

Dall'esame di quanto appena sostenuto appare chiaro come, da un lato, non si potrà mai affermare l'avvenuto compimento di un'attività materiale, ovvero il mancato compimento della medesima, in presenza di differente attestazione in cartella e, dall'altro, che va a detrimento del sanitario ciò che pur potendosi evincere dalla cartella non vi risulta perché non annotato: la garanzia del vero sino a querela di falso spetta insomma a quelle attività che contengono l'esigenza di documentabilità in quanto altrimenti non sarà possibile effettuare una loro ricostruzione.

Un esempio delle logiche con cui si procede all'accertamento delle responsabilità può essere fornito dal caso di richiesta di risarcimento danni per il posizionamento di un catetere venoso periferico sull'arto superiore che ha determinato fuoruscita di liquido e insorgenza di linfedema causativo di impotenza funzionale dello stesso. In giudizio verrà evidenziata la non attuazione delle norme di buona pratica infermieristica rispetto al posizionamento dei cateteri venosi. Un'ipotesi è quella che gli infermieri, sentiti verbalmente, dichiarino di aver applicato le prestazioni del caso (posizionamento in scarico dell'arto e applicazione di un trattamento topico), ma di non averlo riportato ritenendolo un intervento di routine, assolutamente scontato di fronte ad un'evenienza del genere, e quindi non meritevole di nota sulla documentazione assistenziale.

In sede di giudizio civile instaurato per ottenere il risarcimento dei danni causati, l'accertamento avrà per oggetto sia il carattere routinario, sia il carattere di media difficoltà dell'intervento. In base all'ultimo orientamento (Cassazione civile, sez. 3, sentenza n. 11316 del 21 luglio 2003), compete infatti al sanitario provare, tutte le volte che il caso affidatogli non sia di particolare complessità, che l'insuccesso del suo intervento è stato incolpevole e non al paziente dimostrarne la colpa. Ma, se nel diario fossero stati annotati i vari passaggi dell'assistenza comprendenti le eventuali complicanze, la loro valenza probatoria sarebbe ben differente.

Chiarito che la documentazione infermieristica è un "di cui" della cartella clinica, al pari delle altre diverse documentazioni degli altri professionisti sanitari, rimane da precisare il ruolo degli operatori di supporto.

Riprendendo l'ultimo comma dell'art. 358 del Codice penale, si evince come le arti ausiliarie delle professioni sanitarie, tra cui è plausibile collocare il personale di supporto, non rientrano nella disciplina giuridica degli incaricati di pubblico servizio: "...sono incaricati di un pubblico servizio coloro i quali, a qualunque titolo, prestano un pubblico servizio. Per pubblico servizio deve intendersi un'attività disciplinata nelle stesse forme della pubblica funzione, ... con esclusione

dello svolgimento di semplici mansioni di ordine e della prestazione di operamente materiale".

Quindi, se da un lato è sostenibile che gli operatori di supporto non sono incaricati di pubblico servizio e che, di conseguenza, quello che compilano non è un atto pubblico, dall'altro, in ragione del ruolo che ricoprono nelle strutture sanitarie e della normativa che definisce le responsabilità della professione infermieristica, si può desumere che alla prescrizione infermieristica di un intervento debba sempre seguire la registrazione dell'avvenuta esecuzione da parte dell'operatore. Tale registrazione può ragionevolmente essere prevista in apposite schede di lavoro predisposte dall'infermiere e inserite nella documentazione infermieristica, previo controllo e vidimazione dell'infermiere da intendersi come supervisore rispetto all'esecuzione e alla plausibilità dell'intervento, non certo a conferma della veridicità di quanto attestato.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

Benci L. *Manuale giuridico-professionale per l'esercizio del Nursing*, McGraw-Hill, Milano, 2000.

Casati M. *La documentazione infermieristica*, McGraw-Hill, Milano, 2005.

Lusignani M, Mangiacavalli B, Casati M. *Infermieristica generale e organizzazione della professione*, Masson, Milano, 2003.

Raimondi S. Appunti del modulo "Organizzazione ed economia delle aziende sanitarie". Corso per direttori di struttura complessa di area ospedaliera, Scuola di direzione in Sanità e Università Bicocca, marzo 2006.

Regione Lombardia. Direzione generale Sanità. *Manuale della cartella clinica*, 2000.

Riva A, Marena C, Vlacos D. *Linee-guida per la gestione della cartella clinica*, Torchio de Ricci, Pavia, 2000.

