



**Università degli Studi di Messina**

**Facoltà di Medicina e Chirurgia e Sezione di Economia e Finanza del  
Dipartimento di Economia, Statistica e Analisi Geopolitica del Territorio  
(D.E.S.A.Ge.T)**

**Master Universitario di Primo Livello in “Management Infermieristico**

**Per le Funzioni di Coordinamento”corso A**

**Anno Accademico 2003-04**

**DIRETTORE: PROF. GIUSEPPE SOBBRIO**

**Evento formativo:**

**Relazione sul Tirocinio Pratico**

**STUDENTE: Dott. Nicola Torina**



Ho svolto il tirocinio pratico del Master in Management Infermieristico per le Funzioni di Coordinamento presso la mia struttura di appartenenza, l'Ospedale Buccheri La Ferla Fatebenefratelli di Palermo.

Ho cominciato il tirocinio nell'unità operativa di **chirurgia** il **09/11/04** (presso tale unità ho svolto tirocinio anche giorno **16/11/04**), dalle ore 08:00 alle ore 13:00, dove sono stato accolto dal coordinatore infermieristico, il Sig. Claudio Greco, che mi ha innanzitutto fatto prendere visione delle strutture dell'unità operativa, quindi delle stanze di degenza, della medicheria, della cucina, della stanza del coordinatore e della stanza dei medici. In seguito mi ha spiegato l'importanza della gestione di un buon coordinatore, del modo in cui si richiedono la farmacia, gli stupefacenti, i presidi sanitari e come fare una richiesta per la manutenzione delle apparecchiature elettromedicali. Mi ha spiegato come funziona il programma del computer che permette di inviare direttamente le richieste agli uffici competenti.

Adesso descrivo questa unità (operazione che ho fatto per tutte le unità dove ho svolto tirocinio) che è composta da 34 posti letto, distribuiti in otto stanze :

- 6 stanze con 4 letti
- 2 stanze con 5 letti.

L'organico è composto da 16 infermieri, distribuiti nel seguente modo:

- **Mattina**      ➔      4 unità, 2 turnisti (dalle ore 07:00 alle ore 14:00) e 2 giornalieri (dalle ore 08:00 alle ore 14:00);
- **Pomeriggio**      ➔      2 turnisti e 1 giornaliero;
- **Notte**      ➔      2 turnisti;

Il personale ausiliario è composto da 4 unità, distribuite nel seguente modo:

- **Mattina** → 2 ausiliari;
- **Pomeriggio** → 1-2 ausiliari;

Ho constatato che il personale infermieristico ha un tipo di impostazione di lavoro per compiti ed ha la seguente organizzazione :

- ◆ L'infermiere giornaliero (07:00-13:00) si occupa della preparazione delle sacche parenterali, dell'incannulamento di accessi venosi, del giro visita, dell'esecuzione dell' ecg, dei prelievi, di preparare richieste per esami strumentali , ecc....
- ◆ L'infermiere giornaliero (08:00-14:00) si occupa invece del controllo della pressione arteriosa, del destrostix, del cambio dei sacchetti (urina, SNG, drenaggi), delle medicazioni, della sistemazione dei carrelli e della pulizia dei ferri chirurgici, che poi saranno portati in sala operatoria per essere sterilizzati.
- ◆ L'infermiere turnista si occupa, dalle ore 07:00 alle ore 09:00, della terapia e del giro letti; in seguito della mobilizzazione e dell'igiene del paziente, inoltre si deve occupare di rispondere ai campanelli ed accompagnare i pazienti in sala operatoria e andare a prenderli al termine dell'intervento chirurgico, accompagnandoli nella loro stanza di degenza;

Dalle ore 12:00 alle ore 13:00 prepara la terapia che deve essere somministrata intorno alle ore 15:00.

Nel pomeriggio gli infermieri si occupano dei ricoveri programmati, con la relativa gestione, dei controlli dei parametri vitali, della terapia, della gestione dei pazienti post operati, della gestione di eventuali urgenze e dell'esecuzione della terapia anestesiológica.

Alle ore 16:00 gli infermieri preparano la terapia da somministrare alle ore 22:00.

La distribuzione del vitto ai pazienti viene fatta da un infermiere ed da un ausiliario alle ore 17:00.

Gli infermieri del turno di notte si occupano della somministrazione della terapia, dei controlli da effettuare ed inoltre delle eventuali urgenze e/o emergenze dell'unità operativa o che arrivano dal pronto soccorso.

Un'attività rilevante cui il coordinatore mi ha fatto assistere è la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (**SDO**). La scheda viene compilata nelle unità operative, ha valenza informativa per la programmazione e la valutazione delle unità operative e rappresenta la base elementare per documentare il ricovero, assegnare il DRG e fatturare la prestazione resa al paziente .

In questa realtà lavorativa non vi è una cartella infermieristica, il coordinatore mi ha spiegato le problematiche connesse al recepirne l'importanza ed i vantaggi che ne possono derivare. Oltre a vedere l'aspetto prettamente organizzativo e gestionale delle varie unità in cui ho svolto tirocinio, mi sono soffermato sull'aspetto relazionale e comunicativo che, a mio avviso, è fondamentale per una buona gestione. Il Sig. Claudio Greco in queste due mattine mi ha esposto i problemi legati alla scarsa comunicazione , non solo con i colleghi ma anche e soprattutto con la classe medica, amministrativa, e con i tecnici dei servizi generali ed ha evidenziato come tutto ciò abbia ripercussioni sulla qualità dell' assistenza ai pazienti.

Il **23/11/2004** ho svolto il tirocinio pratico presso il **complesso operatorio** dalle ore 08:00 alle ore 13:00.

Questa è una realtà che conosco, poichè vi esercito la mia professione da diversi anni, ma in quella mattina ho visto “ il tutto” da una prospettiva diversa, cioè quella del coordinamento. Il complesso operatorio è formato da 4 sale operatorie, ognuna adibita ad una specifica disciplina.

Vi sono:

- ✚ La prima sala, adibita agli interventi di ortopedia;
- ✚ La seconda, agli interventi di chirurgia, di ginecologia e alle eventuali urgenze e/o emergenze;
- ✚ La terza, agli interventi di chirurgia plastica ed ai piccoli interventi di ginecologia;
- ✚ La quarta, agli interventi di oculistica e ai day surgery di chirurgia e chirurgia plastica.



