'anestesista è bene che in sala operatoria sia presente un carrello mobile a colonna dove saranno posizionati gli apparecchi necessari per la laparoscopia.

Apparecchiature specifiche per la visione dell'intervento chirurgico in tutti i suoi tempi, il monitor video, la telecamera, la fonte di luce, il videoregistratore, e gli apparecchi operativi, come l'insufflatore di anidride carbonica, lo spremi sacca per la soluzione fisiologica di lavaggio. È bene che questi apparecchi siano posti su un carrello mobile in quanto questo permetterà di poterli spostare in base alle necessità dell'operatore.

L'infermiere professionale è responsabile della conservazione e della gestione di queste apparecchiature, prima di ogni intervento deve accertarsi del loro corretto funzionamento per prevenire eventuali contrattempi durante l'intervento stesso. Per quanto riguarda la manutenzione delle apparecchiature non sterili, sarebbe buona norma verificare il corretto funzionamento della fonte di luce, e della telecamera, controllare il riempimento della bombola di CO<sub>2</sub> dell'insufflatore di anidride carbonica, inoltre in sala non deve mai mancare un aspiratore funzionante e di un apparecchio per l'elettrocoagulazione monopolare e bipolare.

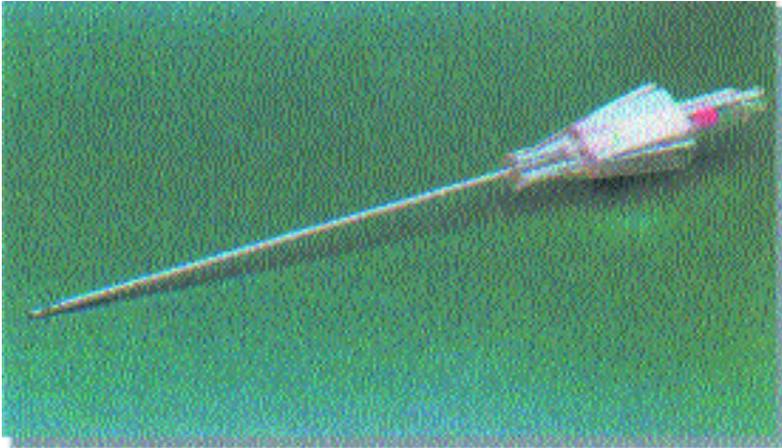
A queste apparecchiature, per permettere l'esecuzione di un intervento in laparoscopia affianchiamo tutto lo strumentario chirurgico sterile vero e proprio, costituito da un set di ferri di base, e un set di ferri endoscopici.

Gli strumenti endoscopici possono essere poli o monouso, e per quanto riguarda la laparoscopia ginecologica sono per lo più Grasper, Dissettori e forbici. Le forbici, possono essere di varie dimensioni con la possibilità di essere connesse con un apposito cavo all'apparecchio dell'elettrocoagulazione mono e bipolare.

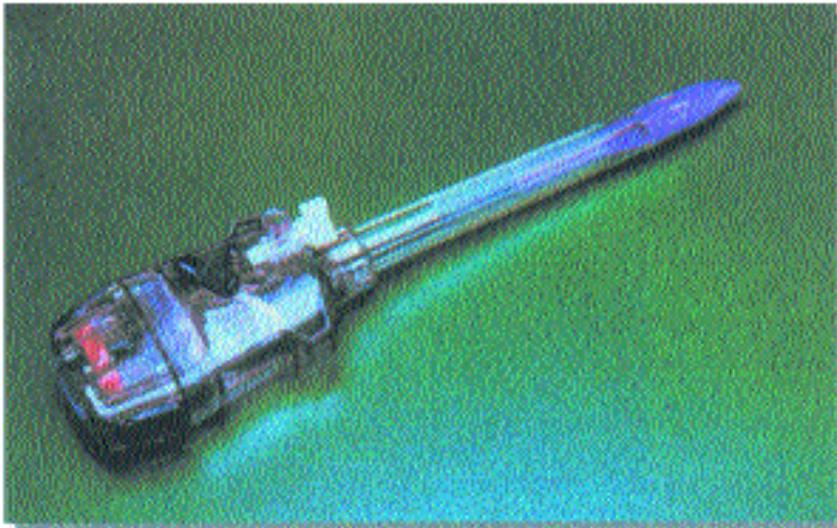
Per un intervento di laparoscopia, è importante avere a disposizione, tutta una serie di strumenti chirurgici di base e una serie di strumenti endoscopici:

Ferri chirurgici

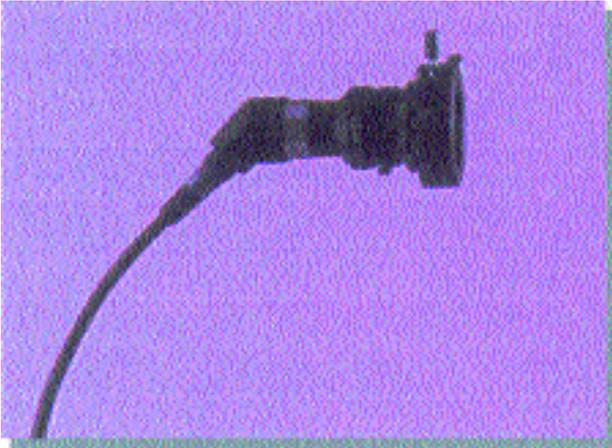
- 1 Klemmer retto per disinfettare,
- 2 coppette,
- 2 valve vaginali,
- 1 Collins,
- 6 Backaus,
- 1 Pean,
- 1 bisturi con lama n° 11
- 1 forbice
- 1 pinza anatomica
- 1 pinza chirurgica,
- 2 cocher,
- 2 bernard,
- 1 craill,
- 2 farabeuf,
- 1 foerster



Ago di Verres

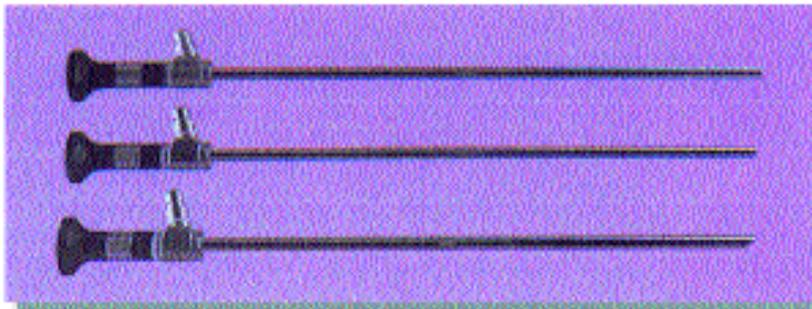


Trocar

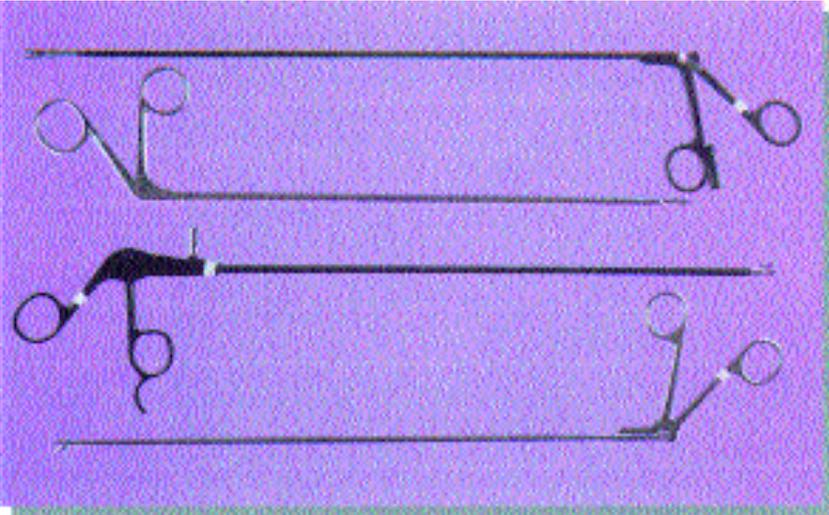


Telecamera con innesto per l'ottica

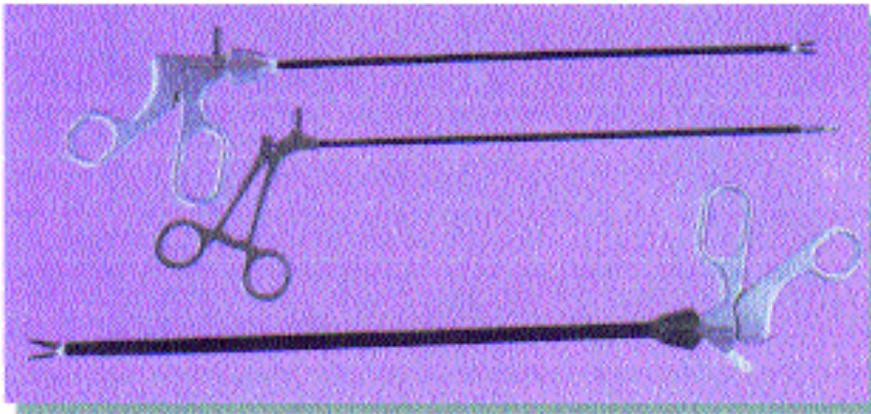
Ottiche per laparoscopia da 0°, 30°, 70°



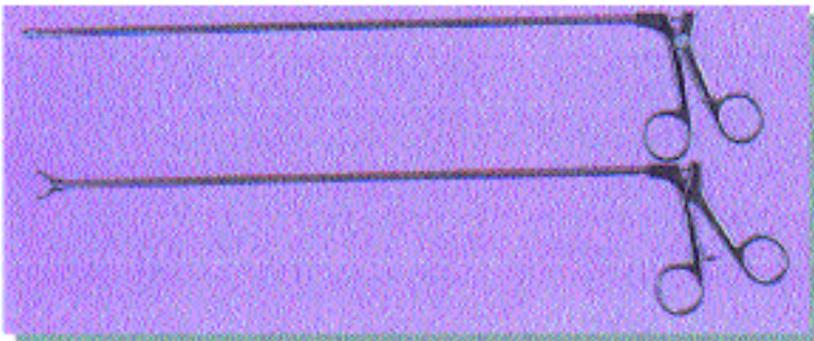
Ottica laparoscopica con cavo a fibre ottiche



