

BIBLIOGRAFIA CONSULTATA

1. Als H., *La teoria sinattiva dell'organizzazione comportamentale: un modello per la valutazione dello sviluppo neurocomportamentale nel nato pretermine e per l'assistenza al bambino ed ai genitori in terapia intensiva neonatale*. The High Risk Neonate: Development Therapy Perspective, Haworth Press, 1986:3-55
2. Als H, Lawhon G, Duffy FH, Mc Anulty GB, Gebes-Grossman R; Blickman JG. *Individualized developmental Care for the very low birth weight preterm*, *Jama* 1994; 272: 853-8
3. Als H, *Developmental Care in the Newborn Intensive Care Unit*. Current Opinion in Pediatrics 1998; 10:138-42
4. Badon P, Casaro S. *Manuale di Nursing Pediatrico*. Casa Editrice Ambrosiana, 2002
5. Colombo G. *I famigliari dei bambini ricoverati nei reparti di Terapia Neonatale: il ruolo e lo spazio assegnato, le loro aspettative*. *Neonatalogia* 1996; 2: 53-60
6. Colombo G, Siliprandi N., *La "care" dei genitori in Terapia Intensiva Neonatale*. *Neonatalogia* 1998; 3:173-7
7. Carpenito LJ. *Diagnosi infermieristiche*. Milano, Casa Editrice Ambrosiana, 2001
8. Carpenito LJ. *Piani di assistenza infermieristica documentazione, diagnosi infermieristica e problemi collaborativi*. Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2001
9. Davidson A, Rapisardi G, Donzelli GP. *L'intervento abilitativo al neonato: la cura posturale personalizzata ed evolutiva nella Terapia Intensiva Neonatale*. Quaderni Aitr, suppl. n. 9, anno XVIII - 1° trim. 1995
10. Davidson A, *L'accudimento abilitativo del microneonato*, Atti del convegno Ai confini della sopravvivenza. Edizioni Humana Centro Studi e Ricerche, Varese, 1997
11. Debillon, *ADC Fet Neonat* 2001; 85: F36-41
12. Ferrari F, Bosi MP, Roversi MF, Barbani MT, Gargano GC, Capritotti T. *La care del prematuro: strategie d'intervento sul neonato*. *Neonatalogia*, 2, 83-89, 1995
13. Feldam R. *Mother-infant skin-to-skin contact (Kangaroo care): theoretical, clinical and empirical aspects*. *Infants Young Child* 17; 145, 2004
14. Gibes RM. *Clinical uses of Bratezon neonat behavioral assessment scale*

- in nursing practice*. *Pediatric Nurs* 7:23, 1981
15. Hohnson B, Abraham M, Parrish R. *Designing the neonatal intensive care unit for optimal family involvement*. *Clin Perinatol* 31:353, 2004
16. Moretti C. *Disturbi respiratori del neonato*. Masson, Milano, 2002
17. Merenstein G, Gardwer S.L. *Handbook of Neonatal Intensive Care*
18. Sartorio A. *L'Arca di Nina*. TEA, Milano 2003
19. Stevens. *Clinical J Pain* 1996; 12:13-22
20. Wilkinson JM. *Processo infermieristico e pensiero critico*. Milano, CEA 2003, 438-9
21. Carlo WA, Chaburn RL. *Neonatal Respiratory Care*. 2nd ed. 1988. Year Book Medical Publishers in
22. Zanotti R. *Filosofia e teoria nel nursing*. Padova, Edizioni Summa, 2002
23. Zanotti R. *Advance Nursing: dall'assistenza generale a quella professionale*. *Mondo Infermieristico*, Rivista dell'ISIRI, Padova, 1/2004, 2-6

• "I rapporti interpersonali nell'emergenza-urgenza extraospedaliera"

Prof. Alberto Cicognani*,
Dott. Luca Cimino*,
Dott. Massimo Izzi*,
Dott. Fabrizio Landuzzi*,
Inf. Alessandro Monesi*,
Inf. Stefano Musolesi*

**Dipartimento di Medicina e Sanità pubblica, Sezione di Medicina Legale, Università di Bologna*

** U.O. Rianimazione 118 - Bologna*

BREVE NOTA

L'argomento riportato in epigrafe non può essere considerato irrilevante, poiché nell'ambito qui considerato l'includibile reciproco rispetto ed il dovere di collaborazione sono talora messi a dura prova da disaccordi organizzativi tra professionisti che - pur nelle rispettive competenze - si trovano a cooperare in attività tutelanti la salute e la vita del cittadino.

