

## **PARTE PRIMA**

### **L'ASSISTENZA IN RIANIMAZIONE CARDIO CHIRURGICA AL LANCISI DI ANCONA DAL 1984 AL 1991**

Il mio percorso ha avuto inizio il 1 ottobre del 1984 con l'arrivo all'ospedale Lancisi di Ancona, dopo alcuni mesi passati all'ospedale di San Benedetto del Tronto e un paio di anni trascorsi all'ospedale di Giulianova, nel Reparto di Medicina, della capo sala Maria Pizzorulli, dal collega e amico Giuseppe Rossi e dallo stravagante infermiere generico Maurizio Barone. La mia è stata una scelta volontaria, suscitata dalla voglia di intraprendere un percorso professionale più impegnativo, ad Ancona, in un ospedale più importante, di riferimento per tutto il Centro-Sud dell'Italia e sede Universitaria: il presidio "Giovanni Maria Lancisi", polo cardiocirurgico delle Marche. Un ospedale specializzato in cardiologia, centro di riferimento per quanto riguarda gli studi emodinamici, le indagini coronarografiche e le procedure di cardio-angiologia interventiva, la cardiocirurgia per adulti, la aritmologia interventiva, oltre che per la cardiologia e la cardiocirurgia pediatrica. La sede iniziale del mio lavoro fu l'U.T.I.C. Poco dopo sono stato trasferito in Rianimazione Cardiocirurgica Adulti e Pediatrica dalla capo sala Milena Aquilanti, dal primario Sofia Di Tizio, da Fabio Mazzufero in sala operatoria e da Angelo Paolini per la gestione del parco apparecchiature.

Volutamente riporto solo i nomi di Sofia Di Tizio, Milena Aquilanti, Fabio Mazzufero e Angelo Paolini per rappresentare quel numeroso e magnifico gruppo fatto per la stragrande maggioranza di brave persone e di bravi colleghi medici, infermieri, tecnici, fisioterapisti, ausiliari; molti di loro sono nel mio cuore per vicende che si sono casualmente intersecate, sia personali che professionali.

Ancora ricordo il mio primo giorno di lavoro: il corridoio lungo; l'ingresso con la porta a ventaglio che portava dentro alla sala della Rianimazione cardio-chirurgica adulti; davanti il box n. 3 dove poco dopo sarebbe arrivata la persona dalla sala operatoria con la barella, intubata, attaccata al respiratore meccanico portatile, con monitor cardiaco e transcutaneo di O<sub>2</sub> e CO<sub>2</sub>, molti fili e tubi, connettori e rubinetti a più vie che fuoriuscivano dal corpo pallido, colorato di betadine. Intorno una nuvola di persone che poi ho scoperto essere il cardiocirurgo che l'aveva operato, il pompista della circolazione extra-corporea (tecnico perfusionista), l'anestesista, l'infermiera ferrista, l'infermiere di sala, l'infermiere di anestesia. Tutti insieme trasferivano la persona con grande attenzione dalla barella al letto del box, dove si facevano i primi collegamenti necessari per iniziare il monitoraggio dei suoi parametri vitali nel post chirurgico: si collegavano i vari drenaggi, il catetere vescicale, il sondino naso-gastrico. Soltanto dopo aver verificato che tutto procedeva correttamente, andavano via. Rimaneva al box soltanto l'infermiere dedicato. Il rapporto infermiere-paziente era 1 a 1. Solo raramente in casi meno complessi era 1 a 1,5/2, con la presenza del medico anestesista di riferimento in turno di servizio in sala post-rianimazione. Massimo si avevano 5 o 6 pazienti adulti in sala. Il monitoraggio emodinamico standard nelle terapie intensive post-cardiocirurgiche per tutti i pazienti era costituito da: elettrocardiogramma, pressione arteriosa, pressione venosa centrale, diuresi, temperatura centrale e periferica, capnometria e emogasanalisi. In alcuni casi si misurava anche la pressione capillare incuneata e la gittata cardiaca.

Altro grande ricordo molto presente, indelebile, sono gli occhi e i volti di molte di

quelle persone, giovani e meno giovani, e dei loro famigliari in attesa delle informazioni del medico di guardia. Altri famigliari sostavano in macchina durante la notte per poter rientrare in ospedale e vedere la persona cara.