Rodriguez D, Aprile A. *Medicina legale per infermieri*, Carocci Faber, Roma, 2004.

• "L'infermiere in Centro Grandi Ustionati"

Silvia Nicolini*,
Gloria Caminati**,
Cristina Fabbri***

***Infermiere Case Manager - Centro Grandi Ustioni AUSL di Cesena**

****Coordinatore infermieristico Centro Grandi Ustioni di Cesena**

*****Responsabile infermieristico Dipartimento Emergenza Direzione Servizio infermieristico e tecnico AUSL di Cesena**

Gli innumerevoli cambiamenti (legislativi, culturali, formativi) avvenuti nella professione infermieristica nell'ultimo decennio, hanno avuto una ripercussione positiva anche sul ruolo dell'infermiere del Centro Grandi Ustionati, ove

è divenuto a pieno titolo un componente dello staff insostituibile, autorevole e con un suo specifico ruolo nella presa in carico globale del paziente.

Certamente l'infermiere è, per definizione e per specifico professionale, un professionista sanitario che ricopre un ruolo fondamentale all'interno del processo di cura, le cui funzioni devono essere riconoscibili e insostituibili, con capacità organizzative e gestionali, con responsabilità e autonomia proprie, in grado di operare al fianco di altri operatori sanitari, in équipe, verso un'unica direzione: la salute dell'uomo malato o sano.

L'infermiere che garantisce assistenza in Centro Grandi Ustionati è colui che pianifica l'assistenza infermieristica in un'area definita dell'emergenza-urgenza, valuta lo stato di criticità del paziente e stabilisce le priorità assistenziali collaborando con l'équipe multiprofessionale. Altri elementi indispensabili come le capacità relazionali, di decisione e di cooperazione distinguono l'infermiere che lavora in Centro Grandi Ustioni da altri ambiti assistenziali.

Se l'implementazione e il consolidamento dell'*expertise* infermieristica sono stati i primi elementi presidiati in Centro Grandi Ustionati, non si è potuto prescindere dalla modulazione del modello organizzativo in base alla complessità assistenziale. Infatti, già nell'anno 2000 si è affrontato il difficile passaggio da un modello organizzativo funzionale di tipo tecnico ad un modello organizzativo di tipo professionale a sostegno dell'articolato processo assistenziale, che però ha necessitato di un adeguamento al contesto organizzativo, ovvero la creazione di un gruppo di infermieri altamente specializzati dedicati esclusivamente alla medicazione del paziente ustionato.

Da quella che era una classica organizzazione per compiti si è quindi maturata la volontà di consolidare un modello organizzativo di tipo professionale con l'infermiere responsabile di modulo, al fine di garantire la continuità del processo assistenziale dei singoli pazienti e di garantire prestazioni fra loro coordinate, anche a supporto dell'alto livello motivazionale esistente. L'ulteriore progresso che recentemente è stato avviato, ha previsto una partecipazione attiva dell'infermiere alla pianificazione dell'assistenza e ai processi decisionali, attraverso la costruzione e l'utilizzo della scheda di pianificazione assistenziale, e quindi la creazione di una vera cartella infermieristica, con la conseguente istituzione della figura dell'infermiere *case manager*, a supporto del nuovo percorso organizzativo.

È percorrendo il profilo professionale, in ogni sua declinazione, che risulta evidente come l'infermiere che opera all'interno del Centro Grandi Ustionati sia impegnato e coinvolto in ogni ambito professionale:

- identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi anche di educazione e addestramento del paziente e della famiglia stessa;
- pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico anche di natura riabilitativa, per poter garantire, in assenza del fisioterapista, la continuità della riabilitazione, garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;
- agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali, tramite momenti codificati (*debriefing*) in cui l'équipe (infermiere di modulo, case manager, fisioterapista, psicologo e medico) definiscono problemi assistenziali e i relativi obiettivi per ogni singolo paziente;
- per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto, che al Centro Grandi Ustionati è identificato nella figura di un OSS adibito alle attività di supporto per il processo di sterilizzazione (decontaminazione, confezionamento e invio del materiale da sterilizzare) e attività di riordino;
- contribuisce alla formazione del personale di supporto, garantisce l'attività di tutoraggio agli studenti del corso di laurea in infermieristica e agli studenti iscritti al master di area critica, concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca con la responsabilità di aggiornare la propria pratica clinica sulla base delle migliori evidenze cliniche.