La sala risveglio è composta da due parti: nella prima parte i pazienti vengono preparati agli interventi chirurgici e nella seconda vengono accolti dalle diverse sale operatorie, dalle quali provengono, per essere seguiti nella fase post-operatoria e

poi dimessi. Ho inserito, di seguito, i protocolli, le procedure di sala risveglio e l'elenco delle apparecchiature raccomandate per l'area di risveglio attrezzata, poichè ne ho parlato con la coordinatrice e li reputo fondamentali per una buona assistenza:

<p style="text-align: center;"><b>Protocolli</b> <b>FASE PRE-OPERATORIA</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Procedure</b> <b>FASE PRE OPERATORIA</b></p>
<p style="text-align: center;">ACCOGLIENZA</p>	<p style="text-align: center;">-PASSAGGIO IN BARELLA -CONTROLLO DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA. -EVENTUALE PREMEDICAZIONE DEL PAZIENTE PRIMA DEL PASSAGGIO DAL LETTO ALLA BARELLA (PER I PAZIENTI FRATTURATI)</p>
<p style="text-align: center;">TRICOTOMIA</p>	<p style="text-align: center;">-CONTROLLO DELLA TRICOTOMIA (VERIFICARE SE ESEGUITA CORRETTAMENTE )</p>
<p style="text-align: center;">PASSAGGIO IN BARELLA</p>	<p style="text-align: center;">L'INFERMIERE DI S.R. SI OCCUPA DEL PASSAGGIO IN BARELLA DEL PAZIENTE CON MANOVRE APPOSITE IN BASE ALLE PROBLEMATICHE CHE SI PRESENTANO.</p>
<p style="text-align: center;">MONITORAGGIO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ATTIVITA' CARDIACA</li> <li>- PRESSIONE ARTERIOSA</li> <li>- OSSIGENAZIONE</li> </ul>	<p style="text-align: center;">L' INFERMIERE APPLICA DELLE PLACCHETTE AL PZ PER MONITORARE L' ECG; POSIZIONA L' APPARECCHIO DI PRESSIONE ED IL SATURIMETRO; INCANNULA VENA PERIFERICA E PREMEDICA I PAZIENTI.</p>
<p style="text-align: center;">SUPPORTO PSICOLOGICO</p>	<p style="text-align: center;">L' INFERMIERE SPIEGA AL PZ CIO' CHE VERRA' FATTO IN S.R., CERCANDO DI INSTAURARE UN RAPPORTO DI FIDUCIA.</p>

<p>ASSICURAZIONE DI CONFORT AL PAZIENTE IN S.R.</p>	<p>L'INFERMIERE SI ACCERTA CHE IL PAZIENTE ABBAIA TUTTO CIO' CHE SIA CONSENTITO AVERE PER RENDERE MENO TRAUMATICA LA SUA PERMANENZA IN SALA OPERATORIA.</p>
<p>COMPILAZIONE DELLA SCHEDA INFERMIERISTICA</p>	<p>L' INFERMIERE COMPILA LA SCHEDA INFERMIERISTICA, RIEMPENDOLA IN TUTTE LE SUE PARTI.</p>
<p>TRASFERIMENTO DEL PAZIENTE IN SALA OPERATORIA</p>	<p>L' INFERMIERE , INSIEME AL COLLEGA DI SALA OPERATORIA, ACCOMPAGNA IL PAZIENTE CON ACCORTEZZA.</p>
<p><b>FASE POST-OPERATORIA</b></p>	<p><b>FASE POST-OPERATORIA</b></p>
<p>MONITORAGGIO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ATTIVITA' CARDIACA</li> <li>- PRESSIONE ARTERIOSA</li> <li>- OSSIGENAZIONE</li> <li>- LIVELLO DI COSCIENZA DEL PAZIENTE</li> <li>- DOLORE</li> <li>- DIURESI</li> </ul>	<p>L'INFERMIERE MONITORIZZA IL PAZIENTE COLLEGANDO IL CAVETTO DELL' ECG, DELLA PRESSIONE ARTERIOSA INCRUENTA ( IN BASE AI CASI, PRESSIONE ARTERIOSA CRUENTA), DEL SATURIMETRO;</p> <p>CONTROLLA IL LIVELLO DI COSCIENZA DEL PAZIENTE FACENDO QUALCHE SEMPLICE DOMANDA. CHIEDE SE HA DOLORE, SOMMINISTRANDO, IN TAL CASO, FARMACI ANALGESICI;</p> <p>CONTROLLA LA DIURESIS, I DRENAGGI, L'ESCURSIONI TORACICHE DEL PAZIENTE, LA</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- DRENAGGI</li> <li>- RESPIRAZIONE</li> <li>- ESCURSIONI TORACICHE</li> <li>- INFUSIONE</li> <li>- TEMPERATURA</li> </ul>	<p>TEMPERATURA CORPOREA;</p> <p>IN BASE ALLE ESIGENZE POSIZIONA IL RISCALDATORE CON L'APPOSITA COPERTA TERMICA;</p> <p>CONTROLLA LE INFUSIONI ED EVENTUALMENTE SOSTITUISCE LE MEDICAZIONI DELLE VENE , DELL' ARTERIA, DELLA FERITA CHIRURGICA;</p> <p>SE NECESSARIO POSIZIONA BORSA DI GHIACCIO;</p> <p>CAMBIA I SACCHETTI DI DRENAGGIO, DIURESIS, S.N.G.</p>
<p style="text-align: center;"><b>CRITERI DI DIMISSIONE:</b></p> <p>-MONITORAGGIO DEL PAZIENTE:</p> <p style="padding-left: 40px;">-30 MINUTI PER INTERVENTI. INFERIORI A 1 ORA PER ANESTESIE LOCOREGIONALI</p> <p style="padding-left: 40px;">-60 MINUTI PER I RESTANTI INTERVENTI</p> <p>-STABILIZZAZIONE DEI PARAMETRI VITALI.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- STATO DI COSCIENZA</li> <li>- DOLORE</li> </ul>	<p>L'INFERMIERE CONTROLLA SE I PARAMETRI VITALI SI SONO STABILIZZATI , TRASCRIVE I VALORI DELLA FREQUENZA CARDIACA, PAO . TUTTO CIO' CHE VIENE SOMMINISTRATO SI TRASCRIVE IN UNA APPOSITA CARTELLA INFORMATIZZATA. DOMANDA AL PZ COME SI SENTE, VALUTANDO IL SUO STATO DI COSCIENZA, STAMPA LA TERAPIA , LA CARTELLA ANESTESIOLOGICA E , DOPO CHE IL MEDICO ANESTESISTA PRENDE VISIONE DEL PAZIENTE, MANDA IL PAZIENTE IN REPARTO DIMETTENDOLO DALLA SR.</p>

## Elenco apparecchiature raccomandate per l'area di risveglio attrezzata.

<b>Raccomandati</b>	<b>Opzionali</b>
monitor ECG	Capnometro
Defibrillatore	ventilatore meccanico
misuratori pressione arteriosa	pompe peristaltiche e a siringa
sistemi di O2 terapia (flussometri, umidificatori, maschere, ecc.)	stimolatore neuromuscolare
sistemi di ventilazione manuali	pace-maker
sistemi di aspirazione	
laringoscopio	
tubi endotracheali e cannule	
saturimetro a polso	
termometri	

L'organico è composto da:

- 14 infermieri,
- 13 strumentisti,
- 7 ausiliari,

suddivisi, in linea di massima, nel seguente modo:

Un infermiere, uno strumentista ed un ausiliario per ogni sala operatoria, 2 infermieri in sala risveglio e 2 strumentisti in sala di sterilizzazione.