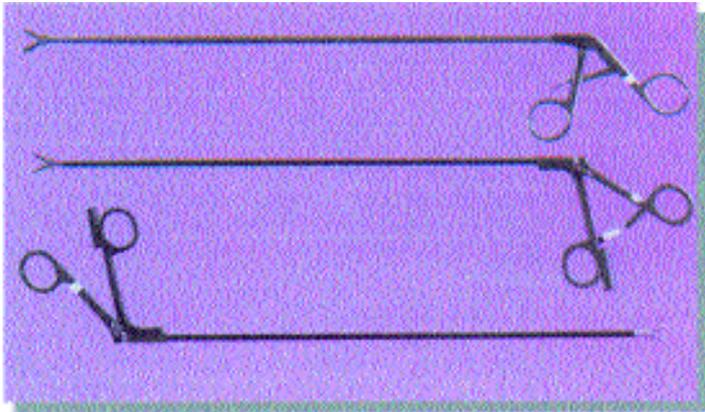
Forbici di varie dimensioni



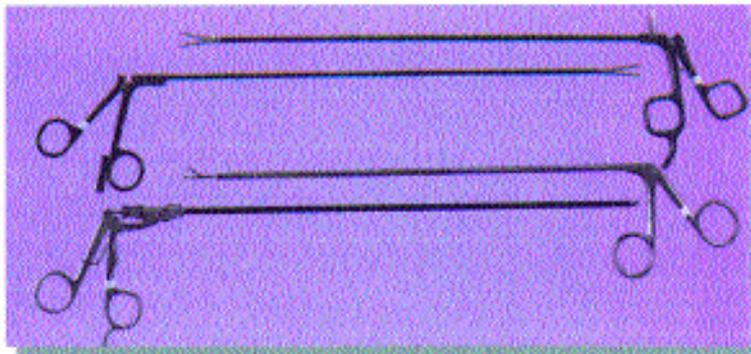
Forbici monouso



Pinze da presa



Grasper; pinza  
utilizzata atto ad  
afferrare i tessuti



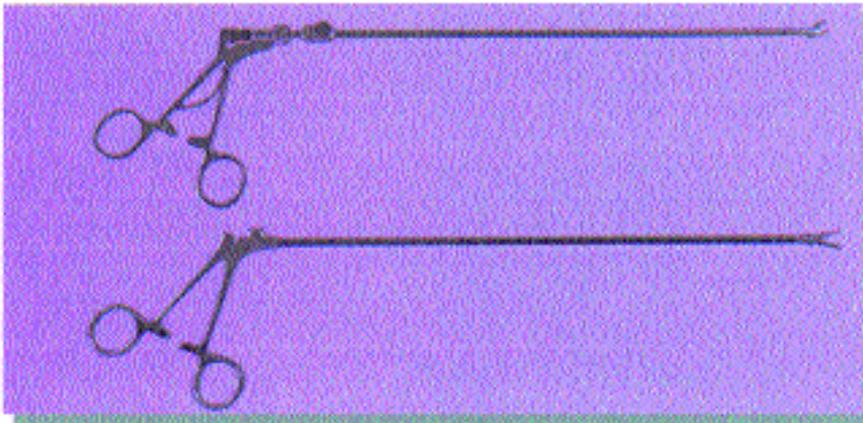
Dissettori



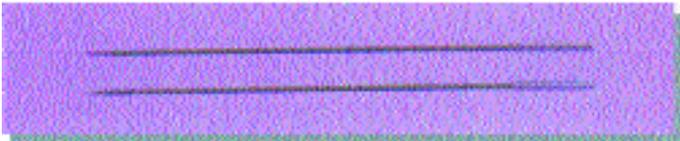
Dissettori  
monouso



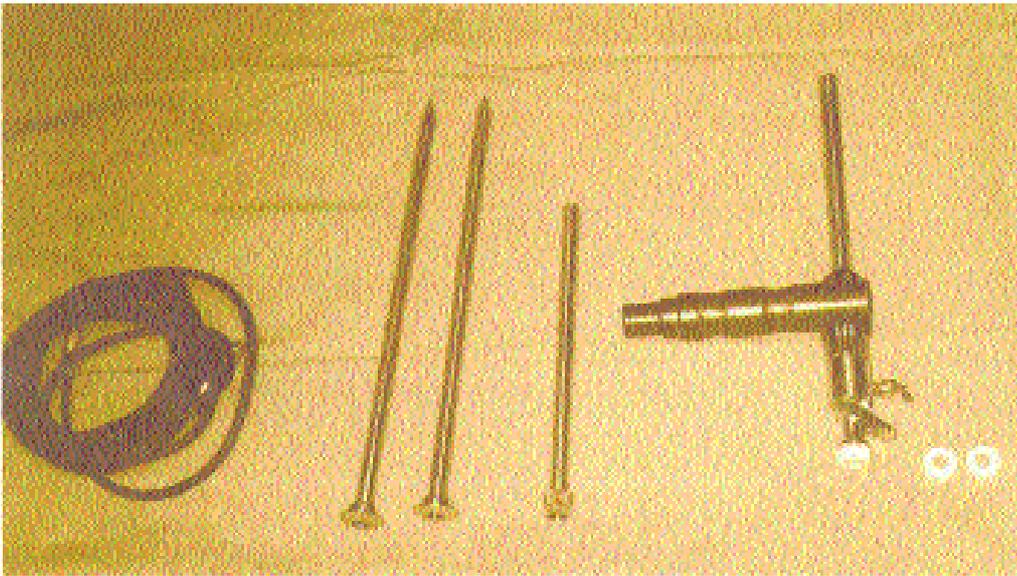
Applicatore di clip monouso



Porta-ago con serraggio a cremagliera



Spinginodo



Morcellator

## Strumentario endoscopico

- Mobilizzatore uterino,
- Cannula lava-aspira,
- Ago per aspirazione endoscopica,
- Palpatore,
- Forbice endoscopica
- Dissettole,
- Grasper,
- Manes,
- Pinza da coagulo bipolare,
- Pinza monopolare( crochet)
- Portaghi endoscopico spinginodo
- Ago di verres,
- Trocar da 10\12mm
- trocar da 5mm,
- ottiche
- cavo luce a fibre ottiche.

Allo strumentario endoscopico di base si aggiunge, il sistema di lavaggio ed aspirazione, il sistema di taglio e di aspirazione ad ultrasuoni, il tisseu morcelletor, sacchetti laparoscopici, suture laparoscopiche.

- Harmonie scalpel,(ultracision) è un apparecchio ad ultrasuoni che permette di ottenere un effetto di taglio e coagulazione, con un rischio inesistente di danneggiamento dei tessuti.
- Il Morcelletor è uno strumento meccanico o elettrico che tramite un sistema di lame circolari permette di rimuovere grossi pezzi chirurgici di mioma o di utero, senza aprire una breccia addominale più ampia.
- Il sacchetto laparoscopico è un sacchetto monouso che permette di asportare al di fuori

delle cisti ovariche, o delle cisti dermoidi, evitando la contaminazione della cavità addominale.

- In endoscopia ginecologica esistono diversi sistemi di sutura. La sutura endoscopica più semplice è rappresentata dal "LOOP", ovvero un laccio preformato che può essere applicato alla struttura che si vuole rimuovere. Oppure può essere effettuata con nodi extracorporei ed intracorporei. Il sistema extracorporeo è certamente il più semplice, infatti dopo l'applicazione del punto l'ago viene estratto attraverso il trocar, il nodo eseguito all'esterno e quindi spinto con un apposito spinginodo.

Di fondamentale importanza sono le ottiche laparoscopiche, che possono variare sia nel diametro che nell'angolo di visione, Ottiche da 0°, da 30°, da 70° con un calibro che può variare da 5mm a 3 mm. Solitamente si prediligono le ottiche a zero gradi in quanto permettono una visione totale.

Da non dimenticare è l'ago di verres, che permette l'insufflazione di anidride carbonica all'interno del peritoneo.

Il laparoscopia, e così gli strumenti penetrano all'interno dell'addome grazie al posizionamento di Trocar, che rappresentano la reale via di accesso alla cavità peritoneale.

Lo strumentario endoscopico richiede particolari cure ed attenzioni nella cura e nella manutenzione e durante le fasi della pulizia, disinfezione e sterilizzazione. Gli strumenti poliuso dovranno essere puliti e sterilizzati al termine di ogni intervento. Gli strumenti formati da più parte dovranno essere smontati delicatamente, puliti per rimuovere eventuali detriti organici, ed asciugati con un getto di aria compressa e successivamente sterilizzati in autoclave. Lo strumentario prima di essere sterilizzato sarà disposto all'interno di container, che permettono oltre la corretta sterilizzazione una corretta conservazione della sterilità.

Nella organizzazione della sala operatoria di endoscopia ginecologica, particolare importanza assume la collaborazione tra i membri dell'équipe.

Questo permette di raggiungere dei livelli ottimali e standardizzati nell'assistenza chirurgica.

Il personale adeguatamente addestrato tenderà ad uniformare i comportamenti e sapersi muovere anche in situazioni di urgenza.