Nello specifico si descrivono di seguito le diverse attività di ogni operatore inserito al Centro Grandi Ustionati, al fine di comprenderne lo specifico professionale.

INFERMIERE DEDICATO ALL'ATTIVITÀ DI MEDICAZIONE (ORE 8.00-14.00 / 14.00-20.00):

- garantisce la sedo-analgesia del paziente ustionato in virtù delle prescrizioni mediche e della valutazione del paziente nel momento preso in esame;
- garantisce il soddisfacimento del bisogno di igiene (parziale o totale) nel grande ustionato;
- garantisce il soddisfacimento del bisogno di igiene (parziale o totale) nei pazienti restanti in collaborazione con le figure di supporto e con l'infermiere referente di modulo;
- garantisce la gestione del processo di medicazione di tutti i pazienti afferenti al proprio modulo;
- garantisce l'esecuzione della balneazione del paziente su indicazione dell'équipe;
- garantisce il processo di disinfezione, sterilizzazione dei ferri chirurgici e

del materiale necessario per la medicazione avvalendosi anche del personale di supporto;

- collabora con il coordinatore per l'approvvigionamento della teleria sterile, dei ferri chirurgici e altro presidiato;
- garantisce la continuità assistenziale inerente la postura del paziente e l'applicazione di presidi riabilitativi in collaborazione con il fisioterapista;
- garantisce il soddisfacimento del bisogno di alimentazione in collaborazione con l'infermiere referente di modulo e il personale di supporto;
- garantisce il soddisfacimento del bisogno di movimento in collaborazione con l'infermiere referente di modulo, fisioterapista e il personale di supporto;
- collabora con il medico nell'effettuazione delle procedure chirurgiche effettuate in reparto;
- garantisce la documentazione dell'assistenza erogata e la relativa valutazione;
- garantisce l'assistenza prima e dopo l'intervento chirurgico del paziente in sala operatoria per quanto di competenza;
- conosce, applica e garantisce l'applicazione del Sistema Gestione Qualità.

INFERMIERE RESPONSABILE DI MODULO (ORE 7.00-13.00 / 13.00-21.00 / 21.00-07.00):

- garantisce la continuità assistenziale condividendo/diagnosticando i bisogni di assistenza infermieristica del paziente;
- garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni terapeutiche inerenti terapia orale, rettale, sottocutanea, intramuscolare, endovenosa e inalatoria;
- garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni terapeutiche inerenti la terapia nutrizionale parenterale ed enterale;
- garantisce il monitoraggio secondo i parametri concordati (Parametri vitali, Saturazione O₂, PVC, peso) degli effetti terapeutici dei trattamenti farmacologici e non effettuati, rilevando precocemente segni e sintomi degli effetti collaterali o inefficace *compliance*;
- garantisce l'assistenza prima, durante e dopo l'intervento chirurgico del paziente per quanto di competenza;
- garantisce, per quanto di competenza, l'approvvigionamento, infusione e conservazione degli emocomponenti;
- garantisce l'assistenza al paziente durante l'introduzione/sostituzione di presidi (Catetere Venoso Centrale, Catetere arterioso, Cannula tracheostomica) e durante l'esecuzione di esami strumentali;
- identifica le necessità assistenziali di ogni paziente;

- realizza gli interventi assistenziali secondo un ordine di priorità a garanzia della personalizzazione dell'assistenza;
- comunica con il paziente ustionato e la sua famiglia utilizzando modalità interpersonali verbali e non verbali adatte e facilitanti;
- garantisce per quanto di competenza la prevenzione e la gestione di situazioni critiche;
- assiste la persona e la famiglia nella fase terminale della vita;
- garantisce l'assistenza infermieristica al paziente in ventilazione meccanica nelle sue diverse fasi;
- garantisce la documentazione dell'assistenza erogata e la relativa valutazione;
- conosce, applica e garantisce l'applicazione del Sistema Gestione Qualità.

L'infermiere responsabile di modulo e l'infermiere dedicato all'attività di medicazione garantiscono l'assistenza globale al paziente, mentre l'infermiere case manager svolge la sua attività a completamento del processo di cura.

