

anⁱartⁱ

SCENARIO

ASSOCIAZIONE NAZIONALE INFERMIERI DI AREA CRITICA

XIV CONGRESSO NAZIONALE

**AREA CRITICA:
PRESENTE E FUTURO CON I CITTADINI**

- URGENZA ED EMERGENZA
- OSPEDALE E TERRITORIO
- RESPONSABILITÀ E RISULTATO

GENOVA, 15-16-17 NOVEMBRE 1995

INTRODUZIONE

ELIO DRIGO

Presidente ANIARTI

Buon giorno a tutti e ben arrivati!

Un saluto a tutti i partecipanti ed ai relatori, che hanno accettato l'invito a contribuire a questo congresso ed hanno creduto nella necessità di favorire la crescita culturale del nostro gruppo, per l'apporto che gli infermieri intendono dare alla società.

Il convegno dell'Aniarti di quest'anno si intitola: «Area Critica: presente e futuro con i cittadini. - Urgenza ed emergenza, - Ospedale e territorio, - Responsabilità e risultato». Vuole essere una riaffermazione dei valori sociali, nella speranza che la trasformazione del Servizio Sanitario sia effettivamente il raggiungimento di una meta ambita: quella di rendere un servizio, il migliore possibile ai nostri cittadini, in modo particolare, per il campo nel quale lavoriamo, nei confronti dei malati delle strutture intensive, in situazione di criticità vitale.

Viviamo un momento in cui è particolarmente necessaria una grande razionalizzazione nell'uso delle risorse e non soltanto delle risorse materiali. Vogliamo sempre tener presente le risorse umane, la professionalità, il modo di essere professionisti nei confronti delle persone, risorse fondamentali specialmente quando si tratta di erogare servizi.

Parleremo in questo convegno di integrazione soprattutto. L'espressione «Area Critica» ingloba questo concetto. Integrazione di strutture, di persone, di modalità operative. In modo particolare, prenderemo in considerazione quanto afferisce all'Area Critica sia quella parte classica di essa situata all'interno degli ospedali ma anche tutti i servizi che vengono resi all'esterno dell'ospedale, questo ambito che è in fase di sviluppo e che in passato purtroppo non è stato così presente negli interventi della nostra società.

In questo contesto, uno degli obiettivi del convegno è anche questo, dobbiamo porci come inventori della trasformazione del Servizio Sanitario Nazionale. Il nostro Paese sul problema della sanità pubblica, come tanti altri Paesi, sta attraversando un momento decisamente critico ma per certi versi anche entusiasmante; siamo chiamati a trasformare un servizio che oggettivamente, aveva bisogno di essere trasformato per alcuni aspetti. Questo convegno vuole essere una risposta anche in questa direzione. Vogliamo essere costruttori di questa trasformazione e costruttori di un nuovo servizio nei confronti dei cittadini.

Con questo spirito prenderemo in considerazione quello che è il concetto di Area Critica ed in parallelo, il processo di trasformazione delle istituzioni,

delle strutture; processo che in questi ultimi mesi ha preso avvio e sta andando avanti.

Esamineremo i concetti di urgenza ed emergenza, il loro contenuto e le loro implicanze per quanto riguarda particolarmente il nostro servizio, l'assistenza infermieristica.

Infine esamineremo alcuni casi specifici tratti dalla nostra attività, con i quali ci confrontiamo quotidianamente e che costituiscono per noi motivo di ansia ma anche motivo di crescita, di elaborazione ed avanzamento del nostro essere professionisti.

Alla fine del convegno dedicheremo una sessione speciale al tema della formazione: altro ambito al quale credo dobbiamo porre molta attenzione e nel quale dobbiamo impegnarci in modo particolare, affinché il futuro garantisca a noi buoni livelli di competenze ed ai cittadini soprattutto come fruitori, professionalità nei servizi, esperienze acquisite e capacità di soluzione per problemi gravi.

Questo è il lavoro che ci aspetta in questi tre giorni. A tutti auguriamo buon lavoro ed anche chiediamo di impegnarsi affinché queste giornate siano pienamente di vantaggio per ciascuno di noi ed anche a noi come gruppo.

Noi dell'Aniarti abbiamo sempre pensato i nostri congressi come un momento importante non solo perché ci sono dei relatori che ci portano le loro esperienze vive, ma anche perché quanti partecipano diventano attivi, costruiscono il dibattito e le situazioni problematiche e di conseguenza contribuiscono a prospettare le soluzioni nuove e più avanzate per problemi complessi condivisi.

Con questo comune impegno diamo inizio al nostro congresso.