Peraltro, se un attento rispetto dei ruoli e dei limiti degli ambiti di specifica competenza già appare alquanto rilevante in realtà lavorative coinvolgenti un bene (la salute) tutelato costituzionalmente, tale rispetto risulterà poi assolutamente imprescindibile qualora dette realtà lavorative siano collocate in un contesto di emergenza-urgenza extraospedaliera, rappresentando esso rispetto il principale fondamento di una corretta ed adeguata salvaguardia della salute di un paziente in precario equilibrio.

Purtroppo, è talvolta possibile evidenziare un reciproco venir meno del cenno rispetto delle competenze proprie dei vari componenti dell'équipe, addebitabile talvolta alla carenza numerica del team di soccorso (non di rado composto esclusivamente da personale volontario coordinato - spesso solo a distanza - da professionisti adeguatamente formati), tal'altra alle peculiarità dello scenario di intervento, spesso in spazi tali da rendere assai precaria l'operatività e privi delle risorse umane e strumentali di specifico supporto, presenti invece nelle strutture ospedaliere.

L'accento agli ambiti di specifica competenza impone un pur sintetico riferimento a quelle normative del tutto innovative che negli ultimi quindici anni hanno determinato la svolta epocale,



consolidatasi nella legge n. 42/99 che sopprime l'aggettivazione "ausiliarie", evidenziando così l'intenzione del legislatore di non più avallare l'ancillarità di alcune professioni nei confronti di altre e di fondare l'assistenza non su livelli gerarchici, ma su équipes multiprofessionali di pari dignità.

Contestualmente, furono pure abrogati gli esistenti mansionari (che altro non erano se non anacronistiche elencazioni di singole prestazioni che non solo vincolavano il professionista, impedendone così la piena realizzazione lavorativa, ma anche ne limitavano un adeguato utilizzo da parte della società, impedendo in tal modo un proporzionato ritorno all'oneroso investimento formativo) ed il campo proprio di attività e di responsabilità veniva pertanto ad essere definito da tre pilastri: il profilo professionale, l'ordinamento didattico, il Codice deontologico. Tuttavia, tali pilastri - obbligatoriamente generici in quanto finalizzati ad un loro generalizzato utilizzo - possono talora determinare difficoltà nell'individuazione di fondati criteri utili a delineare le rispettive aree di responsabilità e - quindi - anche perplessità nell'espletamento di particolari prestazioni non chiaramente attribuibili ad una specifica figura professionale, potendo anche riscontrarsi dilatazioni o restringimenti dei limiti di tali aree sulla base di mere e talvolta ingiustificate abitudini consolidate nelle singole realtà operative.

Pertanto, la generica indicazione del legislatore deve essere seguita da interpretazioni applicative chiare e possibilmente condivise dalle varie figure professionali, per una adeguata distribuzione dei compiti, delle funzioni e delle responsabilità. In sintesi, quindi, le cennate normative hanno ridefinito le competenze e le correlate responsabilità dell'infermiere, che ha così dismesso il carattere di puro e semplice "assistente" del medico, acquisendo invece un campo proprio ed esclusivo d'azione e diventando anch'esso a pieno titolo figura autonoma nell'équipe assistenziale.

Comunque, come già cennato, problematiche addebitabili al misconoscimento dell'avvenuto cambiamento dei rapporti tra le diverse figure professionali talora emergono dalla concretezza quotidiana, nei singoli ed innumerevoli episodi che la caratterizzano, dei quali quello che segue non è che un esempio.