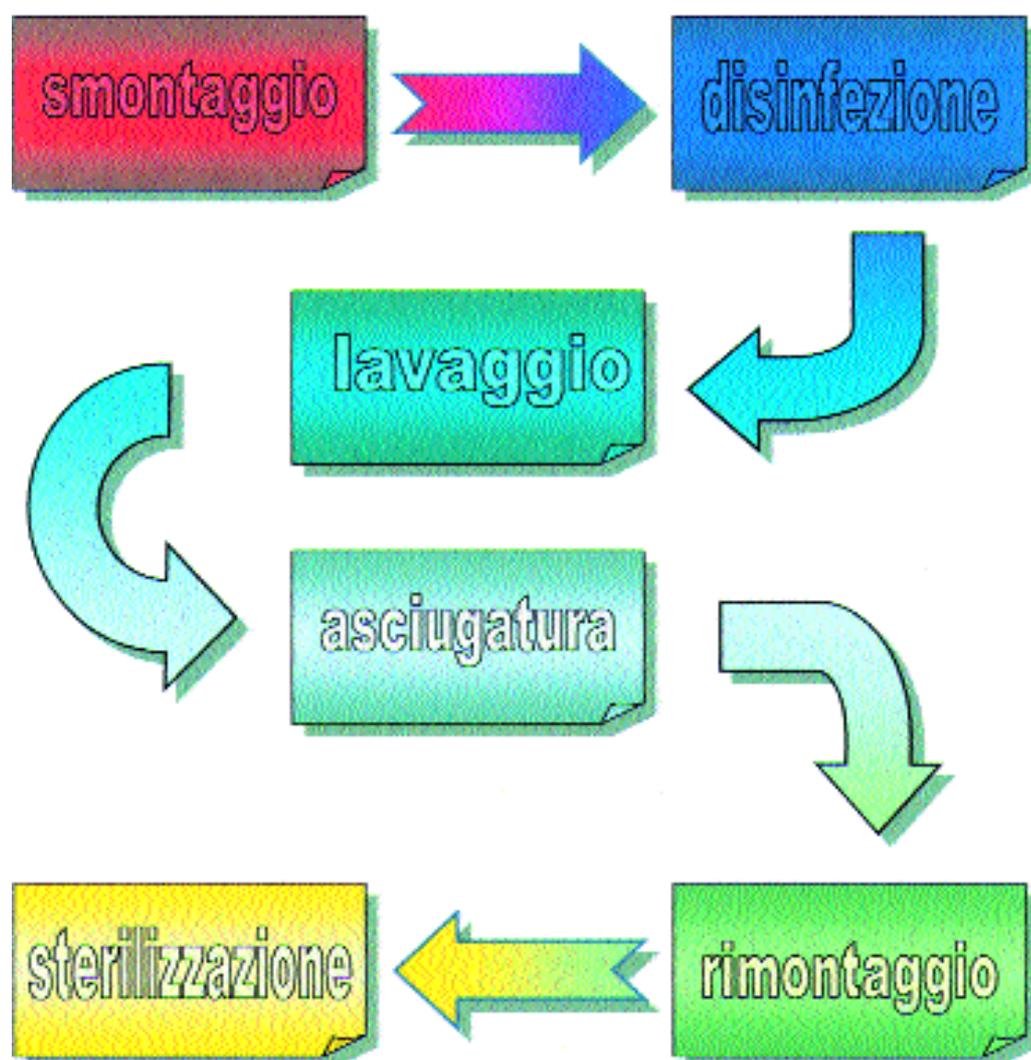
Prima dell'intervento gli infermieri di sala allestiranno la sala controllando gli strumenti della colonna endoscopica, preparando la soluzione di lavaggio con sacche di soluzione fisiologica sterile preriscaldata, e riordinando il materiale per l'anestesia.

L'infermiere strumentista prepara lo strumentario chirurgico sterile.

Secondo la nostra esperienza vengono preparati due servitori in quanto l'intervento di laparoscopia ginecologica viene diviso in due tempi chirurgici distinti:

- Un tempo sporco vaginale dove viene posizionato il catetere uretrale, ed il manipolatore uterino
- Un tempo pulito addominale dove vengono introdotti i trocar per entrare nella cavità peritoneale.

# linee guida per la manutenzione e sterilizzazione dello strumentario endoscopico

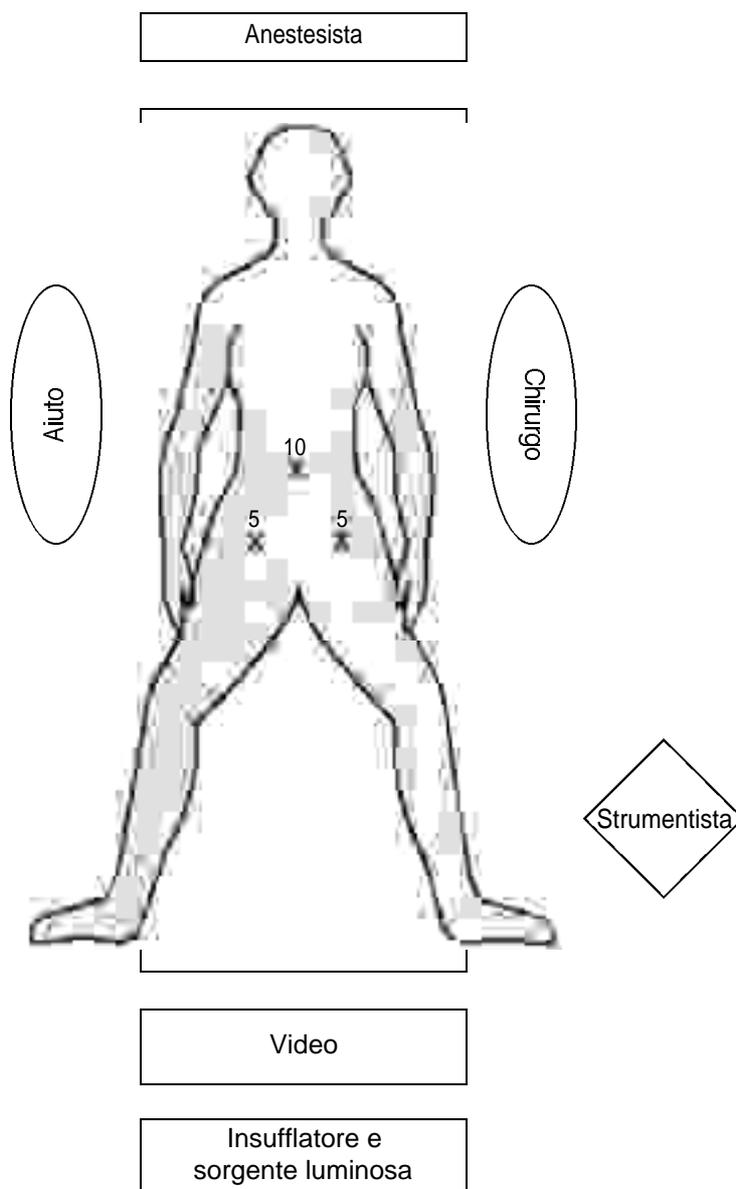


**121C° per 18 minuti**

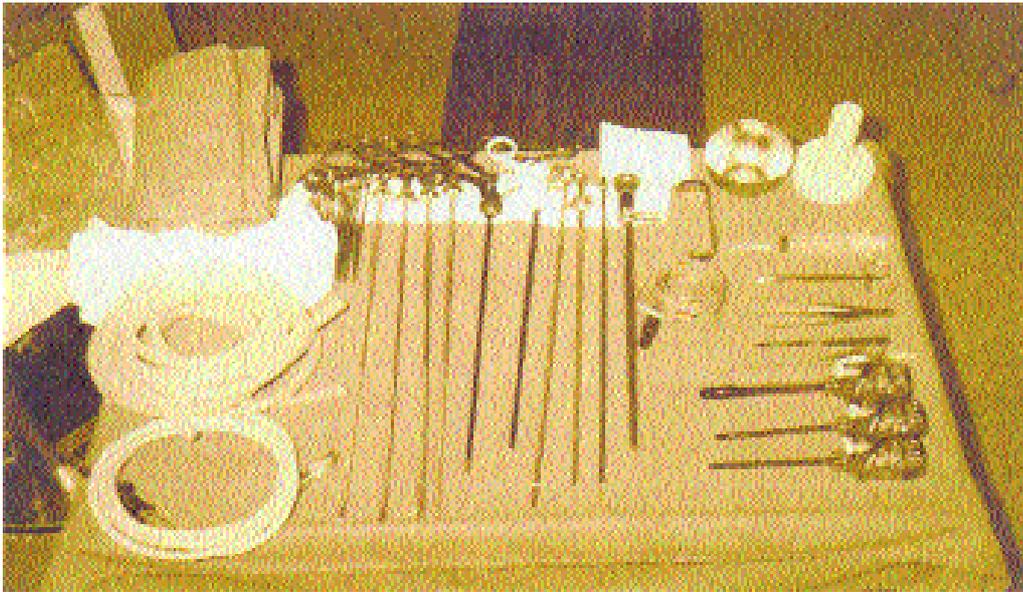
**sterilizzazione**

**134C° per 5 minuti**

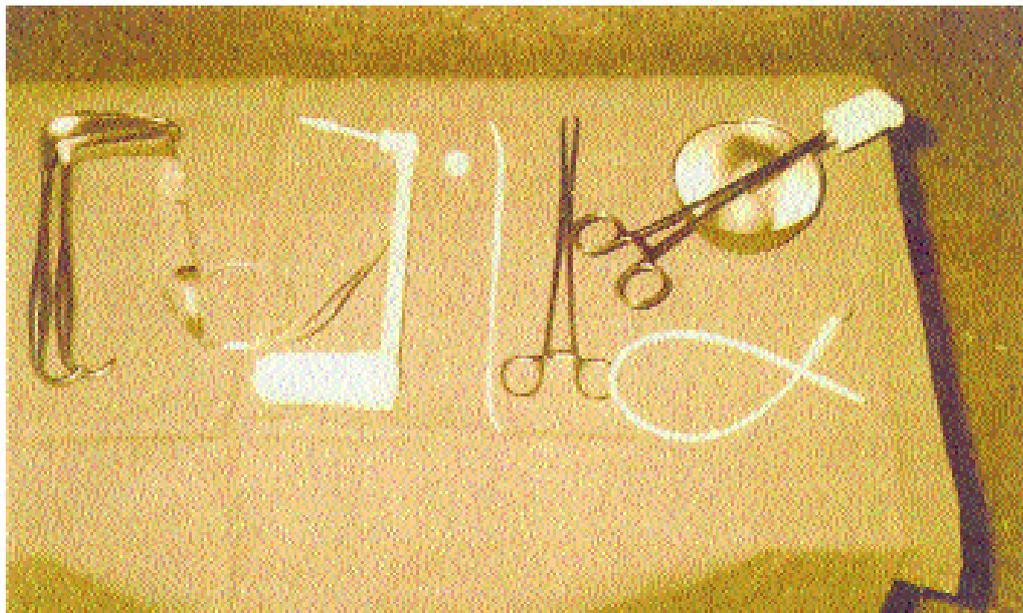
# INTERVENTI GINECOLOGICI PER VIA LAPAROSCOPICA



La paziente è posta in posizione litotomica.