AZIENDALIZZAZIONE E AREA CRITICA

1^a parte

ANNALISA SILVESTRO

I.I.D.

La relazione dal titolo «Aziendalizzazione e Area Critica» verrà fatta a due voci: la prima parte, l'aziendalizzazione, verrà svolta da me e la seconda, l'area critica, da Elio Drigo.

L'obiettivo che ci siamo posti nel definire la struttura della relazione è stato di contestualizzare il significato che l'area critica ha nell'attuale e con l'attuale processo di aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Contestualizzare perchè? È ormai abitudine per la nostra associazione dare importanza al fatto che si capisca e si contestualizzi qual è il contesto operativo, qual è il contesto istituzionale ed anche qual è il contesto politico nell'ambito del quale noi eroghiamo le nostre peculiari prestazioni assistenziali.

L'area critica è una specificità infermieristica; vedremo come questa specificità infermieristica, che è assistenziale ed organizzativa, si sposa con un processo importantissimo che si sta verificando in questo momento nel nostro paese; quello dell'attivazione delle aziende sanitarie con conseguente processo di aziendalizzazione ossia con questa nuova modalità di organizzare le istituzioni sanitarie.

Da dove deriva l'azienda e l'aziendalizzazione?

Quali sono i riferimenti normativi a cui ci dobbiamo rifare nel parlare di aziendalizzazione?

Ricordo la Legge 833/78 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, in base alla quale il nostro Paese ha deciso di concretizzare il mandato costituzionale che prevede come diritto del cittadino la tutela della salute e come dovere dello Stato il prendersi cura delle problematiche afferenti a questo settore importantissimo.

Un po' di anni dopo nel 1982, in seguito ad una serie di «terremoti politici» verificatisi nel nostro Paese, il Parlamento, con la Legge n. 241 ha delegato il Governo a legiferare su varie tematiche, come la previdenza e fondamentalmente per quanto ci riguarda come specifico interesse sulle tematiche inerenti la sanità. Il Governo ha legiferato emanando il Decreto Legislativo n. 502 nel '92 ed integrato e modificato dal Decreto Legislativo n. 517 nel '93.

Dopo questi due Decreti Legislativi si è praticamente posto mano ad una riorganizzazione del Servizio Sanitario Nazionale. Si è più volte sottolineato e detto, se leggiamo quanto è scritto nei Decreti Legislativi, che questa le-

gislazione non va ad incidere sulla filosofia sottesa al Servizio Sanitario Nazionale e sugli obiettivi che ci si proponeva di raggiungere con la Legge 833/78.

Su questo potremmo aprire una discussione, perché in realtà il primo articolo del D.L. 502 sottolinea con molta precisione che, certo dovrà esserci la tutela della salute, un'indagine epidemiologica dei bisogni di salute, il tentativo peraltro già iniziato nel '78 di omogeneizzare le prestazioni di salute sul territorio nazionale ..., però si sottolinea in maniera abbastanza evidente, che tutto questo verrà fatto tenendo molto in conto le risorse economiche che lo Stato è in grado di mettere a disposizione per la tutela della salute dei cittadini.

Noi potremmo anche chiederci il perché, al di là dei Decreti Legislativi che abbiamo citato, comunque siamo andati a riordinare la disciplina in materia sanitaria. Le motivazioni sono diversissime, molte e complesse. Analizzarle tutte richiederebbe un tempo molto lungo. Proverò a dare alcuni elementi lasciando spazio per l'approfondimento nel dibattito.

Perché è stato necessario riordinare la disciplina in materia sanitaria?

Indubbiamente quando è stato istituito il Servizio Sanitario Nazionale, la partita che si voleva mettere in gioco e gli obiettivi che si volevano raggiungere erano l'assicurare ai cittadini un servizio sanitario che prendesse in considerazione non soltanto il momento curativo e quindi, come nostra tradizione nazionale, il momento dell'ospedalizzazione, ma anche il momento precedente, la prevenzione ed il momento successivo, la riabilitazione, intesa come riabilitazione non soltanto fisica ma anche psicologica e sociale.

Le risorse che erano state erogate per assicurare il raggiungimento di questi obiettivi, ancorché non certo in linea con il budget che viene definito e garantito negli altri paesi europei per la salute, erano comunque abbastanza consistenti. Risorse quindi consistenti che potevano darci la garanzia di raggiungere questi obiettivi o perlomeno di impostare un discorso che ci permettesse di orientarci a questi obiettivi. Quindi risorse date da un punto di vista economico, da un punto di vista materiale e da un punto di vista umano. C'è stata una grossa implementazione di professionalità, di quantità di addetti, di valorizzazione anche di quello che si veniva proponendo e facendo nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale. Con quali risultati?