INFERMIERE CASE MANAGER (7.00-13.00):

- raccoglie le informazioni del paziente e della famiglia tramite l'accertamento infermieristico;
- identifica i problemi assistenziali del paziente (vedi pianificazione assistenziale);
- pianifica con l'équipe clinico-assistenziale (medico, fisioterapista, infermiere di settore, OSS e psicologo) l'assistenza sanitaria complessiva in relazione ai problemi del paziente;
- valuta il raggiungimento degli obiettivi pianificati;
- coordina l'assistenza infermieristica erogata dall'infermiere e dal personale di supporto;
- garantisce la continuità assistenziale;
- garantisce la comunicazione tra famiglia e U.O.;
- garantisce il percorso educativo del paziente e della sua famiglia sull'assistenza necessaria per far fronte alle sue condizioni.

Ci preme sottolineare il ruolo cruciale che la relazione riveste nel processo assistenziale, spesso la più impegnativa dal punto di vista emotivo e la più coinvolgente dal punto di vista empatico ed emozionale, ma altresì la più ricca di stimoli e di sentimenti tali da alimentare costantemente la motivazione degli operatori. Per tale motivo, all'interno del Centro Grandi Ustionati è anche assegnato stabilmente uno psicologo per il supporto ai pazienti ustionati e ai loro familiari, nonché all'équipe multiprofessionale.

Un ultimo aspetto, del ruolo dell'infermiere all'interno del Centro Grandi

Ustionati da sottolineare è quello formativo, aspetto che si sviluppa già al momento dell'inserimento, tramite un programma di addestramento specifico con tutor dedicato per un periodo definito di un mese e mantenuto nel tempo (3-6 mesi) tramite percorsi di formazione calibrati sui bisogni formativi assistenziali, relazionali e organizzativi monitorati oggettivamente tramite una scheda di valutazione a più *item*.

Nell'articolato contesto sanitario presente nel panorama italiano diverse strutture organizzative ospedaliere richiedono competenze distintive calibrate sulla complessità assistenziale del paziente trattato. Accanto quindi alla declinazione "generale" della figura infermieristica, è importante definire il ruolo dell'infermiere in una articolazione organizzativa dell'area critica. L'espressione "area critica" nell'ambito dell'assistenza infermieristica italiana, ha trovato la sua formalizzazione normativa nel DM n. 739/1994, art. 2 comma 5, ove viene riconosciuto che vi è un'area operativa in cui la specificità dell'assistenza è tale da richiedere una formazione post-base di tipo complementare, in quanto in essa si riscontrano situazioni assistenziali non affrontabili con le sole conoscenze acquisite nel percorso formativo di base.

L'infermiere che garantisce il processo assistenziale in Centro Grandi Ustioni, pur non essendo supportato da una precisa formazione post-base ha necessariamente dovuto acquisire delle competenze specifiche, vista la peculiarità del paziente ustionato, tramite un percorso di formazione continua pianificato annualmente in Azienda, sostenuto altresì da necessità personali e da elevata motivazione, nonché da capacità di autovalutazione critica.

Concludendo, l'infermiere con esperienza nella gestione di pazienti ustionati è risorsa fondamentale per il Centro Grandi Ustioni, nonché per l'Azienda e per la professione stessa, in quanto in possesso di competenze specifiche, abilità relazionali e organizzative che lo rendono risorsa cruciale per il buon esito del processo clinico assistenziale ma anche una figura di riferimento fondamentale per i pazienti e i famigliari.

BIBLIOGRAFIA

- Decreto ministeriale del 14.09.1994 n. 739.
Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei Decreto MURST 03.11.1999 n. 509.
Calamandrei C. *La pratica infermieristica avanzata*, Management Infermieristico, n. 4/2005.
Orsi M.C., Bettini L., Lazzaretto G. *Competenze distintive dell'infermiere di area funzionale*, Management Infermieristico, n. 1/2006.
Chiari P., Santullo A., *L'infermiere case manager*, Mc Graw.Hill, 2001.

● Assistenza infermieristica al neonato prematuro

Inf. Luisa List*

**Infermiera Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale - Azienda ospedaliera universitaria di Bologna - Policlinico S. Orsola-Malpighi*

PREMESSA

"Nina viene al mondo alla 26° settimana di gestazione. Pesa 700 grammi, ed è immediatamente ricoverata in Terapia Intensiva Neonatale. Dentro ad una incubatrice - la sua "Arca" - è tenuta in vita da un apparecchio di ventilazione, che attraverso un sondino inserito nel naso, le spinge aria nei polmoni; un catetere nell'ombelico la nutre e ha il monitor, sonde, tubi e aghi dappertutto. Ed è qui che inizia la battaglia per la vita di Nina e dei suoi genitori, in particolare di sua mamma Anna..." (Sartorio, 2003)

Questa è la storia di Nina raccontata dalla scrittrice Anna Sartorio nel suo libro, ma come Nina ci sono circa 110 neonati in un anno (dato del 2006) al di sotto della 35 settimana che vengono assistiti e curati nel reparto di Terapia Intensiva e Neonatologia del Policlinico S. Orsola di Bologna.