Per un incidente stradale tra due auto, viene inviata sul posto un'ambulanza con un equipaggio di soli volontari, nonché un mezzo di soccorso avanzato con un medico ed un infermiere, per gestire non solo gli aspetti sanitari dell'evento,

ma anche la successiva evacuazione dei feriti alle più idonee strutture ospedaliere. Risultando nella fattispecie probabile la necessità di soccorsi classificabili come "avanzati", la centrale operativa inviò anche un elicottero.

All'arrivo dell'automedica, i soccorritori dell'ambulanza già avevano effettuato una prima valutazione delle sette persone coinvolte nell'incidente e si stavano concentrando sulle due ritenute più gravi, mentre la sicurezza dello scenario era garantita dalle forze dell'ordine; i Vigili del Fuoco erano in arrivo, così come l'elicottero.

I due feriti più critici vennero estratti dall'abitacolo di una autovettura ed in uno di essi apparve subito compromessa la pervietà delle vie aeree, in conseguenza di un grave traumatismo cranio-facciale. Nel frattempo, giunse sul posto anche l'equipaggio dell'elicottero (un medico, un infermiere ed un tecnico) ed arrivarono i Vigili del Fuoco, con un secondo elicottero ed un mezzo polivalente di soccorso. Considerato il numero dei feriti, si provvide a richiedere l'intervento di altre due autoambulanze.

La gestione del paziente con trauma cranico si presentò subito assai complessa; era desaturato nonostante la somministrazione di ossigeno e la gravità del trauma cranico risultava testimoniata sia dall'evidente anisocoria che dalla mancata riduzione del livello di coscienza. Posizionate due vie venose, si infusero analgesici ed adiuvanti l'anestesia per agevolare la successiva intubazione tracheale.

Contemporaneamente, anche gli altri soggetti coinvolti nell'incidente avevano la necessità di essere al più presto valutati per una eventuale adeguata e precoce ospedalizzazione ed i soccorritori volontari richiedevano pertanto insistentemente l'effettuazione dei triage ed il posizionamento di un approccio venoso.

Poiché i due medici presenti dovevano dedicare la loro attenzione ai due feriti più gravi, dei rimanenti si presero autonomamente cura i due infermieri, pienamente rientrando nelle loro competenze - come peraltro di recente ulteriormente confermato da autorevole dottrina¹ - sia le funzioni di triage², espletabili anche in ambito extraospedaliero³, sia la fattiva salvaguardia delle funzioni vitali⁴.

Inoltre, l'infermiere dell'automedica organizzò - tramite le tre ambulanze intervenute ed in accordo con la centrale operativa - il trasferimento dei feriti alla struttura per loro più confacente, cercando di evitare che un incongruo afflusso potesse collassare il funzionamento dei servizi di Pronto Soccorso ospedaliero.

Anche se l'intervento nella sua globalità fu corretto e vennero date risposte adeguate alle criticità emergenti nello scenario, all'interno dell'équipe vi furono poi reciproche puntualizzazioni, centrate su di una ipotizzata carente assistenza operativa ad un medico che lamentò la conseguente difficoltà al reperimento dei presidi necessari al proprio intervento.

Orbene, nel caso appena sinteticamente ricostruito, appare evidente come si sia configurato proprio una di quelle situazioni caratterizzate da un rapporto pazienti/operatori tale da non consentire a questi ultimi un reciproco supporto nell'approccio sia valutativo sia di tutela delle funzioni vitali e da imporre così a ciascuno di essi una assoluta indipendenza operativa richiedente non solo un'adeguata formazione, ma anche la conoscenza e la padronanza di presidi tecnici molto specifici che ogni componente dell'équipe di soccorso deve essere in grado di prontamente reperire ed adottare in qualsiasi fase dell'intervento. Proprio a tal fine, i mezzi di soccorso sono dotati di appositi zaini ove detti presidi trovano adeguata sistemazione, che deve essere ben nota ad ogni operatore del servizio di emergenza territoriale sia esso medico o infermiere.