All'inizio ci sono stati dei momenti di difficoltà di attivazione del Servizio Sanitario Nazionale di per sé; attivazione delle Unità Sanitarie Locali, resistenze di alcuni gruppi professionali che si vedevano limitate alcune modalità di espressione professionale, difficoltà dovute proprio alla organizzazione del servizio in quanto tale, anche perché la Legge di riforma, per quanto validissima sotto il profilo dei principi filosofici e valoriali che contiene, aveva delle oggettive carenze e lacune per quanto riguarda la definizione di chi fosse responsabile di che cosa. Risultava difficile quindi andare ad imputare eventuali punti di caduta nella concretizzazione a delle persone o degli organi specifici. Quindi alcune difficoltà all'inizio e risultati non brillanti. Si sosteneva il processo con la speranza che nel tempo si sarebbe arrivati ad una definizione

migliore dei risultati. Sono quindi subentrate altre problematiche afferenti ad una non proprio corretta gestione della cosa pubblica, con particolare riferimento al mondo sanitario. I risultati non sono stati quelli che ci si proponeva. Se all'inizio la maggiore carenza era in termini di efficienza per un non corretto utilizzo delle risorse umane e materiali messe a disposizione, purtroppo verso gli ultimi anni abbiamo cominciato a dubitare anche dell'efficacia del servizio sanitario che veniva erogato; efficacia intesa come raggiungimento dell'obiettivo.

Questa è stata la conseguenza di una grossa perdita di valorialità nel tessuto sociale. Valorialità che ha coinvolto io credo, tutti noi. Sarebbe troppo semplice imputare questa perdita di valori soltanto alla classe dirigente, che comunque ne ha la più ampia responsabilità. Questa perdita di valori purtroppo è diffusa su tutto il tessuto sociale e ovviamente, ha avuto ripercussioni anche nel Servizio Sanitario. Questa caduta valoriale ha portato ad una caduta della rete sociale, della rete di solidarietà, della rete di attenzione ai bisogni di salute e comunque ai bisogni più ampi della popolazione soprattutto quella più debole nel portare avanti le proprie istanze. Questa caduta valoriale ha avuto una ricaduta anche, e questa è sotto gli occhi di tutti e purtroppo continua ancora, nel tessuto politico del nostro Paese. Non è il caso di ricordare le ultime vicende veramente drammatiche, che hanno infangato il nome del nostro Paese a livello mondiale. Speriamo di poter recuperare come nazione e di poter recuperare anche a livello sanitario.

Ovviamente perdita di valori, perdita della rete sociale di solidarietà, ripercussione oggettiva e pesante da un punto di vista politico con inevitabile caduta economica. Caduta economica che ha costretto a prendere atto del fatto che eravamo sull'orlo di una bancarotta purtroppo fraudolenta, e che tutto il Paese rischiava di subire una grossissima penalizzazione da questa situazione, bisognava porre mano alla problematica e cercare di rimettere in equilibrio sia i conti dello Stato e per quanto ci riguarda, rimettere in equilibrio la risorsa economica con il risultato.

Questo che cosa ha comportato?

Ha comportato la necessità di mettere mano alla riorganizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e dover andare verso la logica di una maggiore attenzione economica e quindi verso la logica delle aziende. Con il Decreto Legislativo 502/517, si sono attivate nel territorio nazionale le «Aziende», attivate in maniera abbastanza disomogenea. La realtà è oggi «a macchia di leopardo»; ci sono alcune Regioni in cui il processo è partito ed è anche abbastanza a buon punto, altre in cui è iniziale, altre ancora in cui deve ancora partire e devono essere definite le «aziende» ed i direttori generali. Le aziende sono di carattere territoriale, di carattere ospedaliero e di carattere scientifico ed ovviamente universitario.

Andiamo a definire a questo punto che cos'è l'«Azienda».

Possiamo definire l'Azienda come un complesso di beni organizzato per la produzione di altri beni o servizi. Nel nostro caso beni e servizi afferenti

alla soddisfazione dei bisogni di salute della popolazione. L'azienda trova al suo vertice il direttore generale, che ha la responsabilità dell'andamento dell'azienda, ha una grossissima responsabilità ma anche una grossissima autonomia e possibilità di influenzare direttamente l'andamento di tutta l'azienda.

Altro organo è il collegio dei revisori dei conti, che ha l'obiettivo di controllare e validare il corretto andamento economico dell'azienda stessa.