- Di **mattina** vi sono 5 infermieri, 5 strumentisti, 3-4 ausiliari.
- Di **pomeriggio** vi sono 3 infermieri, 3 strumentisti e 2 ausiliari.
- Di **notte** vi è solamente l'infermiere turnista, lo strumentista e l'ausiliario sono reperibili;

La coordinatrice mi ha spiegato le innumerevoli problematiche della gestione di una sala operatoria: la gestione del personale, la gestione dei vari conflitti, che inevitabilmente nascono, la compilazione dei moduli informatizzati per la richiesta di presidi sanitari, della farmacia, della manutenzione dei materiali guasti attraverso la rete informatica di intranet. Si è affrontata la tematica della gestione delle richieste di materiale protesico di ortopedia, chirurgia,

oculistica, chirurgia plastica, della richiesta e dello scarico degli stupefacenti, della gestione del programma operatorio e di tutto ciò che ne deriva (telefonate ai medici, per avere la nota operatoria, compilazione del programma operatorio al computer e vidimazione dal responsabile del servizio d'anestesia). Ho notato come il coordinatore debba relazionarsi, sia all'interno della sala operatoria che all'esterno, con le varie figure mediche delle varie unità operative, della Direzione Sanitaria, della Direzione Amministrativa.

Giorno **30/11/2004** e **04/12/2004** mi sono recato presso l'unità operativa di **medicina**, dalle ore 08:00 alle ore 13:00, dove sono stato accolto dalla coordinatrice, la Sig.ra Lidia Giaimo. Inizialmente ho esaminato le stanze dei pazienti, per vederne la struttura e dopo ho cercato di approfondire la mia conoscenza su quella realtà, prendendo visione dei vari protocolli e della documentazione utilizzata.

L'organico è composto da :

- ❖ infermieri       18 unità
- ❖ ausiliari         7 unità

Vi sono 3 giornalieri e 15 turnisti, che ruotano in quinta squadra; per ogni turno vi sono 3 unità.

L'unità operativa è composta da 35 posti letto ed è suddivisa, nel suo interno, in 3 discipline che sono:

-  Semintensiva;
-  Gastroenterologia;
-  Medicina d'urgenza;

In questa unità operativa ho riscontrato un tipo di assistenza personalizzata, per piccole equipe (ogni infermiere ha infatti le sue stanze da gestire). La struttura delle stanze di degenza (vi sono 6 stanze con 6 letti ciascuna) non agevola l'organizzazione e la pianificazione dell'assistenza infermieristica, ma vi è un team di infermieri ed una coordinatrice che si impegnano molto. Vi sono schede infermieristiche sulle quali vengono rilevati, annotati e trascritti i bisogni dei pazienti. L'unica attività assistenziale vincolata all'orario è la somministrazione della terapia, per tutto il resto gli infermieri si organizzano in base ai bisogni ed alle esigenze dei pazienti. Ho notato che, anche se l'organizzazione è tale da permettere un'assistenza di buona qualità, vi sono problemi di carattere strutturale e numerico (le unità infermieristiche

sono insufficienti). Sarebbe necessario un maggior numero di carrelli per le medicazioni, per il giro letti, ecc...

Per responsabilizzare maggiormente gli infermieri la coordinatrice ha applicato un protocollo d'accoglienza dei pazienti, il loro trattamento in urgenza, la compilazione di schede, relative ai pazienti su ciò che viene loro praticato; tali schede, datate e firmate, devono essere aggiornate.

Di seguito riporto la scheda infermieristica utilizzata:

DATA DI DIMISSIONE.....

REPARTO MEDICINA

SIG.....NATO/A IL.....DATA RICOVERO.....

MOTIVO DEL RICOVERO.....

LETTO	DIETA	LESIONI CUTANEE		DEAMBULAZIONE			COND. IGIENICHE	
		SI	NO	AUTON.	CON SUPPORTO	SCARSE	SUFF.	
		ZONA:		SEMI DIPENDEN.	DIPENDEN.	BUONE	OTTIME	
ESAMI DIAGNOSTICI				CONTROLLO GLICEMICO				
ESAME	DATA ESECUZIONE		DATA	6	14,30	6 FIRMA	14,30 FIRMA	
EGDS								
BRONCO								
TAC								
ECO								
DOPPLER								
COLON								
ERCP								

ANNOTAZIONI INFERMIERISTICHE							
DATA	NOTE						FIRMA
CURE IGIENICHE				CAMBIO BIANCHERIA			
DATA/ORA	SI	NO	FIRMA	DATA/ORA	SI	NO	FIRMA
	SI	NO			SI	NO	
	SI	NO			SI	NO	
	SI	NO			SI	NO	
	SI	NO			SI	NO	
	SI	NO			SI	NO	
	SI	NO			SI	NO	
	SI	NO			SI	NO	
	SI	NO			SI	NO	

Ho partecipato alla visita medica nel cui corso viene presa nota di ciò che deve essere fatto ai singoli pazienti ( ecg, esami, emogas, rx torace, procedure strumentali particolari, ecc..) e si preparano le richieste e vengono aggiornate le schede infermieristiche.

Il **07/12/2004** ho svolto il tirocinio presso l'unità operativa di **diagnostica per immagini**, dalle ore 08:00 alle ore 13:00. Sono stato accolto dal coordinatore, il Sig. Gianfranco Cugliandro, che mi ha mostrato come è strutturata ed organizzata l'unità operativa.

Vi sono:

- 2 sale diagnostiche,
- 1 sala diagnostica, presente in ambulatorio,
- 1 sala per l'esecuzione della mammografia,
- 1 sala per la risonanza magnetica,
- 1 sala tac,
- 1 sala per l'ecografia.

L'organico è composto da:

- 12 tecnici di radiologia;
- 4 ausiliari;

Suddivisi nel seguente modo:

Tecnici di radiologia

Ausiliari

Mattina ➡ 5 unità

Mattina ➡ 2 unità

Pomeriggio ➡ 3 unità

Pomeriggio ➡ 1-2 unità

Notte ➡ 1 unità

In quella mattina ho assistito all'esecuzione di diversi esami radiologici; Il coordinatore mi ha mostrato come "richiedere la farmacia", i presidi sanitari ed il materiale occorrente attraverso richieste informatizzate che vengono spedite direttamente alla farmacia, tramite una rete informatica (intranet). Il coordinatore mi ha fatto vedere come gestisce i turni, le malattie e le ferie, inoltre, oltre alla gestione del buon funzionamento dell'unità operativa, egli si occupa anche di eseguire contrastografie, esami radiologici e gestisce l'assistenza diretta alle diverse apparecchiature attraverso richieste da inoltrare alle ditte che si occupano della manutenzione.

I tecnici di radiologia si occupano dell'esecuzione di esami in corsia, in UTIR, UTIC, UTIN e Sala Operatoria.

Il coordinatore mi ha parlato del rischio radiologico.

Bisogna controllare che il personale venga sottoposto ai vari controlli quali:

- ✚ visita oculistica;
- ✚ visita dermatologica;
- ✚ prelievo di sangue, una volta l'anno;
- ✚ visita dal medico del lavoro;

Ho preso visione del modulo da fare firmare ai pazienti prima dell'esecuzione di esami radiografici; poichè reputo che l'informazione ai pazienti sia fondamentale e doverosa, in questa mia relazione ho voluto inserire di seguito il suddetto modulo.