Servitore preparato con strumentario per un intervento di celioscopia



Servitore per tempo vaginale in un intervento di celioscopia

Durante l'intervento la paziente viene accolta in sala quando tutto il materiale sterile è già stato preparato, una volta monitorizzata la paziente viene posta correttamente la piastra dell'elettrobisturi, e posizionato un accesso venoso, l'anestesista provvederà alla narcosi ed intubazione. A questo punto l'infermiere avrà preparato la paziente in posizione supina con le gambe abdotte senza superare l'angolo di 60°, questo per permettere un adeguato accesso vaginale. Vengono posizionati al letto operatorio degli appositi sostegni per le spalle, a livello dell'articolazione omero scapolare.

Questo per impedire alla paziente di scivolare durante la manovra di trendelenburg.

L'infermiere strumentista è il primo membro dell'équipe a vestirsi in modo sterile, per la preparazione dei materiali e successivamente per aiutare i chirurghi ad indossare i guanti e i camici sterilmente.

Si inizia con la disinfezione della cute della paziente con soluzione iodata (betadine ginecologico) delimitando il campo chirurgico, con una ampia disinfezione dell'addome del perineo, della vagina e delle gambe (disinfezione a calzoncino).

Viene posizionata la teleria sterile prima solo sulle gambe divaricate e ,introdotto il catetere ed il manipolatore, gli operatori eseguono il cambio dei guanti per passare al tempo pulito addominale.

Viene completato il campo con la teleria sterile e i membri dell'équipe operatoria si preparano all'intervento. L'infermiere di sala sposterà la colonnina degli apparecchi tra le gambe della paziente facendo attenzione a non inquinare il campo chirurgico. La strumentista servirà all'operatore un tampone per la disinfezione dell'ombelico e si procederà all'incisione con la lama da bisturi e l'introduzione dell'ago di Verres.

All'ago viene collegato il cavo per l'insufflazione della CO2, per la formazione del pnemoperitoneo. Per il corretto posizionamento dell'ago di Verres vengono eseguite dei test di sicurezza

- Visualizzazione di una pressione negativa sollevando l'addome,
- Aspirazione e iniezione di fluido attraverso l'ago
- Perdita dell'area di ottusità epatica.

A questo punto gli infermieri di sala collaborano con la strumentista nel completare i collegamenti con il cavo della fibra ottica, della telecamera e dell'aspirazione e del lavaggio, e il cavo per l'elettrocoagulazione.

La strumentista provvederà a rivestire la telecamera con un copri-telecamera sterile monouso e collegare la telecamera all'ottica e l'ottica al cavo di luce a fibre ottiche. laparoscopia e al cavo della fonte di luce e si effettua il bilanciamento del bianco.

Effettuato il pnemoperitoneo, si posiziona il trocar principale ombelicale da 10\12mm. Questo trocar viene posizionato alla cieca e per tanto potenziale cause di complicanze tra-

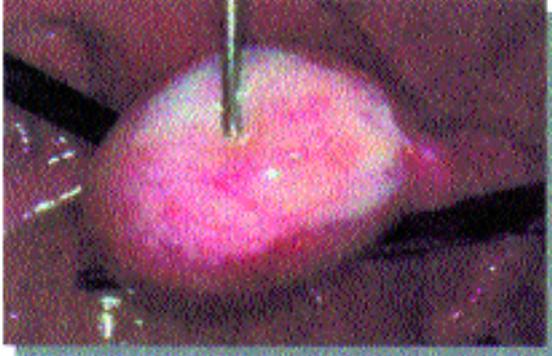
matiche a carico delle strutture addominali sottostanti. L'ombelico rappresenta la sede ottimale di introduzione in quanto offre la minor distanza tra la cute e la cavità peritoneale. Dopo l'introduzione del trocar principale si inserisce l'ottica correlata della telecamera.

In questo tempo si esegue l'esplorazione della cavità addominale con una panoramica su gli organi della pelvi, il fegato la milza e l'intestino. Prima di introdurre i trocar accessori la paziente viene posizionata in trendelenburg di 45° per permettere alla massa intestinale di non poggiare su gli organi della pelvi. Una volta introdotti i trocar accessori, si procede con le prove batteriologiche e citologiche del liquido peritoneale si esegue il controllo delle salpingi e si procede alla introduzione del blu di metilene attraverso il mobilizzatore uterino per testare la pervietà tubarica.

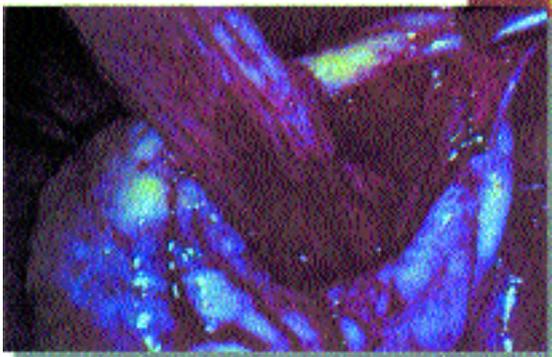
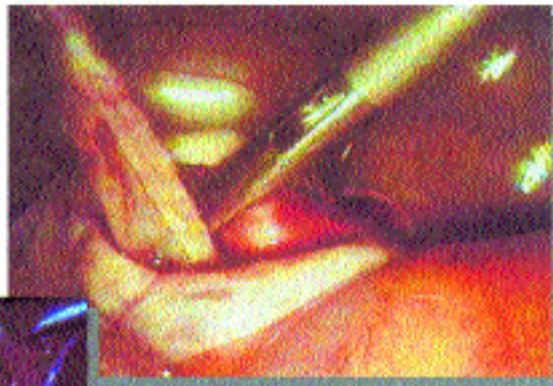
A questo punto si interviene sulla patologia tramite gli strumenti endoscopici.

- Se dall'esplorazione della cavità pelvica si tratta di una cisti, si provvederà ad aggredire la cisti con manovre di trazione e controtrazione di emostasi, cercando un adeguato piano di clivaggio evitando di rompere la cisti.
- Se si è in presenza di una cisti sierosa, o di una cisti dermoide, sarà necessario isolare la cisti all'interno di un sacchetto endoscopico (endopouch) per l'estrazione dalla cavità pelvica. Sarà necessario eseguire un prelievo del liquido intracistico, ed utilizzare delle accortezze particolari durante l'estrazione della cisti, sia questa di natura sierosa o dermoide. La strumentista preparerà un campo sterile supplementare, Durante la manovra di estrazione della cisti è bene provvedere all'aspirazione del materiale intracistico, per impedire una contaminazione del campo operatorio e della cavità peritoneale. Una volta estratta la ciste si provvederà alla rimozione del campetto supplementare e ad allontanare dal campo sia l'aspiratore che lo strumentari contaminato. Fondamentale il cambio dei guanti.
- In presenza di un mioma peduncolato o sottomurale, la difficoltà dell'intervento è strettamente collegata alle dimensioni del mioma stesso. Con manovre di trazione e controtrazione si procede allo scollamento e alla enucleazione del mioma dalla parete uterina con l'individuazione di un adeguato piano di clivaggio. Lo scollamento e la dissezione del mioma può avvenire tramite uno strumento ad ultrasuoni (ultracision). Il chirurgo provvederà alla sutura del corpo uterino utilizzando un porta-ago e uno spinginodo endoscopico e una pinza endoscopica per riprendere l'ago. Il materiale di sutura che viene usato è una sutura sintetica assorbibile monofilamento. L'estrazione del mioma viene resa possibile grazie al morcelletor.
- Particolare importanza invece assume la laparoscopia in presenza di una gravidanza ectopica. Si può eseguire sia un intervento conservativo quando, la gravidanza è al di fuori dell'ostio tubarico prossimale e permette una successiva rianastomosi della tuba dopo la rimozione del segmento tubarico contenente la gravidanza. In caso che la tuba sia particolarmente danneggiata o rotta si provvederà ad una salpingectomia. Questa tecnica prevede il posizionamento di endo loop (lacci preformati) a livello della posizione istmica della tuba e successiva coagulazione e sezione con le forbici elettrificate. È importante che tutto il materiale trofoblastico venga opportunamente asportato. L'intervento si conclude con un raschiamento uterino per via vaginale.

