

QUALE LIMITE DELLE CURE NELLA RCP PRATICATA IN AMBIENTE EXTRAOSPEDALIERO?

Matteo Bartolomei

Infermiere specialista in Area Critica

28° Congresso Nazionale Aniarti 2009

INFERMIERI E LA QUESTIONE DEL LIMITE :

Osservazioni, interrogativi e proposte su:

- ✓ l'assistenza infermieristica
- ✓ la persona in situazione critica
- ✓ il sistema per la salute

25 - 26 -27 Novembre 2009 - **Bologna** - Palazzo dei Congressi

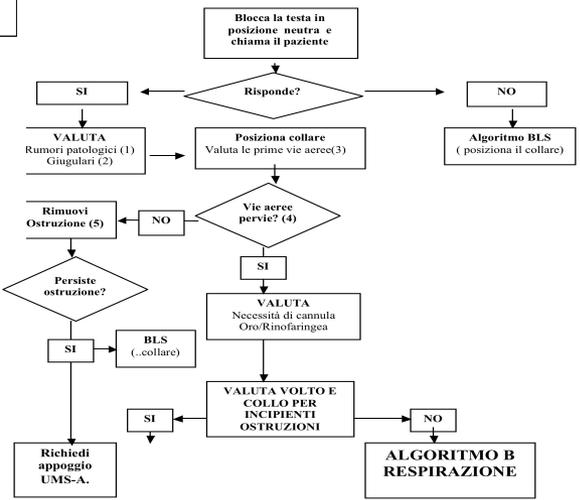
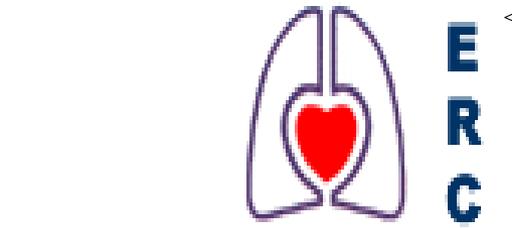
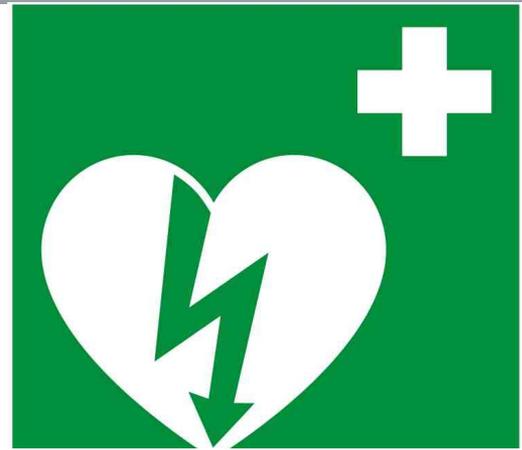
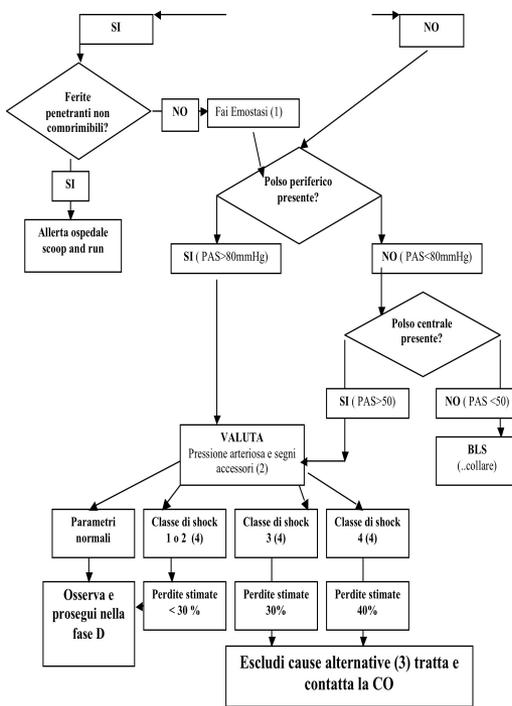
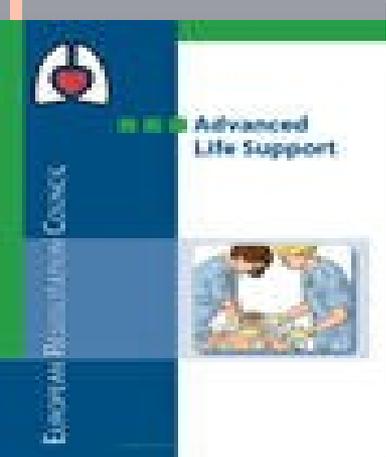
aniarti




ATTUALMENTE IL NOSTRO OPERATO DA COSA È DETERMINATO?