**CONSENSO INFORMATO ALLA ESECUZIONE DI ESAMI  
RADIOGRAFICI.**

Il sottoscritto.....dichiara di avere avuto dal personale medico e/o tecnico responsabile addetto, le seguenti informazioni sui rischi specifici relativi all'impiego delle radiazioni ionizzanti:

- 1) le radiazioni ionizzanti hanno un potenziale effetto cancerogeno ;
- 2) esiste, come per qualunque esame diagnostico, un margine di errore indipendente dalla competenza dell'esecutore o dall'efficienza delle apparecchiature ;
- 3) nelle donne in età fertile, allo scopo di evitare danni genetici sul prodotto del concepimento, gli esami radiologici vanno effettuati di nonna subito dopo l'ultima mestruazione o qualora possa essere del tutto esclusa una gravidanza in atto ;
- 4) per obbligo di legge, e per quanto sopra esposto, non possono essere effettuati esami radiologici in donne in stato di gravidanza (soprattutto nei primi tre mesi) se non motivati da effettive ed indifferibili esigenze clinico - diagnostiche ;
- 5) per la popolazione in età fertile l'esecuzione degli esami diagnostici comportante l'esposizione degli organi genitali e della pelvi, deve essere limitata ai casi strettamente indispensabili, per l'eventuale rischio di danno riproduttivo.

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere stato messo a conoscenza degli eventuali rischi connessi all'esecuzione di esami con somministrazione di mezzo di contrasto, acconsentendo alla loro effettuazione. A tal proposito il sottoscritto è stato informato che la somministrazione del mezzo di contrasto può indurre, a volte, reazioni indesiderate ed è stato messo a conoscenza delle possibili entità delle stesse (Shock anafilattico - Reazioni avverse al m.d.c.).

La presente dichiarazione ha validità anche con riferimento alla esecuzione di indagini radiografiche a scopo medico - legali\_ (Art. 111 D.L\_gs 230/95)

DATA\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

FIRMA\_\_\_\_\_

Il **09/12/2004** ed il **10/12/2004** sono stato invece nell'unità operativa di **ortopedia**, dalle ore 08:00 alle ore 13:00, dove sono stato accolto dalla coordinatrice, Suor Marianna, che mi ha mostrato innanzitutto le stanze di degenza, la medicheria, la cucina, la stanza dei medici e la sua stanza , dopo abbiamo avuto modo di dialogare su quella realtà che mi accingeva a conoscere.

L'organico è composto da:

 Infermieri		15 unità
 Terapisti della riabilitazione		4 unità
 Ausiliari		6 unità

Tale organico è suddiviso nel seguente modo:

### **Mattina**

- 4 infermieri , 2 turnisti e 2 giornalieri;
- 3 terapisti della riabilitazione (nei giorni festivi non vi è nessuno);
- 3-4 ausiliari;

### **Pomeriggio**

- 2 infermieri turnisti ed 1 giornaliero,
- 1 terapeuta della riabilitazione,
- 2 ausiliari (nei giorni festivi 1 unità);

### **Notte**

- 2 infermieri turnisti;

Vi sono **30** posti letto suddivisi in:

- 7 stanze con 4 letti ciascuna,
- 2 stanze con letto singolo per pazienti con particolari infezioni.

La coordinatrice, oltre che dell' unità operativa, si occupa anche della gestione della sala gessi che è ubicata nell'ambulatorio di ortopedia e dove vi è un suo referente che si occupa del reparto secondo le sue indicazioni. In questi 2 giorni ho partecipato alla visita medica, che comincia intorno alle ore 08:00, ed ho appreso che un infermiere, delegato dalla coordinatrice, si occupa della compilazione di richieste per esami, ecg, rx, esami strumentali, ecc...

In questa realtà l'assistenza viene eseguita per compiti e non per piccole equipe, la coordinatrice mi ha raccontato che stava cercando di avviare un progetto che conciliasse gli interessi di tutti ma che trovava, purtroppo, molta resistenza al cambiamento. La proposta consiste nel dividere in due l'unità operativa e fare due gruppi distinti con relativi infermieri e terapisti della riabilitazione. Per quanto riguarda i ricoveri vengono fatti di mattina, intorno alle ore 10:00, e, per "motivi di posto letto", anche le dimissioni. Per richiedere interventi tecnici per la manutenzione di apparecchiature, vi è un programma che permette di inoltrare direttamente la richiesta al tecnico competente, tale programma è comune a tutte le unità operative in cui ho svolto il tirocinio (**INTRANET**). La coordinatrice si occupa anche di catalogare le cartelle e le radiografie da mandare in archivio inoltre aggiorna la terapia dei pazienti, su prescrizione dei medici. In questa unità operativa non vi è cartella infermieristica, né cartacea, né informatizzata, ma si sta provvedendo alla sua attuazione. Oltre ad esaminare ed a rendermi conto di ciò di cui si occupano i coordinatori infermieristici, ho chiesto di espormi la loro visione del coordinamento, il risultato, a mio avviso, è stato stimolante e positivo.

Giorno **11/12/2004** ho svolto tirocinio in **UTIR** (Unità di Terapia Intensiva e Rianimazione), dalle ore 08:00 alle ore 13:00. Sono stato accolto dal coordinatore, il Sig. Pietro Trapani, che mi mostrò la struttura dell'unità operativa di rianimazione e la sua organizzazione.

Essa è composta da :

- ◆ 4 BOX di terapia intensiva;
- ◆ 3 BOX di post intensiva;
- ◆ 1 Sala d'accoglienza;
- ◆ 1 Stanza medici;
- ◆ 1 Stanza per l'esecuzione dell'emogas e per il lavaggio e la disinfezione delle varie apparecchiature elettromedicali;
- ◆ Cucina.

Ogni box è composto da:

un letto, un aspiratore, un respiratore, un monitor, un carrello che contiene i presidi sanitari utili (garze, guanti, siringhe, laringoscopio, tubi endotracheali, pallone ambu, cannule nasali e tracheali, sondini per aspirazione, sng, ecc...), un lavandino, un carrellino, pompe peristaltiche.

L'organico è composto da:

**Infermieri** 20 unità:

- 3 turnisti di mattina, 3 di pomeriggio e 3 di notte;
- infermieri giornalieri 2-3 unità di mattina ed 1 di pomeriggio.

**Ausiliari** 7 unità, di cui:

- 1 turnista di mattina + 1 giornaliero,
- 1 turnista di pomeriggio ed 1 di notte, i restanti sono giornalieri;

Ho seguito il coordinatore durante lo svolgimento delle sue funzioni discutendo con lui delle problematiche relative alla gestione della rianimazione che è sicuramente diversa da quella di altre unità operative; egli si occupa dell'assegnazione degli infermieri nei vari box, di richiedere la farmacia ed i vari presidi sanitari occorrenti, di effettuare richieste per la

manutenzione di apparecchiature elettromedicali, ecc... Ho visto che collabora con gli infermieri per l'igiene, le medicazioni e la mobilitazione dei pazienti, e con gli anestesisti per l'incannulamento di accessi venosi centrali, arterie, tracheostomie, ecc...