# cisti ovarica



Cisti ovarica



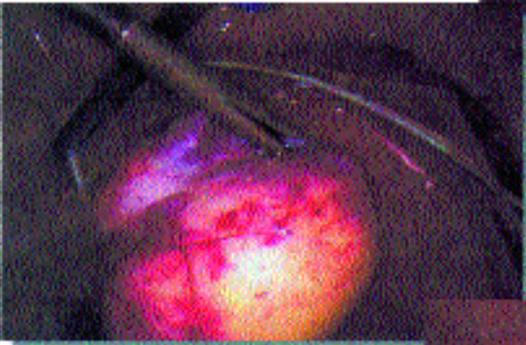
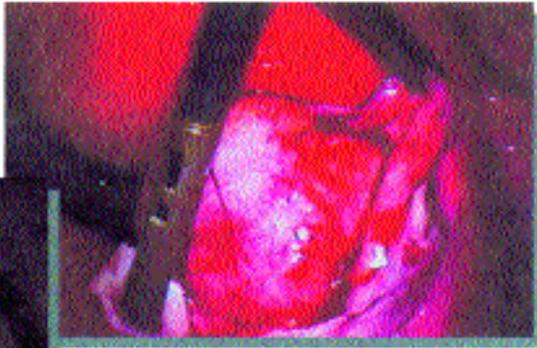
Stripping della capsula  
mediante movimento di  
contrazione

# cisti dermoide

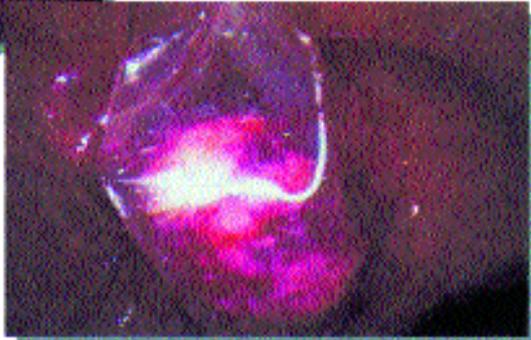


Incisione della capsula di una cisti dermoide, individuazione del piano di clivaggio mediante lavaggio a pressione

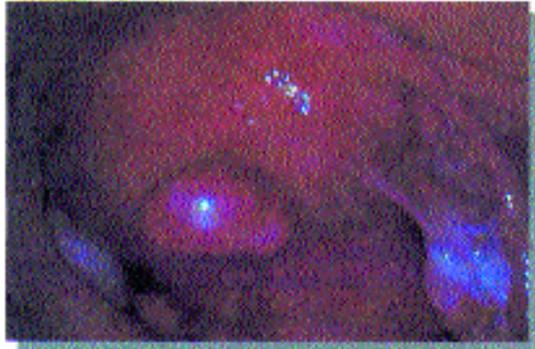
Enucleazione della cisti



Rimozione della cisti dermoide intatta attraverso un sacchetto endoscopico

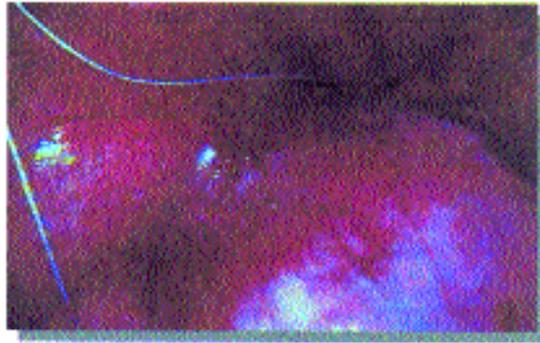


# miomectomia

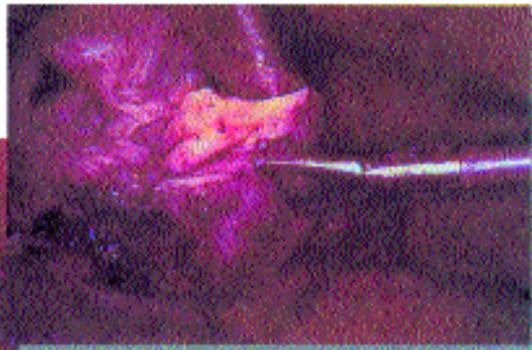
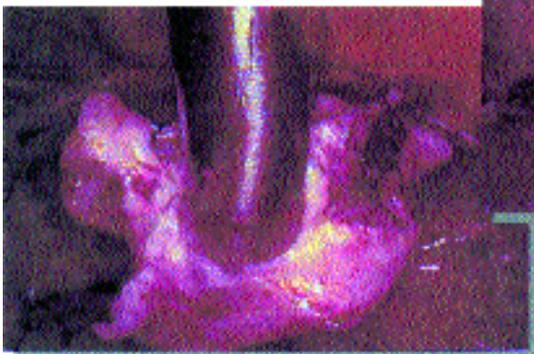


Mioma uterino

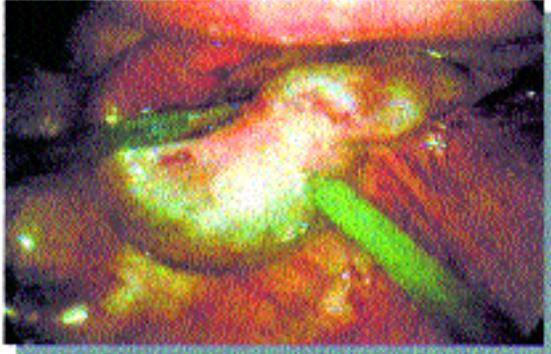
Applicazione di un endoloop



Rimozione del mioma mediante morcellator

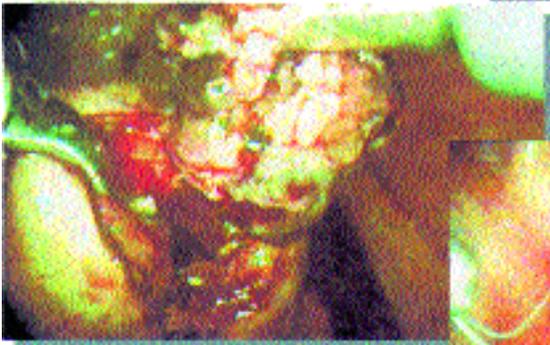


# gravidanza ectopica



Gravidanza tubarica:  
individuazione del punto  
d'incisione

Incisione con ago monopolare



Estrazione del materiale abortivo



Estrazione del materiale abortivo

Al termine di ogni intervento laparoscopico si procede alla sutura della incisioni addominali con dei punti di sutura con una sutura sintetica assorbibile intrecciata e per la cute un collante sintetico.

A termine dell'intervento la strumentista si occuperà del riordino dello strumentario e gli infermieri di sala dopo aver assistito il paziente provvederanno al riordino della sala e delle apparecchiature endoscopiche.

L'isteroscopia operativa è quella procedura endoscopica che permette di visualizzare ed operare all'interno della cavità uterina attraverso il canale cervicale.

Il personale infermieristico di sala dovrà provvedere al posizionamento della paziente nella posizione ginecologica, avvicinare la colonnina endoscopica e il liquido da infondere per dilatare la cavità da operare. il liquido utilizzato è una soluzione di glicina che sostituisce la fisiologica per la sua alta conducibilità elettrica. La pressione delle placche deve essere mantenuta costante durante tutto l'intervento

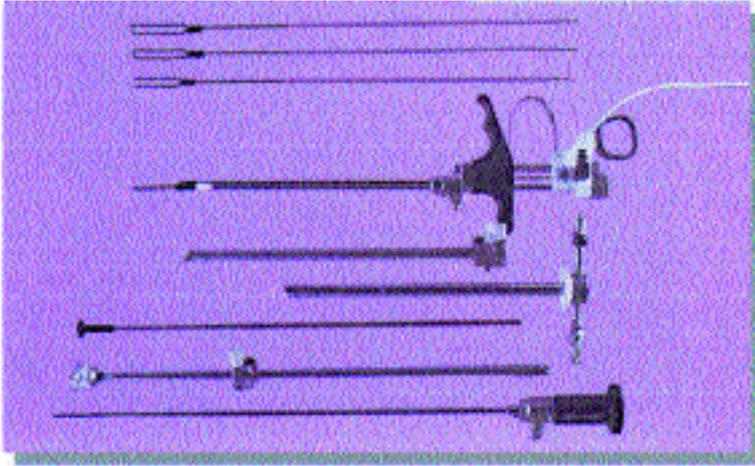
Lo strumentario necessario:

- 1 speculum
- 1 backaus
- 1 pinza lunga
- 2 Collins
- 2 Foster
- 1 set di Hegar
- 1 resettore operativa
- 1 ottica da 0°
- anse operative
- 1 tubo di scarico
- 1 cavo elettrico monopolare

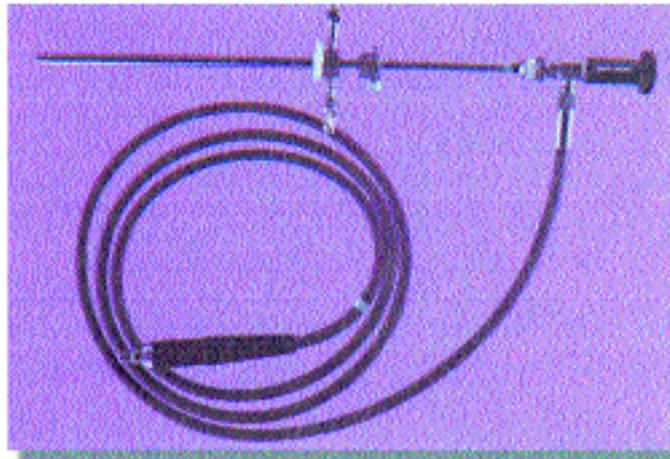
Questo non può essere considerato un intervento pulito, ma è compito della strumentista di controllare che venga mantenuta la massima asepsi almeno per quegli strumenti che vengono a contatto con la paziente.

Grazie a questa metodica si può intervenire direttamente su patologie come la poliposi del collo dell'utero o dell'endometrio, in presenza di miomi di modeste dimensioni, e per effettuare delle ablazioni dell'endometrio.