Il direttore generale è coadiuvato da due o tre direttori; il direttore sanitario, che ha la responsabilità della direzione e gestione, su mandato del direttore generale, di tutta l'area sanitaria; il direttore amministrativo, per l'area amministrativa; e per le aziende per i servizi sanitari, se il direttore generale ritiene fattibile, c'è anche il direttore per i servizi sociali che si occupa di questa area e dell'integrazione che ci deve essere tra parte sociale e parte sanitaria.

A commento di queste notizie possiamo dire che il potere del direttore generale è molto forte e può essere considerato un potere di tipo monocratico. L'unico organo che il direttore generale ha in qualche modo a controllo e supporto della sua attività, è il consiglio dei sanitari, composto da figure afferenti all'area sanitaria, di diversa tipologia professionale, ma che per norma deve essere composto a maggioranza da medici. A tal proposito giunge notizia, che si voglia modificare la composizione del consiglio dei sanitari estromettendo tutte le figure non-mediche; capite bene che questo organo che poteva avere qualche valenza di presidio dell'attività del direttore generale potrebbe essere rivisto in una maniera che certo non viene incontro alle esigenze delle diverse professionalità presenti nel contesto sanitario.

Detto questo il concetto di aziendalizzazione. Un processo dinamico, che si muove per fasi, che ha una costante revisione nella sua strutturazione. Quindi aziendalizzazione come processo attraverso il quale le risorse aziendali, le conoscenze presenti in azienda e tutte le attività che vengono poste in essere dai diversi gruppi professionali e dai diversi dipartimenti che compongono l'azienda, tutte queste attività si integrano per consentire «guadagni di salute».

È ben vero che quando parliamo di azienda dobbiamo anche entrare nella logica aziendale. Riportandoci alla prima definizione di azienda come complesso di beni organizzati per la produzione di altri beni o servizi, vorrei comunque che fosse sempre presente per noi e per chi ci guarda all'esterno, che i beni e servizi che l'azienda sanitaria deve produrre, devono essere afferenti ai bisogni di salute e devono assolutamente, pena l'insipienza dell'ultima riforma, portare a guadagni di salute. Guadagni di salute e non di altro genere, altrimenti il mandato dato a queste aziende non ha motivo di esistere e soprattutto non avremo risultati di miglioramento della situazione sanitaria dei nostri concittadini.

Se abbiamo definito il concetto di azienda e aziendalizzazione, risottolineiamo le tre variabili che dobbiamo sempre tenere presenti: l'azienda, il suo mandato istituzionale, quindi obiettivi afferenti alla tutela della salute, gua-

dagni di salute, e quindi beni e servizi che devono essere inseriti in questa logica a servizio dei cittadini.

Affinché l'azienda possa raggiungere il suo mandato istituzionale che è quello di garantire guadagni di salute deve rivolgersi a quello che è il suo «mercato», ovverosia, l'insieme dei cittadini che necessitano e richiedono prestazioni sanitarie.

Ovviamente è necessario avvicinare il termine «mercato» al termine «epidemiologia». Quando parliamo di mercato e, se vogliamo fare una lettura prettamente aziendale, dobbiamo pensare a dove l'azienda deve collocare i suoi beni e servizi, qual è la richiesta del mercato, che viene spesso definito come mercato *stabile*, mercato *instabile* e mercato *potenziale*.

Il mercato *stabile* è quello nel quale l'immissione di prodotti dà quasi sempre risultati positivi. Il mercato *instabile* invece è quello in cui l'immissione dei prodotti deve essere sostenuta da un lancio pubblicitario e da tutte quelle azioni che un'azienda fa per poter vendere i beni che produce. Il mercato *potenziale* infine è quell'area di mercato dove esiste la possibilità di acquisto, ma che deve essere ridefinita, scoperta e valorizzata.

Se noi prendiamo queste tre tipologie di mercato e le trasferiamo all'ambito sanitario, comprendiamo bene come il mercato *stabile* è quello afferente alla definizione dei bisogni di salute che devono essere rilevati e soddisfatti; quindi bisogni primari di salute.

Il mercato *potenziale* è quello che noi possiamo definire come l'area dove esiste il bisogno di salute, che non è ancora stato decodificato né dai cittadini e nemmeno individuato e decodificato dai professionisti sanitari; questi devono renderlo evidente e cercare di risponderci prima che diventi un bisogno di salute; ovverosia prevenzione, analisi dei fattori di rischio e risoluzione dei fattori di rischio.