Il coordinatore mi ha fatto trascrivere al computer alcune richieste da inviare in farmacia ed all'ufficio tecnico, via intranet, facendomi attivamente entrare nelle funzioni di coordinamento. Ho preso visione dei vari protocolli e delle procedure che bisogna attuare in maniera omogenea. A metà mattina ho discusso con il coordinatore di una delle complicità importanti in Utir, cioè il monitoraggio delle piaghe da decubito o, meglio ancora, delle lesioni da pressione;

Si è parlato di:

diagnosi infermieristica, obiettivi, interventi da attuare, verifica e valutazione dei risultati ottenuti, delle sedi anatomiche più interessate, delle varie posizioni da far assumere al paziente, del bisogno di mobilità di questi pazienti, dei cambi di posizione, dei vari tipi di materassi antidecubito esistenti (ad acqua ed aria) e dei punti di maggiore compressione. Il coordinatore mi ha mostrato un articolo scritto da lui e da un'altra collega sulla "Prevenzione e cura delle piaghe da decubito" su cui abbiamo discusso; mi ha fornito il materiale che ho letto ed ho ritenuto opportuno riportare in allegato a questa relazione. Dopo mi sono occupato di come vengono impostati i turni e di come è fatto un ordine di servizio. Altra cosa importante è stata prendere visione della cartella infermieristica informatizzata, passo importante per la qualità assistenziale e per la presa di coscienza della responsabilità dell'infermiere nel processo di cura dei degenti.

Nei giorni **16/12/2004**, **17/12/2004**, dalle ore 08:00 alle ore 13:00, e **21/12/2004**, dalle ore 08:00 alle ore 14:00, ho svolto il tirocinio pratico presso **l'Ufficio Infermieristico**. Questa era una realtà che conoscevo poco ma in occasione del tirocinio ho preso visione di alcune delle problematiche di questo lavoro e di chi lo svolge. In questi giorni mi è stato spiegato come è fatto un turno di lavoro e come apportare le modifiche ai turni attraverso un programma del computer, in occasione di cambi turni, malattie o ferie. Il responsabile del servizio infermieristico, il Sig. Pollicino Giuseppe, mi ha fatto vedere come vengono gestiti, tramite l'invio all'ufficio del personale, i giustificativi che arrivano dalle varie unità operative per diversi motivi (cambi turni, malattie, ferie, straordinario conto permesso, straordinario supplementare, prestazioni aggiuntive, ecc...).

Mi ha parlato, per grandi linee, delle funzioni del responsabile di un ufficio infermieristico (e di tutte le possibili problematiche correlate alla gestione ed ai rapporti con i coordinatori) della turnistica, che è di tipo centralizzata, e della programmazione mensile che viene fatta dalla seconda metà di ogni mese (tenendo in considerazione le opzioni raccolte dai coordinatori delle varie unità operative). Questi turni di servizio vengono fatti dai coordinatori e vengono mandati al responsabile dell'U.I. che deve valutare che vengano rispettate, da un punto di vista contrattuale, una serie di situazioni (riposi, recuperi) e, ultimati, vengono spediti all'ufficio del personale. Dopo una esaustiva e prolungata spiegazione ho messo in atto la programmazione dei turni con un programma computerizzato. In questi giorni passati all'Ufficio Infermieristico ho parlato anche di formazione e dell'iter da seguire per l'accreditamento di eventi formativi residenziali ed ho proposto al responsabile di:

- fare un elenco di tutto il personale dell'ospedale che deve effettuare aggiornamento professionale e dei crediti **ECM** di

ognuno, per monitorarne l'aggiornamento e per poter dare a tutti la possibilità di partecipare a questi corsi ed aggiornarsi .

Sono andato con il responsabile presso l'unità operativa di ginecologia ed ho partecipato ad una riunione con la coordinatrice e con l'ispettore sanitario per alcune problematiche connesse ai turni degli ausiliari e alla carenza di personale. Dopo mi sono recato all'Ufficio del personale, perché vi erano dei problemi legati alle reperibilità degli strumentisti di sala operatoria; sempre in questi giorni sono stato in Direzione Sanitaria, in Cardiologia, in Chirurgia e all'Ufficio Amministrativo per partecipare a riunioni di carattere gestionale ed organizzativo dell'azienda.

Le ultime ore di tirocinio del Master in Management Infermieristico, seguendo lo schema fornito dall'Università, le ho svolte presso l'unità operativa del **Pronto Soccorso**, nei giorni **23/12/2004** e **24/12/2004**, dalle ore 08:00 alle ore 14:00. Sono stato seguito dal coordinatore infermieristico, il Sig. Di Liberto Guglielmo, che mi ha innanzitutto fatto vedere strutturalmente il pronto soccorso e dopo mi ha spiegato le responsabilità dell'organizzazione e della gestione di quella realtà. Il Pronto Soccorso è composto da **4** sale visite di accoglienza distribuite nel seguente modo:

- ✚ Sala 1 e 3 per le emergenze;
- ✚ Sala 2 per bendaggi e gessi;
- ✚ Sala 4 per la chirurgia (suture, rimozione di punti, medicazioni particolari, ecc...).

Dopo vi è:

- 1 saletta per effettuare il TRIAGE,
- 1 sala di degenza breve,
- 1 stanza adibita al magazzino ed alla conservazione di farmaci,
- la stanza del primario,
- la stanza del coordinatore.

L'organico è composto da:

infermieri      ➡      19 unità

ausiliari       ➡      11 unità

La mattina vi sono 4 infermieri, 1 per il triage e 3 per le sale visite. Gli infermieri turnisti per ogni turno sono 3 e gli ausiliari 2;

Ogni sala visita è composta da:

- ◆ lettino
- ◆ lavandino
- ◆ carrello per farmaci
- ◆ fonte di ossigeno

- ◆ scialitica
- ◆ monitor
- ◆ computer
- ◆ tutti i vari presidi sanitari che possono occorrere in urgenza (pallone ambu, tubi endotracheali, pinza di megil, filtri, cannule, maschere per la ventilazione, laringoscopio, siringhe ecc...)
- ◆ due respiratori per tutte le sale per eventuali intubazioni.

Nella seconda sala visita vi è invece il seguente materiale:

- ◆ fasce di gesso di diverse misure ( 5-10-15-20 cm)
- ◆ stecche di diverse misure
- ◆ cotone di germania, diverse misure di maglia tubulare, ecc.