Se in passato l'onere di riordinare, ripristinare, reintegrare e controllare il corretto funzionamento degli strumenti, nonché le scadenze dei farmaci, era sempre e solo demandato all'infermiere per la sua posizione di ausiliarietà rispetto al medico, attualmente - alla luce dei già cennati radicali cambiamenti normativi - simili consuetudini non possono e non devono trovare più alcun riscontro nei contesti organizzativi del servizio, in particolar modo quando su tale attività trovi anche fondamento l'autonomia operativa del professionista in occasione di interventi particolarmente impegnativi e quando - dovendo egli agire da solo - risulti oltremodo importante la conoscenza dettagliata della disposizione del materiale all'interno del mezzo e degli zaini di soccorso, al fine di poter intervenire con la massima rapidità, precisione ed efficacia.

Pertanto, l'attività di riadeguamento dello zaino di servizio deve essere effettuata personalmente da ogni professionista dell'emergenza territoriale - sia esso medico o infermiere - non solo in base al reciproco rispetto delle specifiche professionalità, ma anche e soprattutto perché tale attività - peraltro prevista in protocolli di servizio come onere per ogni operatore a prescindere dalla qualifica professionale - rappresenta una premessa

sa imprescindibile dell'immediata utilizzazione dei presidi disponibili in caso di bisogno, senza gli inutili ritardi assai pericolosi per pazienti critici.

Sempre in relazione alla tutela del paziente, nei confronti del quale "gli operatori di una struttura sanitaria, medici e paramedici (sic), sono tutti *ex lege* portatori di una posizione di garanzia, espressione dell'obbligo di solidarietà costituzionalmente imposto ex articolo 2 e 32 Cost. nei confronti del paziente, la cui salute essi devono tutelare contro qualsivoglia pericolo che ne minacci l'integrità"⁵, appare utile qui fare riferimento - pur in estrema sintesi - ad un altro aspetto apparentemente di secondaria importanza degli interventi in argomento, indubbiamente caratterizzati da un repentino impatto con realtà ad alto contenuto emotivo, tale a volte da contrastare la fissazione dell'attenzione al mantenimento dei livelli minimi di sicurezza sia per gli operatori che per i pazienti coinvolti.

Ad esempio, si riscontra come in simili situazioni allo stress ed al coinvolgimento emozionale possa forse addebitarsi una scarsa considerazione delle basilari norme di asepsi, omettendo talora l'uso dei guanti durante procedure che lo richiederebbero, ovvero non sostituendoli nel passaggio da un paziente all'altro, così da rendere possibili eventuali contaminazioni incrociate ed incrementare il rischio di complicanze in soggetti che (proprio per le condizioni cliniche in cui versano) risultano essere maggiormente esposti a potenziali infezioni delle loro ferite, e quindi da causare il mancato rispetto di uno dei doveri primari della professione, cioè la prevenzione delle malattie, in relazione al quale appare di estrema importanza - anche e soprattutto nel contesto operativo qui considerato - tenere nettamente demarcati i campi ed i presidi già contaminati da quelli invece ancora sterili.

Pertanto, proprio in relazione a comportamenti contrastanti le basilari norme igieniche cennate, si sottolinea come la Suprema Corte abbia anche di recente censurato "l'inosservanza di regole di condotta, le *leges artis*, che hanno per fine la prevenzione del rischio non consentito, vale a dire dell'aumento del rischio"⁶.

Nel concludere questa breve nota, appare opportuno ricordare che gli argomenti qui considerati - pur potendo essere valutati come marginali nel contesto in oggetto - concorrono indubbiamente in maniera non certo minimale all'adeguatezza prestazionale dell'équipe nel suo complesso e - quindi - alla tutela della salute del paziente, da ciò derivando che il loro misconoscimento ben può essere correlato a quell'aumento del rischio

negativamente valutato, come appena riferito, dalla Suprema Corte e correlabile ad un eventuale giudizio di colpevolezza in caso di danno al paziente.