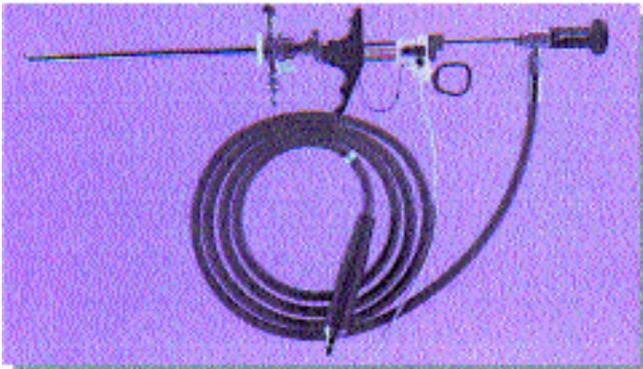
Durante l'intervento sarà compito dell'infermiere di sala di seguire il bilancio delle sacche di lavaggio che vengono infuse. Questo verrà comunicato sia all'operatore che all'anestesista per controllare l'eventuale assorbimento della soluzione intravasale.



Resettoscopio per isteroscopia



Resettoscopio: camicia esterna con camicia per l'ottica sulla quale è innestato il cavo a fibre ottiche



Resettoscopio: camicia interna impugnatura del resettoscopio con cavo per elettrocoagulatore inserito e ottica con cavo a fibre ottiche inserito

## Conclusioni

In questo nostro lavoro abbiamo voluto illustrare la complessità e la specificità dell'endoscopia operativa ginecologica.

Ci siamo soffermati sul discorso sia della collaborazione interprofessionale, che sulle tecniche specifiche dei vari interventi.

Ma è bene sottolineare che l'infermiere è una figura professionale, che vede come fulcro della sua professionalità la relazione di aiuto, la comunicazione e il soddisfacimento dei bisogni dell'utente. Questo maggiormente in un reparto operatorio dove la comunicazione con il paziente diviene fondamentale anche se i tempi sono molto limitati.

Ricordiamoci per tanto che l'infermiere di sala operatoria non deve diventare un semplice esecutore altamente specializzato ma deve collaborare, attivamente, con coscienza e competenza all'intervento focalizzando il paziente, e non solo l'organo da incidere.

## Strumentario per isteroscopia



## **RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI**

- SORBONAEDITRICE, S. FIOCCA, F. H. NETTER - FONDAMENTI DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICAE CHIRURGICA
- GOWER MEDICAL PUBLISHING, SIR ROY CALNE STEPHEN G. POLLARD - ATLANTE DI CHIRURGIA
- UTET - STRUMENTI CHIRURGICI
- ETHICON - MANUALE DELLE SUTURE E PRODOTTI SPECIALI
- GARRY & REICH - LAPAROSCOPICHY STERECTONOMY
- UTET- ASSISTENZA E TRATTAMENTO DEL PAZIENTE CHIRURGICO
- POLI - CHIRURGIA LAPAROSCOPICA IN GINECOLOGIA
- SIGO - CORSO DI CHIRURGIA GINECOLOGICA DI BASE; ROMA 16-21 NOVEMBRE 1997 OSPEDALE SAN CARLO DI NANCY, ROMA SYLLABUS



## **Prevenzione e trattamento delle complicanze: migliorare la “qualità della vita”. Il punto di vista dell’Infermiere.**

**Francesco Musti - Az. Osp. S. Filippo Neri - Roma**

L’esperienza professionale ventennale e l’esperienza con la vicinanza della malattia mi ha spinto, non appena mi fu proposta questa relazione, a elaborare delle riflessioni di carattere generale, quantunque inusuali in una relazione congressuale. Anche il titolo, che secondo me nasconde uno stimolo ad andare oltre l’elencazione di complicanze, procedure, protocolli, richiama ad una onesta riflessione su chi siamo e cosa proponiamo, come infermieri. Ho accettato questa sfida, e quella che era partita come relazione si è trasformata in una “riflessione” personale che vuole essere uno stimolo per poter essere dei “professionisti”, ovvero persone che si interrogano sul loro ruolo e sulle loro capacità all’interno di una istituzione e, più in generale, di una società complessa. Il punto di partenza per questa riflessione è stato il rovesciamento della successione prevista dal titolo. Sono partito dalla definizione di “qualità” per arrivare poi alla “qualità della vita” e alle sue implicazioni per la nostra professione.

L’analisi commerciale del concetto di qualità distingue tre tipi di qualità;

- Richiesta
- Attesa
- Latente

La qualità “richiesta” è quella determinata dagli standard relativi a chi riceve i beni prodotti.

Quindi determinata dalle richieste, comunque mediate, sia culturalmente che socialmente, dai membri di una collettività. Questa mediazione è determinata, come credo sia ovvio convenire, dalla individuazione di ruoli sociali e societari, quali ad esempio, i progressi scientifici in campo medico, pubblicizzati in maniera considerevole da Mass-Media.

La qualità “attesa” è quella determinata dalle aspettative di chi produce dei beni, e quindi determinata anche questa dai ruoli sociali e istituzionali. Essa si basa su norme professionali; norme che nella professione infermieristica “...sono fissate, in generale, dai responsabili riconosciuti della professione infermieristica; esse si basano sulle conoscenze attuali e sullo sviluppo socio-culturale della comunità e dell’epoca considerati”<sup>1</sup>. Un tipo di qualità molto subdola. Stabilire degli standard obiettivi scientificamente corretti e inattaccabili garantisce da qualsiasi contestazione; ma su questo tornerò più avanti. Un protocollo assistenziale appartiene a questo tipo di qualità. Permettetemi una prima riflessione: molto spesso chiediamo ad una qualità “attesa” di garantirci la soddisfazione del “cliente” senza mai preoccuparci di chiederla effettivamente allo stesso. A noi basta la coerenza scientifica interna del nostro operato. Esecuzione tecnica impeccabile uguale soddisfazione del “cliente”. Ma è proprio così?

---

<sup>1</sup> A. Jacquerye “Controllo di qualità dell’assistenza infermieristica”, p. 5.

Quante volte abbiamo sentito la frase “...l'intervento è tecnicamente riuscito, ma...”

La qualità “latente” è quella imprevedibile, ma più soddisfacente, perché è la qualità che non ci aspettiamo. La qualità latente è quel qualcosa in “più” che determina la soddisfazione di un bisogno latente non espresso.

Ci meravigliamo quando in un Ufficio Pubblico riusciamo a risolvere le nostre pratiche in poco tempo con operatori gentili e competenti. Eppure questa esperienza dovrebbe far parte, in termini aziendali, di quelle prestazioni caratterizzate da qualità “richiesta”. Ma le nostre aspettative, le nostre percezioni non sono la realtà, sono interpretazioni della realtà, e anche qui potremmo discutere all'infinito su cosa sia la realtà oggettiva e scientifica e cosa sia la realtà soggettiva, quella che ci permette di vivere, di interpretare noi in rapporto al mondo che ci circonda. Forse è solo questa la realtà a cui far riferimento. Non è quasi mai necessario fuori dai laboratori scientifici far riferimento al concetto di realtà oggettiva. Anche in un mondo che per definizione si considera “leggero”, come quello della canzone, può capitare di imbattersi in osservazioni del tipo “one man ceiling is another man floor” (P. Simon), “il soffitto di un uomo è il pavimento di un altro uomo. Quello che per me è positivo per un altro talvolta è negativo”.

La “qualità” è un concetto estremamente complesso, lo si deduce anche dagli studi eseguiti in campo commerciale. Innanzitutto è “una funzione del tempo”<sup>2</sup>, per cui si determina l'incapacità di seguire un “mercato” in continuo movimento da parte degli standard predefiniti. Basta riflettere sulla nostra vita. Il passato il presente e il futuro sono costruiti molto utili per il nostro vissuto e per dare un filo logico alla nostra esistenza, ma se si osserva con un minimo di distacco ci si rende conto che non siamo più quello che eravamo e non siamo ancora quello che saremo. Questa concezione è tipica delle filosofie orientali e in particolare dello Zen per cui la consapevolezza della propria vita si ha solo nel presente, come l'immagine del fiume; ora scorre, non è mai lo stesso e l'acqua che tocco con la mano non è né sorgente né mare anche se lo è stata e lo sarà. La vita scorre e stabilire a priori quelle che saranno le nostre esigenze, i nostri bisogni è sicuramente una scommessa. F. Perls (1893-1970), lo psicoterapeuta fondatore della Terapia della Gestalt, si basava su pochi concetti fondamentali nello sviluppo della sua terapia. Tra questi quello che mi sembra importante ricordare è il ruolo riconosciuto al lavoro terapeutico basato sul concetto di “QUI e ORA”. La nostra tendenza è quella di non soffermarci sull'attimo “fuggente” che viene vissuto ma su eventi precedenti e seguenti. Questo per affermare che la ricerca del benessere viene tradotta molte volte dal ricordo o immaginata nelle aspettative. Se un individuo che ha avuto esperienze negative in ambiente ospedaliero si trova per caso in un'altra realtà ospedaliera, pur non ricordando le esperienze passate avrà un atteggiamento negativo nei confronti della nuova realtà, così come chi si aspetta da una struttura ospedaliera un tipo di trattamento positivo, e al contrario si ritrova in una situazione negativa, viene a trovarsi in un conflitto percettivo. Sicuramente il contributo dato dalla cosiddetta standardizzazione delle procedure, ovvero la produzione e l'uso di protocolli assistenziali, ci permette di garantire standard di un certo livello a tutti i fruitori di servizi e prestazioni assistenziali. Ma rimaniamo nell'ambito puramente tecnico. Nessuno ci garantisce che oltre l'applicazione di principi scientifici, che garantiscono ovviamente sicurezza e professionalità al paziente, ci sia anche soddisfazione da parte dello stesso. Come professionisti quante volte abbiamo incontrato nelle

---

<sup>2</sup> A. Galgano “La qualità Totale. Il C.W.Q.C. come nuovo sistema manageriale”. p. 27.