Dopo aver preso visione del pronto soccorso, il coordinatore mi ha fatto vedere come richiedere la farmacia attraverso intranet, come compilare le richieste per l'ufficio acquisti, per l'ufficio tecnico, come occuparsi della gestione degli stupefacenti, sia della richiesta che dello scarico, ecc... Compito del coordinatore è quello di assegnare gli infermieri nelle varie sale, custodire le radiografie, i referti e catalogarli ogni giorno per poi inviarli in archivio, controllare il funzionamento delle apparecchiature elettromedicali, la scadenza dei farmaci. Il coordinatore mi ha mostrato i protocolli in uso e come si svolge il lavoro dell'infermiere di triage, il quale assegna alle persone che giungono al pronto soccorso un codice, secondo le condizioni di salute, in base alla gravità della situazione:

-  rosso,
-  giallo,
-  verde,
-  bianco

Altro argomento molto importante, a mio avviso, è stata la gestione degli studenti infermieri e dei neoassunti. Mi ha mostrato i moduli standard che vengono dati dalle diverse università, per poter valutare la preparazione di

ogni singolo studente in infermieristica, e si è discusso dell'importanza della formazione nella nostra professione.

Tra le altre attività di cui deve occuparsi il coordinatore vi sono:

- controllo qualità dell'ABL,
- controllo della check list, che viene fatto dagli infermieri ed ausiliari su supervisione del coordinatore,
- controllo della sicurezza di tutto il personale,
- comunicazione dei posti liberi, disponibili in tutto l'ospedale, al servizio del **118** di Palermo, previa comunicazione dai coordinatori delle varie unità operative.

## Conclusioni

Ho parlato molto con i vari coordinatori delle unità operative in cui ho svolto il tirocinio, cercando di entrare, anche se per poco tempo, nelle realtà lavorative di ognuno. Sono stato accolto con massima disponibilità da parte di tutti e, come ho riportato in questa relazione, oltre all'organizzazione delle varie unità operative, ho cercato di cogliere i problemi:

- di tipo relazionale con i colleghi, con i pazienti ed i loro familiari, con i medici,
- di tipo strutturale,
- di comunicazione,
- della qualità infermieristica nel processo dell'assistenza ai pazienti, ecc...

Ho riportato alcuni protocolli, procedure ed inoltre il lavoro svolto dai colleghi dell'UTIR perché mi ha molto affascinato e perché sono sicuro che la ricerca nella nostra professione sia fondamentale per un'assistenza di **“Qualità”**.

Reputo importante diffondere alcuni lavori fatti dai nostri colleghi su evidenze scientifiche che possono arricchire ognuno di noi (**Allegato 1**).

## **ALLEGATO 1**

### Prevenzione e cura delle piaghe da decubito in terapia intensiva

**Piero Trapani<sup>1</sup>, Nancy Tortorici<sup>2</sup>**

1) I.P.-caposala, 2) I.P.

Unità di Terapia Intensiva Rianimatoria - Ospedale Buccheri La Ferla - Palermo

### **PREMESSA**

L'ulcera da pressione è una lesione cutanea ad evoluzione necrotica che interessa la cute, il derma e gli strati sottocutanei fino a raggiungere i muscoli, quindi tutti gli strati che sono tra la superficie di appoggio e l'osso sottostante ed è il risultato della continua e costante compressione locale che interferisce con l'apporto ematico dei tessuti e provoca ischemia e necrosi.

Per meglio comprendere come ciò avvenga, va detto che la pressione sanguigna nel distretto microvascolare è di 30-35 mmHg all'estremità arteriolare mentre discende a 14-16 mmHg all'estremità venosa con una pressione capillare media di circa 20 mmHg. Quando la pressione nel punto di appoggio supera i 35 mmHg si ha arresto della circolazione ed ischemia tissutale. E' stato dimostrato che per una persona sdraiata su un comune materasso la pressione media a livello delle varie zone di appoggio e soprattutto in corrispondenza delle prominenze ossee (sacro, trocantere, talloni) varia tra i 21 e i 71 mmHg. In condizioni normali il limite della tolleranza alla compressione viene raramente oltrepassato perchè il fastidio provocato dall'ischemia sollecita il soggetto al cambiamento di posizione. E' altresì dimostrato che risulta essere più dannosa una pressione lieve esercitata per lungo tempo che una pressione forte per brevi periodi di tempo. Oltre che per la pressione, le piaghe da decubito possono formarsi anche per effetto di forze di stiramento che facendo scorrere i piani molli rispetto alle superficie scheletriche, strozzano, in un certo senso, le arterie perforanti che nutrono la pelle. La comprensione delle modalità di insorgenza, la precoce prevenzione, la conoscenza del tipo di trattamento da porre in atto, riducono i rischi e limitano l'incidenza delle piaghe contribuendo in modo determinante alla cura, alla riabilitazione ed al recupero totale della persona.

## PROBLEMATICHE ASSISTENZIALI

Le problematiche cliniche inerenti all'ulcera da pressione riguardano sostanzialmente tre aspetti: l'individuazione dei pazienti a rischio, l'attenta sorveglianza delle aree a rischio e l'esatta identificazione dello stadio evolutivo della lesione ulcerativa.

Pazienti a rischio

- Pazienti anziani: il 70% delle ulcere da decubito si verifica in pazienti ultra settantenni.
- Mielolesi: poichè affetti da deficit di sensibilità ed immobilità, incontinenza, deplezione proteica.
- Miastenici: poichè affetti da ipomobilità.
- Pazienti affetti da sclerosi multipla: per il deficit di mobilità, la spasticità e la frequente incontinenza.
- Pazienti oncologici: in presenza di cachessia, anemia, malnutrizione, febbre.
- Diabetici: in quanto affetti da neuropatia ed angiopatia.
- Pazienti immunodepressi.
- Pazienti sottoposti ad emofiltrazione continua: per la prolungata immobilità.
- Pazienti portatori di apparecchi gessati.
- Tutti i pazienti con deficit nutrizionale o proteico.
- Pazienti in coma.
- Politraumatizzati.

Per una corretta identificazione e valutazione del paziente a rischio, al momento del ricovero, esistono alcune scale o indici che consentono di valutare il rischio di decubito. Noi nel nostro reparto abbiamo adottato la scala a punteggio di Norton, modificandola secondo le caratteristiche dei nostri pazienti.

### SCALA A PUNTEGGIO DI NORTON (modificata UTIR - Osp. B.L.F. - Palermo)

INDICATORI	VARIABILI			
CONDIZIONI GENERALI	BUONE	DISCRETE	SCADENTI	GRAVI
STATO MENTALE	LUCIDO	APATICO	COMA APALLICO	COMA
MOBILITA'	AUTONOMA	POCO LIMITATA	MOLTO LIMITATA	IMMOBILITA'
INCONTINENZA FECALE	ASSENTE	OCCASIONALE	CONTROLLATA DA FARMACI	CONTINUA
PUNTEGGIO INDICATORE	4	3	2	1

RISCHIO ASSENTE: da 16 a 15  
Punteggio finale RISCHIO LIEVE: da 14 a 12  
RISCHIO ELEVATO: uguale o inferiore a 11

## PREVENZIONE

L'insieme delle norme preventive, fondamentali e necessarie più della terapia stessa, vanno adottate dal momento del ricovero anche per i soggetti che presentano un rischio assente. Molto importante è il monitoraggio di tutte le manovre eseguite.

