

# ***"RUOLO DELL'INFERMIERE NELL'ACCERTAMENTO DELLA MORTE CEREBRALE"***

***4 marzo 2000-convegno AIDO***

***Francesco Falli, presidente Collegio professionale infermieri/assistenti/vigilatrici***

***Caposala Pronto Soccorso/Medicina d'Urgenza La Spezia.***

Nella delicatissima fase dell'accertamento della morte cerebrale che, come abbiamo visto, è regolata da precise norme di Legge, il ruolo dell'infermiere professionale che opera in rianimazione è decisivo.

Infatti questo tipo di pazienti si trova in una condizione di estrema precarietà : l'equilibrio che si è creato nelle ultime ore del ricovero è un equilibrio assolutamente artificiale, dovuto all'azione combinata della terapia farmacologica e dei supporti tecnologici, quali, ad esempio, l'assolutamente indispensabile respiratore automatico.

Limitiamo questo intervento all'assistenza al candidato donatore a partire dal momento in cui scatta l'osservazione per la definizione di morte cerebrale.

## ***La sorveglianza continua***

Come avviene per tutti gli altri pazienti sottoposti a terapia intensiva, la condizione che caratterizza queste unità operative di rianimazione è quella di avere nello stesso ambiente la continua presenza di pazienti ed infermieri.

Infatti la rianimazione appartiene (e lo è stata storicamente per prima, escludendo le camere operatorie) a quel settore definito "area critica".

In questo settore vengono ricoverate persone in condizioni critiche che necessitano di "sorveglianza continua".

In effetti, i degenti di queste unità in ogni momento potrebbero avere un evento improvviso che può causare un aggravamento delle condizioni.

Basti pensare a chi, colpito da un infarto miocardico, può subire gravi alterazioni del ritmo cardiaco, o a chi ha subito un grave evento traumatico ; o ancora a chi è stato sottoposto a intervento chirurgico particolarmente stressante per l'organismo.

Al contrario di quello che avviene con questo genere di degenti, per i quali il tempo della sorveglianza continua non è programmabile con precisione, (anche se si può comunque stimare, nel caso di buon decorso, in alcune giornate) nel caso del paziente che viene sottoposto all'osservazione per la diagnosi di morte cerebrale è evidente che, in caso di riscontro dell'arresto delle attività cerebrali, la durata della sorveglianza intensiva è limitata a poche ore :secondo la nuova normativa, a sei ore.

Ma non per questo l'attenzione deve essere minore.

Anzi, il tempo concentrato nel quale viene ad essere eseguito l'intero iter del prelievo di organi richiede ed impone una, se possibile, ancor maggiore attenzione.

Le sei ore (va ricordato che in passato il tempo di osservazione era di 12 ore) salgono nel caso di pazienti pediatrici e nel caso di malati che abbiano assunto negli ultimi tempi farmaci con diretta azione sul sistema nervoso centrale.

A causare certamente problemi emotivi, che sono comunque la quotidianità della nostra professione, è la delicatezza dell'intera situazione : si cura un malato per accertarne la morte ; si valutano le sue condizioni e si fa di tutto per mantenere in una sorta di "vita sospesa" questo essere umano perché lo si possa poi portare al punto di non ritorno dell'espianto d'organi : ma di fatto, purtroppo, siamo di fronte- se il periodo di osservazione lo conferma- ad < *un cadavere a cuore battente*>, secondo la definizione anglosassone, cruda ma efficace.

Nella maggior parte delle rianimazioni si è stabilito da anni un protocollo di lavoro infermieristico che vede uno o più infermieri far capo ad un solo paziente : in questo modo, per ogni turno di servizio, esiste una figura di riferimento infermieristica ben precisa per le indicazioni legate a quel determinato malato.

Anche e soprattutto in questi casi, quando il ricoverato viene sottoposto alla valutazione della avvenuta morte cerebrale, un infermiere professionale si dedica esclusivamente a questo malato.

Fondamentale è la monitorizzazione continua dei parametri vitali. La frequenza del polso, i valori relativi alla pressione arteriosa, la pressione venosa centrale, la temperatura corporea possibilmente esofagea, la diuresi devono essere costantemente rilevati e trascritti su apposita scheda infermieristica.

La diuresi va osservata con una particolare attenzione, pressoché continua : il blocco dell'attività di produzione di urina è infatti un segno molto importante dello scadimento irreversibile della situazione : una tempestiva rilevazione dell'anuria e una immediata segnalazione all'equipe medica, con l'attuazione della terapia secondo protocolli già consolidati possono ancora recuperare la funzione renale per poche ore, e dunque gli organi da espantare.

L'attività del respiratore automatico e dei sistemi di somministrazione continua dei farmaci vengono sorvegliati con la stessa attenzione con la quale si valutano i parametri vitali del degente : la precarietà dell'equilibrio che consente, ancora per un tempo limitato, al cuore di pompare sangue in un organismo che è già praticamente morto è tale che anche una banale *tecnopatia* (mancanza di corrente, cessata infusione di farmaco per errato calcolo, ecc.) può causare l'irreparabile.