Mettendo insieme tutto questo ne è scaturito uno stimolo ad approfondire per accrescere la mia competenza e non sentirmi inadeguato di fronte a situazioni terribilmente serie: il monitoraggio, il significato dei dati, conoscere le apparecchiature, il respiratore, l'elettrocardiografia per identificare le aritmie potenzialmente fatali e anomalie del ritmo cardiaco, la manutenzione dei sistemi, i possibili gravi rischi infettivi legati al monitoraggio, che può essere minimizzato dalle procedure attuate dagli operatori (ricordo ancora il giovane corpo di una ragazza al box n. 4 morta per sepsi diffusa), l'uso di un linguaggio comune per comunicare, le parole e il suo significato, il cartellone dove venivano riportati tutti i valori monitorati ogni ora e tutte le volte necessarie, i primi protocolli.

L'organizzazione presente in rianimazione non era scritta, ma era comunque molto visibile: tutti gli operatori avevano responsabilità dirette precise e definite che non si sovrapponevano l'un l'altra.

Le prime riunioni sulla qualità con la presenza di Andrea Gardini, componente attivo della società di VRQ, alle quali partecipavamo mossi dal solo interesse a migliorare il nostro lavoro.

La società di VRQ nasce nel 1984, "Quality Assurance" è l'organo ufficiale della Società Italiana di Verifica e Revisione della Qualità dell'Assistenza Sanitaria (VRQ), con lo scopo di un miglioramento continuo della qualità. Essa nasce per rispondere alle esigenze di miglioramento: le competenze professionali dei medici, degli infermieri, dei tecnici, degli amministratori, degli economisti, dei politici e di tutti coloro che operano e sono coinvolti nel settore della Sanità; la qualità delle prestazioni e dei servizi sanitari; la razionalità nell'utilizzazione delle risorse umane, tecnologiche ed economiche; l'attenzione rivolta agli utenti, alle loro esigenze, aspettative e opinioni. Si tratta di una società scientifica, aperta a tutti, che incoraggiando e sostenendo attività applicative di studio, ricerca, organizzazione, informazione e formazione, ha lo scopo di promuovere e migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria.

L'incontro con Claudio Maffei, al Servizio di Igiene Ospedaliera e ricercatore universitario ad Ancona a cui abbiamo chiesto, di venire a vedere come lavoravamo in rianimazione: una verifica sul campo per evidenziare i problemi e le criticità al fine di ricercare le migliori soluzioni possibili per superarle e per minimizzare i rischi delle cure. Successivamente sono state apportate delle modifiche alla scheda di monitoraggio del paziente con l'aggiunta di uno spazio strutturato per evidenziare meglio formalmente alcuni aspetti specifici dei problemi del paziente e degli interventi conseguenti attuati, con la valutazione dei risultati avuti e con la firma, a sigillare il senso di responsabilità formale dell'operatore. Tutto questo per migliorare il passaggio delle informazioni e garantire una maggiore continuità assistenziale.

Nella Rianimazione del Lancisi si sono compiuti i primi passi dell'associazione FoRTE (dapprima AAROI Marche), collegata all'IRC, con Corsi Base per la formazione continua e la diffusione della Rianimazione Cardio Polmonare e Cerebrale nelle emergenze, al Lancisi e in tutta la Regione con la dott.ssa Sofia Di Tizio in veste di supervisore, il dott. Sandro Punzo e la dott.ssa Erina Pozzato.

Primi echi, non proprio positivi, del nuovo assetto organizzativo previsto dalle norme nazionali, dell'aziendalizzazione di tutto il sistema sanitario.

### **Criticità del Lancisi**

La difficoltà a mantenere costante e stabile la dotazione del personale spesso sotto gli standard previsti oppure al limite, rispetto al carico di lavoro previsto.

- Per essere ascoltati dagli alti vertici, malgrado le pressioni dei nostri responsabili infermieristici e medici, fu necessario una manifestazione in strada, davanti alla sede della direzione e un periodo di mera applicazione delle norme contrattuali e professionali (mansionario) dopo l'ennesimo appello, con lettera formale e sottoscritta da tutti gli operatori, disatteso, all'allora Presidente della USL n. 12 di Ancona.
- L'altra difficoltà si è verificata per l'inserimento in Cartella Clinica di un nuovo modello di documentazione/Scheda infermieristica dove si prevedeva uno spazio dove l'infermiere a fine turno trascriveva l'osservazione effettuata a fine turno, con una sua valutazione per evidenziare gli aspetti più critici, per fornire le informazioni necessarie al fine di dare continuità alle cure, fu necessario richiedere un parere al legale rappresentante dell'allora Collegio IPASVI.

L'esperienza al Lancisi è terminata per sopraggiunti gravi motivi familiari che mi hanno spinto a trasferirmi e lavorare vicino casa, all'ospedale di San Benedetto del Tronto, dal 19 agosto del 1992, prima per un incarico temporaneo (con un'interruzione di tre mesi), poi in maniera definitiva dal 10 giugno del 1993.