**PIANO DI ASSISTENZA** per il paziente a rischio di piaghe da decubito.

### OBIETTIVI degli INTERVENTI

<b>Valutazione del rischio:</b>	Al momento del ricovero utilizzare la scala di valutazione per l'individuazione del rischio "scala di Norton". Tale valutazione va ripetuta ogni sette giorni come monitoraggio del rischio.
<b>Controllo dello stato della cute:</b>	Ispezionare giornalmente ed in modo accurato la cute del paziente per verificarne l'integrità.
<b>Riduzione della pressione a livello delle superfici di appoggio:</b>	Sistematico cambio di posizione almeno ogni 4 ore (vedi <a href="#">tabella posizionamento</a> ).
<b>Prevenzione delle forze di stiramento:</b>	Evitare, durante la posizione semiseduta, lo scivolamento verso il basso.
<b>Prevenzione dell'attrito:</b>	Curare la pulizia e il rifacimento del letto facendo attenzione ai: - lenzuoli non tesi o ruvidi; - presenza di corpi estranei sotto il paziente (tappi, cappucci copri aghi, elettrodi, cavi monitor, ecc.). - Pulizia accurata del paziente dopo ogni : evacuazione o secondo necessità, utilizzando acqua tiepida e detergenti delicati; non usare detergenti o disinfettanti se non prescritti per necessità mediche; asciugare la cute tamponando;
<b>Prevenzione della macerazione cutanea:</b>	- Non frizionare la cute con alcool; - Massaggiare le zone a rischio con sostanze emollienti come Rikospray o olio di vaselina, avendo cura di non fare rimanere la cute untuosa.  - Evitare traverse di plastica o traverse ovattate a contatto diretto con la cute; sopra di esse usare traverse di cotone.

Un'efficace procedura per la prevenzione delle lesioni da decubito è sicuramente offerta dall'applicazione del piano di posizionamento sotto indicato:

<b>Piano di posizionamento per pazienti non piagati: frequenza cambio posturale ogni 4 ore</b>						
<b>ore</b>	08.00	12.00	16.00	20.00	24.00	04.00
<b>posizione</b>	lato destro	supina	lato sinistro	lato destro	supina	lato sinistro

Nel caso il paziente si presenti alla nostra osservazione con delle lesioni già formate è imperativo evitare le posizioni che favoriscono l'aggravarsi delle lesioni stesse, mentre vanno perseguite quelle posizioni che danno ai tessuti danneggiati la possibilità di volgere a guarigione.

<b>Posizioni da evitare assolutamente se una lesione è già presente:</b>		
<b><i>sede lesione</i></b>	<b><i>posizioni consigliate</i></b>	<b><i>posizioni da evitare</i></b>
sacro	laterale dx-sn	seduta
ischio	laterale dx-sn	seduta
trocantere dx	supina-laterale sn	laterale dx
trocantere sn	supina-laterale dx	laterale sn
tallone	laterale dx-sn	supina

La tabella che segue esemplifica le zone corporee maggiormente esposte a pressione prolungata in relazione alla posizione del paziente.

## SEDI ANATOMICHE ED INCIDENZA



### POSIZIONE SUPINA:

regione del sacro, apofisi spinose vertebrali, spina della scapola, nuca, talloni.



### POSIZIONE PRONA:

zigomo, regione temporale, padiglione auricolare, arcate costali, (zone antero-laterali del torace), spina iliaca antero-superiore, ginocchia.



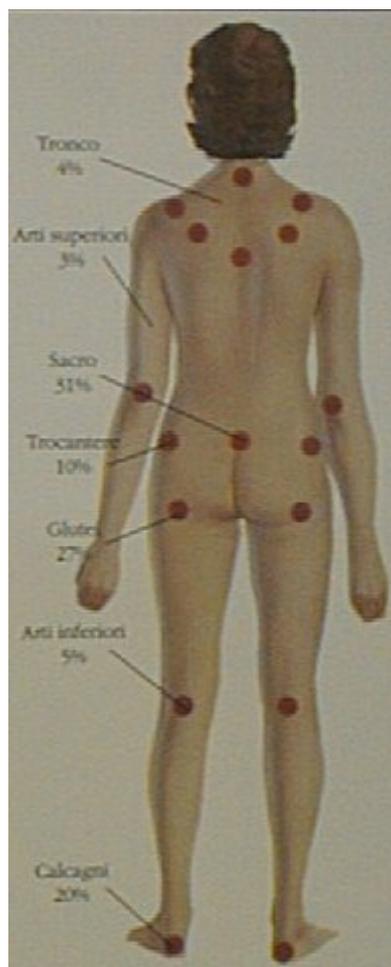
### POSIZIONE

**LATERALE:** regione del trocantere, cresta iliaca, malleoli, bordo esterno del piede, ginocchio, spalla, regione del scapola, gomito, padiglione auricolare, zigomo.



### POSIZIONE

**SEDUTA:** gomito, regione del coccige, regione ischiatica, aree compresse dai bordi della sedia, da ciambelle, cuscini, padelle, angoli di sporgenza costale nei cifoscoliotici.



E' importante che gli infermieri sappiano individuare e quindi adeguatamente prevenire e correggere quei meccanismi patogenetici che ostacolano la guarigione di una lesione da decubito e che in realtà rappresentano le fasi evolutive della lesione stessa.

## EVOLUZIONE DELLA LESIONE

Il normale processo di guarigione dell'ulcera può essere ritardato da cinque fattori:

### IPOSSIA TISSUTALE

L'ipossia produce grandi quantità di radicali liberi dell'Ossigeno, che danno il via a processi infiammatori. Inoltre, i radicali liberi, producendo istamina e prostaglandine, danno vasodilatazione, eritema, edema ed emorragie.

### LESIONE LOCALE

Le alterazioni indotte dalla compressione iniziano apparentemente dalla superficie cutanea

per poi estendersi in profondità. Per le lesioni di 1° e 2° grado, in condizioni normali contemporaneamente ai processi degenerativi, si attivano processi di riparazione e detersione (granulazione).

### **NECROSI TISSUTALE**

Nelle lesioni di 3° e 4° grado esistono processi infiammatori fortissimi con scarsa capacità riparativa. Tutto ciò in definitiva porta ad ulcerazione, escara e necrosi.

### **INFEZIONE LOCALE DELLA LESIONE**

La presenza di escara e necrosi conduce facilmente all'insorgenza di infezioni della lesione.

### **COMPROMISSIONE DELLE CONDIZIONI GENERALI DEL PAZIENTE**

Tanto più sono compromesse le condizioni generali del paziente, tanto minore è la percentuale di guarigione delle lesioni.

## **CLASSIFICAZIONE IN STADI E PIANO DI ASSISTENZA**

Sia se presente al momento del ricovero che nel caso di insorgenza successiva, la lesione cutanea va classificata in relazione allo suo stadio evolutivo. La classificazione in stadi più usata è quella di Shea, sotto descritta.

### **STADIO I**

### **TRATTAMENTO**

Iperemia attiva (scompare alla digitopressione) e/o abrasione a livello epidermico.