nostre letture o abbiamo sentito la definizione del concetto di “salute”: ma quante volte abbiamo riflettuto sul significato di quella sequenza logica di parole? Le cose, i concetti, le azioni hanno importanza per il significato che gli diamo, soprattutto a livello personale. Ritengo che parlare di salute, malattia, qualità della vita sia un processo che implichi necessariamente una riflessione personale e non possa limitarsi a una definizione didattica. Ognuno di noi ha avuto le proprie esperienze di dolore, malattia, lutto, abbandono, solitudine, e anche se le esperienze negative sembrano non far parte del nostro quotidiano, noi le portiamo con noi. Sono sempre lì, pronte ad affacciarsi nella nostra vita. Nelle illusioni che ci creiamo anche per l’influenza sociale e culturale la medicina, e in particolare la medicina d’azione e cioè la chirurgia, ha un posto speciale. Chi non ha in cuore suo la speranza di allontanare la sofferenza ineluttabile di ogni essere vivente. La medicina a livello simbolico fa parte di questo gioco. Gli operatori sanitari, lo possiamo notare sulla nostra esperienza umana, sono quelli più afflitti da una sorta di ambiguità, poiché conoscono la realtà della malattia. Sono i primi ad allarmarsi per qualsiasi disturbo, pensano subito a patologie apocalittiche, sanno scegliere i più bravi operatori presenti ma sono anche attenti a mascherare il loro disagio profondo. Molto spesso si trascinano patologie serie nascondendole anche a se stessi. Inoltre da una riflessione del genere discende la consapevolezza che la medicina, e più in particolare la chirurgia, sono branche del sapere che mentre si occupano di demolire, riparare e sostituire la natura stessa, in realtà finiscono per rincorrere sempre la natura, e questo in quello che J. Monod definisce “illusione antropocentrica”<sup>3</sup>. L’uomo al centro della sfera biologica, l’uomo dominatore della realtà, della vita e perché no anche della morte. Infatti, come fa notare P. Ariès, si è passati dal detto medievale “Mors certa, hora incerta” alla mediatica affermazione nei centri di cure intensive di “Hora certa, sed tacita”<sup>4</sup>. La capacità della scienza medica di produrre danni, che noi in maniera più asettica definiamo “complicanze”, viene espressa in modo eccellente da I. Illich<sup>5</sup> per cui la medicina ha di per sé una “iatrogenicità” implicita. La malattia iatrogena viene definita come causata da “...stati morbosi che, se non si fosse applicata la corretta terapia prescritta dalle norme professionali non sarebbero insorti”<sup>6</sup>. Inoltre la malattia iatrogena assume, nel nostro contesto socio-culturale, una connotazione spersonalizzata, che evita domande e accertamenti imbarazzanti per gli operatori. Illich afferma: “La sofferenza e l’infermità inflitte dai medici hanno sempre fatto parte della pratica medica. L’insensibilità professionistica, la negligenza e la mera incompetenza sono forme di malapratica antiche come il mondo. Ma da quando il medico ha cessato di essere un artigiano che esercitava un’arte su individui che conosceva di persona ed è diventato un tecnico che applica regole scientifiche a classi di pazienti, la malapratica ha assunto un carattere anonimo, quasi rispettabile.[...] Nella complessa tecnologia di un ospedale la negligenza diventa ‘casuale errore umano’ o ‘avaria del sistema’, l’insensibilità ‘distacco scientifico’ e l’imperizia ‘mancanza di attrezzature specializzate’. La spersonalizzazione della diagnosi e della terapia ha cambiato la malapratica da problema etico a problema tecnico”<sup>7</sup>. A conferma della sua tesi, riferendosi alla situazione americana degli anni ’70, Illich

---

<sup>3</sup> J. Monod “Il Caso e la necessità” p. XII.

<sup>4</sup> Ph. Ariès “Storia della morte in occidente”, p. 242-243.

<sup>5</sup> I. Illich “Nemesi medica, L’espropriazione della salute”, Ed. RED, Como, 1991.

<sup>6</sup> I. Illich op. cit. pag. 27.

<sup>7</sup> I. Illich op. cit. pag. 28.

continua: “negli ospedali si registrano in proporzione più incidenti che in qualunque branca dell’industria tranne le miniere e l’edilizia di grande elevazione.[...] non c’è da stupirsi che l’industria della salute cerchi di scaricare sulla vittima la colpa del danno causato, e che il bollettino di una società farmaceutica multinazionale racconti ai suoi lettori che ‘la malattia iatrogena è quasi sempre di origine nevrotica’”.<sup>8</sup> Soffermandoci un momento sulle affermazioni di Illich, anche se sicuramente estreme, non possiamo non essere colpiti dalle sue conclusioni sul mito delle cure mediche: “Le malattie infettive dominanti all’inizio dell’era industriale - sostiene - illustrano in che modo la medicina si è fatta la sua reputazione. la tubercolosi, per esempio, raggiunse una punta massima nel corso di due generazioni. A New York, nel 1812, il tasso di mortalità era stimato superiore a 700 su 10.000, entro il 1882, quando Koch cominciava a isolare e coltivare il bacillo, era già calato a 370 su 10.000. Si era ridotto a 180 quando nel 1910 venne inaugurato il primo sanatorio, benché il ‘mal sottile’ figurasse ancora al secondo posto fra le cause di decesso. subito dopo la seconda guerra mondiale, quando cioè gli antibiotici non erano ancora diventati di uso comune, la mortalità per la tubercolosi era scesa all’undicesimo posto con un tasso di 48”.<sup>9</sup> A questo punto si impone una riflessione sul mito della scienza. In questo ci aiuta l’evoluzione di alcuni settori scientifici, in particolare delle cosiddette scienze esatte. G. Bateson a proposito della mitizzazione della scienza spiega il suo ambito più corretto: “La scienza, come metodo di percezione, così come ogni altro metodo di percezione, ha una capacità limitata di raccogliere i segni esteriori e visibili di ciò che può essere la verità. La scienza non prova, esplora”.<sup>10</sup> Ed inoltre: “Secondo l’immagine popolare della scienza, tutto è, per principio, prevedibile e controllabile [...] Questa opinione è errata, non soltanto nei particolari, ma anche nel principio..[...] Parrà strano ma quanto più precisi sono i metodi di laboratorio, tanto più imprevedibili diventano gli eventi”.<sup>11</sup>

A questo punto, dopo aver analizzato gli aspetti relativi al rapporto tra scienza medica e umanità, veniamo al punto che riguarda la professione infermieristica: neanche gli infermieri sono esenti da una sorta di scientismo, indotto dall’aderenza meccanica alle conoscenze scientifiche, che se da una parte migliorano gli aspetti tecnici delle cure, dall’altra non tengono presente quello che Illich definisce come “iatrogenicità di terzo livello” ovvero la riduzione della capacità di autocura da parte dell’individuo, per cui “... le professioni sanitarie [...] distruggono la capacità potenziale dell’individuo di far fronte in modo personale e autonomo alla propria umana debolezza, vulnerabilità e unicità”.<sup>12</sup> Secondo me la dicotomia fra iatrogenicità e rispetto dell’individuo o qualità della vita può essere affrontata riappropriandosi della capacità di riflettere sulle proprie azioni. La capacità di riflettere sul proprio lavoro, sulle proprie motivazioni sono momenti professionali che forse mancano alla nostra professione, e la carenza è sia individuale che, diciamo, “di categoria”. Questo non le consente di acquisire quel livello di consapevolezza indispensabile per effettuare quel salto di qualità che

---

<sup>9</sup> I. Illich op. cit. pag. 22.

<sup>10</sup> G.Bateson p. 47.

<sup>10</sup> G.Bateson p. 47.

<sup>11</sup> G.Bateson p. 61.

<sup>12</sup> I. Illich op. cit. pag. 31.

un lavoro i cura meriterebbe. L'uniformità a principi tecnici e scientifici non può essere, come già esposto, una giustificazione, anche perché, come afferma Bateson, la scienza ci permette di "...conoscere la cosa generale, ma è la cosa specifica che ci sfugge".<sup>13</sup> Come negare che l'essenza dell'essere umano è proprio nella sua specificità e unicità? Per quanto possiamo cercare di generalizzare, non riusciremo mai a spiegare il comportamento di un uomo. In quest'ottica non possiamo definire un concetto di qualità della vita se non lo modelliamo su un individuo specifico. L'unicità di ogni essere umano è presente in ogni momento della sua vita, e quindi anche nella malattia. Anche noi operatori sanitari dobbiamo essere consapevoli che il rapporto terapeutico si basa su ruoli socialmente determinati, ma in ultima analisi, e forse nell'aspetto determinante, sui rapporti personali: siamo noi e i cosiddetti "pazienti". Un rapporto umano corretto si basa direttamente su una messa in comune della propria umanità, nell'assunzione di atteggiamenti soggettivi necessari all'operatore stesso quali "eupatia" - ovvero responsabilità, autocontrollo, recettività, disponibilità e consapevolezza - e "empatia" - cioè comprensione e partecipazione -. In ultima analisi è necessario determinare una responsabilità morale all'interno del rapporto stesso. L'individuo, sia esso malato, bisognoso di cure, o l'individuo che svolge un ruolo professionale di cura, mettono in gioco la loro stessa unicità. È qui che si gioca la partita della cura. Gli eventi della vita ci portano inevitabilmente a svolgere molti ruoli, l'elemento costante rimane la nostra individualità.