Linee guida internazionali (ERC, AHA)

Protocolli interni



LE VARIABILI CHE CARATTERIZZANO UNA RCP

1. intervallo tra ACR e procedure BLS;
2. intervallo tra BLS e ALS;
3. prognosi probabile e malattie sottostanti;
4. età;
5. temperatura;
6. assunzione di farmaci prima dell'ACR;
7. esistenza di condizioni trattabili;
8. ipovolemia.



LE VARIABILI CHE CARATTERIZZANO UNA RCP

La Prognosi dipende dalla Diagnosi
Differenziale



Morte:

evento puntuale con
cui giunge a
completamento il
processo del morire

Arresto

Cardiocircolatorio:
cessazione temporanea,
potenzialmente
reversibile, dei processi
vitali.



L'AUTONOMIA INFERMIERISTICA

- L'infermiere non potrebbe astenersi dal rianimare nessuno (che sia già deceduto, abbia lesioni incompatibili con la vita o che i tentativi rianimatori risulterebbero futili) per non rischiare di incorrere nel reato di negligenza.
 - Nel caso ci sia la presenza del solo infermiere bisogna però pensare a uno strumento (protocollo operativo) che dia la possibilità di:
 - riconoscere in modo inequivocabile le situazioni in cui non è opportuno procedere alla rianimazione;
 - suffragare questa decisione con dati oggettivabili e testimoniabili a fonte di eventuali contestazioni;
 - evitare contestazioni durante l'intervento;
 - evitare conseguenze medico-legali;
 - gestire correttamente il rapporto con familiari.
- 

Dati RCP Compilare i campi di colore bianco (o di colore verde se omessi nella scheda missione)

RCP non iniziata oppure interrotta all'arrivo della Echo:
MOTIVO:

Nessuna aspettativa di successo della RCP	232
Segni clinici di morte irreversibile	339
Fase finale di malattia incurabile (specifica in note)	71
Grave deperimento organico terminale	72
Rischio per l'incolumità del personale di soccorso	0

BLS in corso proseguito senza mai accedere a manovre avanzate;
Specificità:

RCP in atto interrotta perchè assenti indicazioni	16
RCP proseguita per didattica	3
RCP proseguita in attesa di notizie anamnestiche	4
RCP proseguita per contesto particolare (folla, etc.)	2
ROSC con ripresa coscienza e drive respiratorio	2
Altro...	

Data base medico anno 2008

Nell'attività di tutti i giorni si è dovuto affrontare il problema riguardo RCP si/no.



LEGGI ...

ATTUALMENTE IN QUALI CASI NON VIENE INIZIATA LA RCP DAL PERSONALE NON MEDICO

Dal database BLS/ILS dell'anno 2006 su un campione di 174 casi:



51 casi DAE non collegato al pz



Per 39 di questi viene indicata una delle situazioni seguenti:

- Evidenti parametri di morte
- Grave traumatismo
- Macchie ipostatiche
- Rigor mortis
- Decomposizione



INDAGINE SULLE ABITUDINI DEGLI OPERATORI, MEDICI E INFERMIERI, DI BOLOGNA

- Il 42% si discosta dalla risposta aderente alle direttive ERC riguardo la domanda: *“Quando tentare la RCP”*.
- L'83% , alla domanda *“Per decidere di non tentare una RCP l'operatore cosa dovrebbe fare?”* non è concorde sul consultare gli altri membri dell'equipe come indicato dalle L.G.
- Solamente l'1% è fedele alle L.G. in ambito pediatrico, rispondendo correttamente al quesito: *“Se la vittima di un ACR fosse un bambino”*.