Verrebbe così a perdersi un organo o più organi e l'intero progetto del trapianto verrebbe così a chiudersi ancor prima, di fatto, di iniziare.

Riassumendo, sono tre i punti fermi del protocollo infermieristico :

1-monitoraggio costante e efficace delle funzioni vitali;

2-rilievo tempestivo delle alterazioni che possono aversi in questa fase ;

3-immediata esecuzione dei provvedimenti terapeutici su prescrizione medica.

### ***Gli aspetti organizzativi***

Come abbiamo visto uno dei ruoli dell'infermiere professionale è quello eminentemente legato all'aspetto della professione : effettuare infatti una sorveglianza continua su questi pazienti è comunque assolutamente in linea con quanto avviene da sempre nelle terapie intensive di tutto il mondo.

C'è invece da rimarcare una componente molto importante nella gestione della situazione espianto : secondo alcuni protocolli attuati anche dal Nit -*North Italian Transplant*- una figura infermieristica appositamente addestrata che fa capo al reparto di rianimazione deve occuparsi dei vari contatti e collegamenti con l'autoambulanza deputata al trasporto dell'organo (nel caso che l'espianto si effettui in ospedale differente da quello del trapianto) ; con l'equipe operatoria che ha in carico l'espianto , e l'equipe che ha in carico il successivo trapianto ; anche se negli ultimissimi anni spesso l'incombenza della gestione dei contatti dedicati a trasporti e collegamenti è delegata alle Centrali Operative 118.

Naturalmente ogni ospedale ha una procedura propria e solo nel caso di più trapianti (o se si tratta di ospedale secondario, di espianti d'organo) si riesce a stabilire un buon affiatamento tra le varie e molteplici componenti dell'intero sistema trapianto.

Non a caso sono sempre coinvolti e la Legge stessa ne prevede uno nella Commissione di Valutazione della morte cerebrale, medici della Direzione Sanitaria che hanno il compito di organizzare tutti i servizi che consentono la pratica effettuazione dell'espianto d'organo.

### ***Il supporto alla famiglia del donatore***

C'è poi anche un aspetto umano e morale strettamente correlato alla professione infermieristica.

I familiari del paziente candidato donatore devono essere in qualche modo confortati e avvicinati in questa fase che può contemporaneamente restituire a qualcuno una speranza di vita serena e a queste persone, vicine a un congiunto che sta per morire,

causare un lutto pesantissimo.

Gli ospedali dovrebbero fornire un servizio di supporto psicologico, utilizzando figure specifiche comunque presenti in pianta organica, rivolto a quei congiunti che si trovano ad assistere un parente ormai morto ma ancora collegato a respiratori, attorniato da medici ed infermieri che lo sorvegliano e che lo "curano" continuamente : in una persona sensibile, in una persona magari non preparata, ciò può causare dubbi, ansia, problemi che devono essere risolti subito, non rinviati a "dopo".

### ***Il problema dell'informazione al pubblico***

Grandissimo è il ritardo del nostro Paese nei confronti degli altri partner europei sul problema della donazione degli organi.

Forse l'attuale Legge può colmare da un punto di vista pratico il gap che ci accompagna da anni.

Differente è invece il caso della informazione corretta che anche un infermiere professionale deve imparare a diffondere nella quotidianità della propria vita, come il codice deontologico dei Collegi Professionali Ispasvi, e il suo stesso profilo professionale prevedono.

Non è possibile assistere a trasmissioni televisive dove genericamente si parla di persone che si sono svegliate da un coma (lasciando supporre che stavano per essere espianate, perché non è semplicemente vero) e non si specifica che magari il coma era di livello medio, o che comunque c'è coma e coma e che l'espianto non si fa "a caso".

Questo è un Paese speciale : esiste persino una "Lega contro la predazione degli organi " : è abbastanza comico, ma consentito dalla cattiva educazione civica e in specie sanitaria.

Personalmente, in una visione certamente laica ma di solidale vicinanza a chi vive questo nostro stesso tempo sul pianeta, credo che la scelta della donazione di un organo rivesta un grande valore sia per un credente che per un ateo : infatti, per i valori cristiani di conforto verso chi soffre e di fratellanza non penso possa esistere dono più grande della donazione di un organo che rende una buona qualità di vita, o la vita essa stessa ad un estraneo ; e per chi non crede - al tempo stesso - un dono del genere non può che rendere un senso ad una vita intera.

*Francesco Falli.*

*bibliografia :*

*-Prof. Valente, corso biennale sul paziente candidato ad espianto, Regione Liguria 1989-*

*1991 :note agli studenti ;*

*-codice deontologico Federazione Nazionale Collegi IPASVI Roma 1998 ;*

*-profilo professionale dell'infermiere, DPR 743/94.*