Anche la teoria della relatività e più in generale la fisica dello spazio con le loro riflessioni ci conducono ineludibilmente all'analisi di quelle che vengono definite come "singolarità". Il punto cruciale di un "buco nero", il punto di non ritorno, il punto in cui si incontrano due mondi gravitazionali, appunto una singolarità. Ritengo che lo sforzo che la professione deve svolgere sia quello di sviluppare la coscienza dei propri professionisti in modo da garantire una capacità di risposta modulata alle singole situazioni tecnico-assistenziali e a ogni singolo paziente. Questo non può passare senza una profonda riflessione sulle motivazioni che spingono ognuno di noi a offrire la sua opera per alleviare il dolore. Tutte le ideologie, anche quelle scientifiche, vengono travolte dal tempo; solo le risposte che implicano una scelta e una responsabilità personale varcano la prova del tempo. Il concetto di responsabilità deve essere comune sia agli operatori sanitari che ai pazienti stessi in quanto la responsabilità che a loro si richiede è quella di essere in grado di gestire, con il nostro aiuto, la propria salute e la propria vita. Gli interventi medico-chirurgici possono aiutare l'individuo a migliorare la propria situazione ma comunque modificano inevitabilmente la vita di un individuo. Terapie pesanti e prolungate, interventi menomanti, controlli continui. Se il nostro ruolo si limita all'applicazione, quantunque corretta, di protocolli e procedure predeterminati, allora corriamo il rischio di non rispondere a una delle attese dei nostri pazienti, che è un'attesa non esplicitata ma che sappiamo per esperienza quanto mai reale, quella di una richiesta di "com-passione", cioè di una vicinanza e una disponibilità umana.

---

<sup>13</sup> G.Bateson p. 62.

## BIBLIOGRAFIA

- P. Ariès “Storia della morte in occidente” BUR, Milano, 1978  
G. Bateson “Mente e natura”, Adelphi, Milano, 1984  
K. Campbell “Il corpo e la mente” Armando, Roma, 1976  
M. Foucault “Nascita della clinica. Il ruolo della medicina nella costituzione delle scienze umane”, Einaudi, Torino, 1969  
A. Galgano “La qualità totale. Il company-Wide Quality Control come nuovo sistema manageriale”, Il Sole 24 ore, Milano, 1990  
M. D. Grmek Ed. “Storia del pensiero medico occidentale” 3 Vol. Laterza, Bari, 1993  
I. Illich “Nemesi medica. L’appropriazione della salute” RED, Como, 1991  
A. Jacquerey “Controllo di qualità dell’assistenza infermieristica”, USES, Firenze, 1987  
J. Monod “Il caso e la necessità” Mondadori, Milano, 1970  
F. S. Perls “La terapia gestaltica parola per parola”, Astrolabio, Roma, 1980  
H. Reeves, “L’evoluzione cosmica”, Feltrinelli, Milano, 1982  
J. S. Stettbacher “Perché la sofferenza. Il salutare incontro con la propria storia personale” Garzanti, Milano, 1991  
P. Watzlawick “La realtà della realtà. Comunicazione - disinformazione - confusione” Astrolabio, Roma, 1976

# **LE NUOVE STRATEGIE AZIENDALI NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE STOMIZZATO QUALE RUOLO PER L'INFERMIERE PROFESSIONALE?**

**AUTORI: Silvia Fusetti e Gabriele Rastelli**

Nel XVIII secolo ogni aiuto sanitario proveniva dalla famiglia, da amici o da medici generici che tentavano rimedi o cure senza basi scientifiche.

Questo avveniva poiché la gestione dell'assistenza ai malati non era organizzata.

Con l'evoluzione del sistema sanitario e l'influenza delle scoperte scientifiche e tecnologiche, con i conseguenti cambiamenti della società si sono determinati forti input nell'infermieristica.

La stessa immagine del nursing all'esterno ha avuto una concettualizzazione diversificata rispetto alla tradizione che vedeva infermiera una giovinetta di buona famiglia con la vocazione..“quasi congenita” all'assistenza ai sofferenti, anche senza professionalità o rigore comportamentale scientifico.

Attualmente sia la vicinanza del terzo millennio che la legge in vigore finalmente annoverante il profilo infermieristico tra i professionisti della salute, in piena autonomia e responsabilità professionistica per gli atti compresi nell'essere infermiere... tutto ciò ha permesso un balzo in avanti del gruppo.

L'infermieristica desidera affermarsi come pool professionistico di persone che accettano il confronto con la realtà circostante e la sfida del miglioramento continuo delle proprie competenze e conoscenze.

Ora siamo in un mondo che pretende competitività e produttività dimostrabile e richiede anche capacità nel marketing.

La definizione del marketing implica la vendita di un prodotto e per noi quella della salute per i cittadini bisognosi di assistenza riabilitativa.

Ci dobbiamo allenare in nuove scienze per sopravvivere ed essere considerati a livello apicale e decisionale. Il futuro del dipartimento infermieristico è strettamente collegato a quello di tutta l'organizzazione e l'utilità dei servizi offerti dal marketing va compresa nel bagaglio del manager infermiere.

- > Caratteristiche dell'Azienda;
- > Servizi offerti;
- > Previsione di personale che assicuri i servizi.

## **Elementi fondamentali per l'efficacia aziendale da proporre.**

L'infermiere ha pertanto il dovere di rendere visibile e misurabile il proprio operato ed aprirsi a nuove visioni relazionali nella quotidianità del suo lavoro.

L'aziendalizzazione in atto ha introdotto molti strumenti gestionali, tra i quali spiccano la

gestione per budget, la contabilità per centri di costo e l'utilizzo di indicatori di efficacia-efficenza che rappresentano il passaggio dalla burocratizzazione al management.

Parlando di management non possiamo trascurare il MANAGER e ciò che egli deve rappresentare ed attuare nell'azienda che dirige ed amministra:

1. Il Responsabile della propria unità, SEMPRE;
2. Colui che trasmette i dettami della stessa UNITA' ;
3. Chi controlla e pretende il livello di capacità del singolo dipendente prima di responsabilizzarlo in un qualsiasi lavoro;
4. Chi conosce e rispetta i diritti degli esseri umani;
5. Chi delega senza però trascurare o abbandonare;
6. Chi responsabilizza ognuno per ogni attività prodotta;
7. Chi attiva e mantiene un gruppo di lavoro forte e gratificante per il singolo.

Il percorso di miglioramento deve portare all'efficacia ed alla pianificazione di obiettivi congrui ed accettati dal team che va progettato con elementi di varie professioni e senza atteggiamenti gerarchici al suo interno.

Il management deve considerare le fasi gestionali ed operative con la messa in comune di idee, mezzi e risorse disponibili.

Spesso l'assenza di qualità nei servizi è causata da un livello comunicativo inesistente o inefficace, da atteggiamenti gerarchici di capi ormai superati che disconoscono sentimenti, pensieri e volontà dei loro subordinati, ottenendone puntualmente in cambio mancanza di collaborazione ed iniziative, lassismo comportamentale ed aggressività più o meno espressa.

L'interazione ed integrazione con gli altri assicura invece un successo forse inaspettato da molti.

La massimizzazione qualitativa dei servizi è certamente prodotto di coesione e collaborazione nelle équipes. Si lavora meglio, in un ambiente favorevole e con meno dispendio di forze, energie e costi. La sana competizione tra vari settori offre una qualità maggiore percepita dai fruitori in modo spontaneo e naturale.

Il sistema di misurazione dell'attività svolta rappresenta anche in campo stomaterapico un primo passo verso il miglioramento metodologico dell'assistenza infermieristica, utilizzando al meglio lo stesso sistema DRG vigente in Italia che prevede il finanziamento legato alla produzione resa e che permette di avere un notevole supporto nell'attività valutativa e decisionale dei manager.

Infatti gli indicatori previsti danno significative risposte agli organizzatori delle attività e consentono la realizzazione degli obiettivi concordati nelle fasi precedenti.

Un inserimento delle prestazioni infermieristiche stomaterapiche nei DRG ha già reso un servizio positivo alle Aziende dove ciò è stato applicato, testimoniando e testando il risparmio economico e di risorse realizzato affidando al gruppo infermieristico il riscontro e la gestione delle prestazioni proprie del nursing specialistico.

Le nuove strategie aziendali prevedono quindi un contenimento dei costi ma allo stesso tempo una qualità dei servizi volta al miglioramento ed adeguamento continuo. Si prevede e contempla l'apporto dell'infermiere nelle varie fasi e non può permettere la delega ad altri della segnalazione e riscontro dell'ambito di attività e del carico di lavoro proprio dello stesso infermiere.

Ne conseguono grandi novità per la gestione dello stomizzato, correlate all'ingegno degli stomaterapisti che non possono perdere il treno della loro crescita di immagine all'esterno.

- ✓ Quali vette da raggiungere?
- ✓ Quali strategie adottare per migliorare la nostra posizione?
- ✓ Quali spazi culturali da colmare?
- ✓ Quali collaborazioni stabilire per uno spazio di rilievo ed attenzione?

### **RUOLO DELL'INFERMIERE PER UNAMODIFICAGESTIONALE**

- Partecipazione attiva alla programmazione ed alla codifica prestazionale
- Partnership con aziende produttrici di presidi e con altri professionisti inseriti nelle commissioni di gara per forniture di prodotti
- Inserimento nei tavoli contrattuali come rappresentanza di categoria, al fine di favorire aggiornamenti e spazi di effettiva autonomia.

### **RUOLO DELL'INFERMIERE PROFESSIONALE STOMATERAPISTA**

1. Perseguire un coordinamento infermieristico per la riabilitazione di stomizzati ed incontinenti o portatori di fistole esterne e lesioni da decubito;
2. Ottenere la delibera istituzionale dei Centri designati a seguire tali persone dopo la dimissione dai reparti chirurgici;
3. Tendere al miglioramento qualitativo dei Servizi esterni ed interni;
4. Favorire l'interazione con altre strutture e con il territorio per scambi di conoscenze e procedure.

### **CONCLUSIONI**

L'evoluzione continua della sanità non permette stasi ed attese: l'infermiere deve essere pronto a rimettersi in discussione e ad uniformare la propria cultura a quella del momento. Creiamo dunque insieme il manager infermiere per il terzo millennio!

Finito di stampare nel mese di aprile 1999

---

**Tipografia Gemmagraf s.n.c.**  
Lungotevere Prati, 16 - 00193 Roma  
Tel. 06 687 98 67 - Fax 06 687 52 70