La lesione è reversibile anche in poco tempo se si elimina la causa.

- Non posizionare il paziente sulla lesione (vedi [tab.](#))
- Cambio di posizione ogni 4 ore (vedi [tab.](#))
- Pulizia della lesione e del tessuto circostante almeno due volte al giorno, con sapone, antisettico ed acqua calda.
- Medicare con prodotti di barriera (Rikospay)



## STADIO II

Iperemia passiva: non scompare alla digitopressione: è espressione di flogosi intensa con presenza anche di flittene a livello epidermico.



### TRATTAMENTO

- Non posizionare il paziente sulla lesione (vedi [tab.](#))
- Cambio di posizione ogni 4 ore (vedi [tab.](#))
- Se presente abrasione dell'epidermide, detergere con acqua ossigenata diluita con soluzione fisiologica al 50% (il lavaggio con acqua ossigenata libera O2 e consente così la rimozione dei micro-organismi presenti nella lesione). Quindi lavare con sol. fisiologica per togliere i residui di acqua ossigenata che lasciata in loco distrugge le cellule epiteliali nuovamente generate;
- Medicare con Argento Katadyn colloidale (Katoxyn spray) o con pellicole trasparenti di idrogel e alginati o con cerotto Allevyn

## STADIO III

Necrosi tessutale e/o escara a livello epidermico e del derma. Possono essere presenti delle infezioni locali, in quanto i focolai spesso si infiltrano negli spazi intermuscolari.



### TRATTAMENTO

- Non posizionare il paziente sulla lesione (vedi [tab.](#))
- Cambio di posizione ogni 4 ore (vedi [tab.](#))
- Rimuovere l'escara con enzimi autolitici (Iruxol), se il tentativo fallisce rimuovere l'escara chirurgicamente.
- Dopo l'escarificazione lavare con acqua Ossigenata diluita con soluzione fisiologica al 50% (il lavaggio con acqua ossigenata libera O2 e consente così la rimozione dei micro-organismi presenti nella lesione). Quindi lavare con sol. fisiologica per togliere i residui di acqua ossigenata che lasciata in loco distrugge le cellule epiteliali nuovamente generate.
- Disinfettare con Amuchina diluita al 5% con Sol. fisiologica (12,5 ml in 250 ml NaCl), ( l'Amuchina

favorisce la dissoluzione delle cellule necrotiche, possiede una buona azione disinfettante ma una blanda azione battericida). Attorno ai bordi potranno essere eseguite disinfezioni con Mercurio Cromo.



- Medicare con tavolette colloidali e chiudere con cerotto Allevyn.

- Trattamento con collagene:

- a) tavoletta integra non imbibita, rivedere dopo 24-48 ore;
- b) tavoletta disciolta applicare nuovo collagene dove consumato;
- c) non rimuoverlo laddove aderisce alla ferita, specie se ai bordi;
- d) non disinfettare inutilmente, detergere con sol. fisiologica.

## STADIO IV

Necrosi tessutale e/o escara a livello del tessuto sottocutaneo, muscolo, osso con comparsa di processi osteomielitici. Un rischio ulteriore è rappresentato dalla infezione locale, spesso di difficile risoluzione.



### TRATTAMENTO

- Non posizionare il paziente sulla lesione (vedi [tab.](#))
- Cambio di posizione ogni 4 ore (vedi [tab.](#))
- Rimuovere l'escara chirurgicamente.
- Dopo l'escarificazione lavare con acqua Ossigenata diluita con soluzione fisiologica al 50% (il lavaggio con acqua ossigenata libera O2 e consente così la rimozione dei micro-organismi presenti nella lesione).

- Quindi lavare con sol. fisiologica per togliere i residui di acqua ossigenata che lasciata in loco distrugge le cellule epiteliali nuovamente generate.

- Disinfettare con Amuchina diluita al 5% con sol. fisiologica (12,5 ml in 250 ml NaCl), (l'Amuchina favorisce la dissoluzione delle cellule necrotiche, possiede una buona azione disinfettante ma una blanda azione battericida). Attorno ai bordi potranno essere eseguite disinfezioni con Mercurio Cromo.



- Medicare con tavolette di collagene e chiudere con cerotto Allevyn.

---- Trattamento con collagene:

- a) tavoletta integra non imbibita, rivedere dopo 24-48 ore;
- b) tavoletta disciolta applicare nuovo collagene dove consumato;
- c) non rimuoverlo laddove aderisce alla ferita, specie se ai bordi;
- d) non disinfettare inutilmente, detergere con sol. fisiologica.

## **CONSIDERAZIONI**

La disinfezione delle piaghe da decubito rappresenta il momento più importante della terapia: solo quando sarà ben detersa e libera da pus e da tessuto necrotico, la lesione arresterà la sua espansione ed inizierà la formazione di tessuto di granulazione. L'infezione batterica ritarda notevolmente la guarigione della lesione ma la suscettibilità all'infezione può essere ridotta ripristinando un normale apporto di ossigeno alla ferita e rimuovendo i tessuti ischemici devitalizzati.

Nelle ulcere libere da necrosi e con un'ossigenazione ottimale, l'infezione locale si può controllare con un disinfettante locale non irritante, è consigliabile l'utilizzo di Amuchina diluita al 5% (12,5 ml in 250ml di NaCl). Questo non deve colorare la cute, cambiare l'apparenza della piaga, causare dolore o danneggiare la formazione del tessuto di granulazione.

Nel caso di piaghe di III e IV grado è utile praticare una specifica terapia antimicrobica locale previa identificazione delle colonie batteriche nelle colture cutanee e del tessuto osseo.

L'escissione dell'escara necrotica deve essere sempre attuata per consentire la granulazione e la riepitelizzazione del tessuto sottostante. L'escara è un buon terreno di coltura e ritarda la guarigione della lesione. E' necessario rimuoverla qualora sia stata raggiunto il giusto periodo di demarcazione. La toilette chirurgica per la rimozione dell'escara e del tessuto necrotico può essere eseguita al letto dei pazienti, rispettando tutte le regole dell'asepsi chirurgica. L'intervento mira a raggiungere il tessuto normotrofico e provocarne il sanguinamento.

## **CONCLUSIONI**

L'esperienza di ogni giorno ci insegna quanto sia di fondamentale importanza l'adozione di protocolli assistenziali sia per la prevenzione che per la cura delle piaghe da decubito. Di ciò l'Infermiere deve farsene carico, perchè in questo specifico ambito rimane il principale garante dell'assistenza al paziente, contribuendo in modo determinante al recupero totale della persona malata, in particolare in quei reparti come le Terapie Intensive dove il paziente è particolarmente colpito dall'evento morboso.

**Bibliografia:**

- Le piaghe da decubito e le ulcere degli arti inferiori. Manuale per operatori sanitari.

Conva Tec

- Team. Lesioni da pressione. Smith + Nephew.

- Assistenza infermieristica e piaghe da decubito. Scenario 2/94.

- Protocollo e standard nella prevenzione e cura delle piaghe da decubito. Scenario 1/94.