Sono chiamati neonati prematuri, e la loro prematurità deriva dal fatto che la loro nascita avviene per varie cause prima del termine, ossia prima della fine della 37° settimana. (13)

DEFINIZIONE

Ogni neonato può essere classificato in base a due parametri fondamentali: L'età gestazionale e il peso alla nascita. L'età gestazionale è espressa in settimane complete di gravidanza calcolate a partire dal primo giorno dell'ultima mestruazione (età gestazionale cronologica) e in base ad essa un neonato è considerato a termine se nasce fra 37 e 42 settimane, pretermine se nasce prima delle 37 settimane e post-termine dopo le 42 settimane. In base al **peso alla nascita**, un neonato viene definito:

- di basso peso (**LBW: Low Birth Weight**) se il peso è inferiore a 2500 g;
- di peso molto basso (**VLBW: Very Low Birth Weight**) se il peso è inferiore a 1500 g;
- di peso estremamente basso (**ELBW: Extremely Low Birth Weight**) se il peso è inferiore a 1000 g.

CENNI EPIDEMIOLOGICI

Globalmente i neonati prematuri costituiscono il 12-15% di tutti i nati. Le cause della prematurità non sono note con certezza. Fra i fattori materni quello più frequentemente associato con la prema-

turità sono l'età, le infezioni intrauterine, le patologie dell'annidamento uterino (placenta previa, inserzione anomala della placenta, malformazioni uterine). Fra i fattori legati al feto, per la prematurità i più importanti sono la gemellarità e la presenza di malformazioni a carico del feto: L'età gestazionale, che in relazione alla maturità degli organi, condiziona la mortalità. Nei paesi sviluppati economicamente sopravvivono più del 90% dei neonati con età gestazionale compresa fra 31 e 34 settimane e il 70-75% dei neonati di 25-30 settimane.

L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA AL NEONATO PREMATURO ALL'INGRESSO

Il neonato prematuro è costretto ad affrontare l'ambiente extrauterino e ad adattarsi disponendo di sistemi, tra i quali un sistema nervoso centrale, non ancora maturi. In secondo luogo, questa interruzione della vita intrauterina modifica l'ambiente del neonato in modo significativo: il neonato pretermine trascorre le ultime settimane o gli ultimi mesi di gestazione in un ambiente, quale la Terapia Intensiva Neonatale (TIN) molto diverso da quello uterino. (1,2,3,9,10)

Una transizione brusca e spesso traumatica, alla nascita, verso la vita extrauterina, il neonato pretermine ricoverato in TIN è essenzialmente un feto dislocato, ipersensibile all'*input* ambientale da tutti i punti di vista. Tale sensibilità del suo sistema nervoso centrale immaturo fornisce un'opportunità unica ai "*caregiver*" (persone che si prendono cura del bambino) per riuscire a fare diventare l'ambiente esterno, piuttosto che luogo stressante e pieno di rischi, un luogo appropriato per facilitare lo sviluppo (1,2,3,9,10)

All'infermiere della Terapia Intensiva Neonatale è richiesto di migliorare le strutture e i ritmi dell'ambiente, per adattare al meglio il neonato all'ambiente extrauterino e per facilitare la crescita e lo sviluppo del feto, in tutti i mesi di degenza. (Als, 1998)

L'approccio al neonato richiede un atteggiamento di osservazione e ascolto. Questo ci permette di conoscere le sue esigenze, di averne cura e di poter prevenire le complicanze. Il neonato pretermine all'ingresso in Terapia Intensiva Neonatale è un neonato ad alto rischio e richiede un'attenta valutazione della capacità respiratoria, circolatoria, metabolica e neurologica.

Per poter identificare, sistematicamente la fase di sviluppo del neonato in termini di differenziazione e modulazione del funzionamento dei sottosistemi, utilizziamo un **Accertamento**, rifacendoci al modello della teorica **H. Als**. Consente di valutare non solo le funzioni vitali del neonato, ma soprattutto di realizzare un profilo dell'integrazione dei sottosistemi