NOTE

¹Rodriguez D, Aprile A, Arseni A, *Il triage infermieristico: aspetti giuridici e medico-legali*. (2206), Riv Dir Prof San 9(2):100-121.

²Ministero della Sanità. Atto di intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle linee-guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992. (GU 17 maggio 1996, n. 114). (...) "*Funzioni di triage. All'interno dei DEA deve essere prevista la funzione di triage, come primo momento di accoglienza e valutazione dei pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire le priorità di intervento. Tale funzione è svolta da personale infermieristico adeguatamente formato, che opera secondo protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio*".

³Conferenza Stato Regioni. Repertorio atti n. 1711 del 22 maggio 2003. Linee-guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza-urgenza. (GU 25 agosto 2003, n. 196): "(...). b) *Infermieri*. (...) *Obiettivi clinico-assistenziali: 1. gestione delle procedure di triage intra ed extraospedaliero; (...)*".

⁴DPR 27 marzo 1992. Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza. (GU 31 marzo 1992, n. 76). (...) 10. (Prestazioni del personale infermieristico): "*1. Il personale infermieristico professionale, nello svolgimento del servizio di emergenza, può essere autorizzato a praticare iniezioni per via endovenosa e fleboclisi, nonché a svolgere le altre attività e manovre atte a salvaguardare le funzioni vitali, previste dai protocolli decisi dal medico responsabile del servizio*. (...)".

⁵Cass. Pen. Sez. IV, 11 marzo 2005, n. 9739.

⁶Cass. Pen. Sez. IV, 2 ottobre 2003, n. 37473.



RECENSIONI

Stefano Benini "Pedagogia e Infermieristica in dialogo" - Edizioni CLUEB

Il volume "Pedagogia e Infermieristica in dialogo", scritto dal Dott. Inf. Stefano Benini, fa parte della bibliografia che ogni infermiere dovrebbe possedere nella propria biblioteca.

L'opera approfondisce il significato della pedagogia e ciò che significa per la persona, la famiglia, la società.

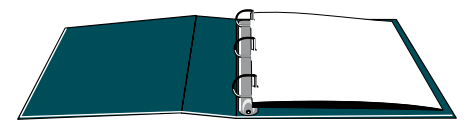
Essa è poi collocata nella funzione infermieristica di cui è parte integrante e fondamentale sia per ciò che l'infermiere è, quale professionista pedagogicamente formato, sia per la funzione educativa e comunicativa che questo professionista pone in essere con la persona assistita.

Lo spessore culturale di quest'opera, ricca di riferimenti bibliografici, onora l'estensore dell'opera stessa per lo sviluppo culturale dato in campo pedagogico e ricondotto costantemente alla funzione infermieristica.

In questo sta la preziosità del libro che è contemporaneamente formativo e di guida per ciò che l'infermiere deve essere nella funzione educativa espressa per la persona in tutti i contesti assistenziali.

C. Ferri

**CONVEGNI
CONGRESSI
CORSI**



AGENDA

**Collegio IPASVI Provincia di Bologna
Corsi di Formazione Continua ECM
- II semestre 2007**

1. "Il processo assistenziale infermieristico per la persona con insufficienza respiratoria acuta e cronica"
2. "L'esame obiettivo infermieristico per una valutazione completa della persona"
3. "L'assistenza infermieristica pensata e praticata" - 2° edizione
4. "La responsabilità professionale: come la definisce la deontologia infermieristica?"
5. "Il tema della «clinical governance» rientra nelle funzioni infermieristiche?"
6. "L'assistenza infermieristica alla persona con insufficienza renale acuta e cronica"
7. "Modalità di esercizio della libera professione: individuale, studio associato"

(I programmi dettagliati sono riportati alle pagg. 20/28 di questa rivista)