MA SIAMO SICURI CHE IL NOSTRO AGIRE QUOTIDIANO SIA TUTELANTE?

La Pretura di Genova nel 1991 ha condannato per omicidio colposo due anestesisti e tre chirurghi per non aver protratto la RCP per un tempo di almeno trenta minuti, con la conseguente morte per arresto cardiaco di un bambino di nove anni, avvenuta durante un intervento di appendicectomia.

Vacatio legis



Disegno di Legge n. 10/A - 26 marzo 2009

Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento.

La presente legge, tenendo conto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione:

Art.1 *Tutela della vita e della salute*

1.f) *garantisce che in casi di pazienti in stato di fine vita o in condizioni di morte prevista come imminente, il medico debba astenersi da trattamenti straordinari non proporzionati, non efficaci o non tecnicamente adeguati rispetto alle condizioni cliniche del paziente o agli obiettivi di cura.*



Disegno di Legge n. 10/A - 26 marzo 2009

Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento.

Art. 4. Forma e durata della dichiarazione anticipata di trattamento

6. In condizioni di urgenza o quando il soggetto versa in pericolo di vita immediato, la dichiarazione anticipata di trattamento non si applica.



Disegno di Legge n. 10/A - 26 marzo 2009

Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento.

Art. 7. Ruolo del medico

1. Le volontà espresse dal soggetto nella sua dichiarazione anticipata di trattamento sono prese in considerazione dal *medico curante* che, sentito il fiduciario, annota nella cartella clinica le motivazioni per le quali *ritiene di seguirle o meno*.

CONVENZIONE DI OVIEDO?

NURSE



Deciding about CPR: Do-Not-Resuscitate (DNR) Orders

A do-not-resuscitate (DNR) order tells medical professionals not to perform CPR. This means that doctors, nurses and emergency medical personnel will not attempt emergency CPR if the patient's breathing or heartbeat stops.



DEONTOLOGICO

GENNAIO 2009

Abbiamo il compito di “prenderci cura della persona nel rispetto della libertà e della dignità dell’individuo” (art.3) e dobbiamo orientare le nostre azioni al bene dell’assistito (art.7).

Inoltre “l’infermiere tutela la volontà dell’assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita” (art.36) e “quando l’assistito non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lui chiaramente espresso in precedenza e documentato” (art.37).



IN VIRTÙ DI QUANTO DETTO,
POSSIAMO REALIZZARE DEGLI INDICATORI
CHE PRENDANO IN ESAME I SEGUENTI ITEM?

- Età
- Fattore tempo (tempo dalla richiesta dei soccorsi al loro arrivo e durata delle manovre)
- Aspettativa di vita
- Costi “occupazione posto letto”



ATTUALMENTE NON POSSIAMO FARLO

- Le attuali linee guida in merito alla RCP sono state realizzate per i casi di morte cardiaca improvvisa, tali linee guida sono state estese a tutti i casi di ACR senza tener conto delle variabili prima descritte.
 - Non siamo a conoscenza della volontà del paziente, le sue condizioni che noi reputiamo scadenti, per il paziente possono essere ritenute adeguate
 - Non possiamo essere “arbitri” della vita altrui, ma è necessario un sistema che renda possibile al paziente esplicitare le sue volontà anticipatamente (testamento biologico/DNR)
- 

CONCLUDENDO

- È indispensabile l'intervento del legislatore in una materia così complessa e delicata.
- È indispensabile tenere in considerazione l'infermiere come figura chiave nella nostra realtà territoriale, riconoscendo a livello legislativo anche questa figura come soggetto che prende decisioni per il bene del paziente.
- Il rispetto della volontà del paziente è un obbligo del professionista sanitario (medico e infermiere), e non implica nessuna invasione di professione.



Il fine della medicina non può essere negoziabile, ma possono essere negoziabili i singoli approcci terapeutici e le soluzioni dei casi clinici, parallelamente al sentire sociale, ma anche alla coscienza ed esperienza del professionista.

GRAZIE DELL'ATTENZIONE

Si ringraziano per la collaborazione:

- - Luca Cimino
- - Stefano Musolesi
- - Silvano Pappagallo
- - Maurizio Liberti
- - Luca Venturini
- - Gottfried Ugolini