Il mercato *instabile* per quanto riguarda la sanità, può essere definito quello della domanda indotta, quello delle prestazioni, soprattutto diagnostico-terapeutiche che vengono fatte e che hanno una qualche rilevanza sanitaria, ma che più che venire incontro ai bisogni dei cittadini vengono incontro ai bisogni di qualche cos'altro o di qualche gruppo professionale; comunque non vanno ad incidere sullo stato di salute della cittadinanza; forse vanno ad incidere sullo stato di salute del portafoglio di qualcuno e sulla disponibilità di servizi che costano tanto e servono a poco.

Una volta che abbiamo definito l'analisi epidemiologica del bacino d'utenza dell'azienda, è chiaro che dobbiamo indirizzare la nostra produzione e la nostra produttività, (e scusate il termine aziendale ma ormai dobbiamo cominciare a confrontarci con questi termini) verso l'area del mercato *stabile* — dei bisogni primari —, verso l'area del mercato *potenziale* — bisogni potenziali di salute —, tenendo conto del budget che noi abbiamo a disposizione per poter andare in quella direzione.

Si comprende bene che tanto più la produzione, la produttività è orientata al mercato *instabile*, domanda indotta, tantomeno budget avremo a di-

sposizione per rispondere al mercato *potenziale*, bisogni potenziali di salute.

Per riuscire ad andare nella direzione che noi consideriamo corretta e rispondere e perseguire il mandato, l'azienda ha bisogno (e la normativa lo sottolinea con forza) di un modello organizzativo legato alla partecipazione, legato al coinvolgimento degli operatori che intervengono nella sanità, che sia fortemente legato al concetto di integrazione e che valorizzi ed abbia ben presente quali sono le diverse responsabilità. Quindi modello organizzativo legato alla partecipazione, grossa integrazione fra i servizi, dipartimenti, le unità operative che compongono l'azienda, perché attraverso l'integrazione possiamo razionalizzare l'uso delle risorse e orientarle all'ottimizzazione di quelle risorse che vanno verso il mercato *stabile* e verso il mercato *potenziale* e verso l'assunzione di responsabilità. Assunzione di responsabilità a tutti i livelli dell'azienda, nell'area della direzione generale, nell'area di progetto e nelle diverse unità operative. Assunzione di responsabilità da parte del nostro gruppo professionale sia in termini di Servizio Sanitario Infermieristico, sia in termini di corretto utilizzo delle risorse perché cari colleghi, e sento il dovere di fare questa sollecitazione, se questo processo di riorganizzazione del Servizio Sanitario Nazionale dovesse fallire, credo che verrà messa in discussione l'esistenza stessa di un Servizio Nazionale pubblico. Credo che il fallimento di questo ultimo tentativo di riordino del Servizio Sanitario Nazionale debba essere sostenuto e supportato, certamente anche migliorato, rivisto e modificato, ma supportato, perché a mio modesto parere, la caduta di questo tentativo potrebbe portarci ad un Servizio Sanitario non pubblico, quindi non più servizio sanitario. E ricordo gli ultimi avvenimenti in America, dove il Presidente Clinton ha fatto addirittura la serrata dei servizi pubblici perché si voleva fare ulteriori drastici tagli al servizio sanitario, che già ha delle gravissime carenze soprattutto nei confronti della popolazione più debole.

Per cui, bisogno di salute, azienda, guadagno di salute sono concetti che dobbiamo sempre tenere presenti. Ed allora dobbiamo stare attenti a quanto succede. Siamo nell'area sanitaria il gruppo più numeroso, quello che può maggiormente incidere, se motivato, se orientato e con grossa interiorizzazione dei valori e dei principi dei quali stiamo parlando. Quindi guadagni di salute e non di altro genere. Dobbiamo presidiare affinché nelle aziende non sia prioritaria la tenuta del budget a scapito del raggiungimento degli obiettivi e quindi a scapito del guadagno di salute.

Altro tema che emerge parlando di aziende: la concorrenza, che ci deve essere. Facciamo in modo, attiviamoci perché la concorrenza sia di tipo scientifico, di tipo culturale, perché ci sia la possibilità per i cittadini di scegliere in quale azienda farsi curare perché in quell'azienda si riesce ad avere maggiori risultati e guadagni di salute e maggiore qualità di vita per quelli che usufruiscono dei servizi sanitari. Attenzione a che la concorrenza non diventi invece di tipo economico e che non diventi il tentativo di rubarsi i clienti, perché tanto più numerose sono le prestazioni erogate tanto maggiore è il budget che viene dato alle aziende che le erogano.

E allora, grande attenzione alla solidarietà, alla solidarietà sociale e non solo professionale, altrimenti le nostre aziende non riusciranno a raggiungere il loro mandato di solidarietà sociale e di guadagno di salute.

Infine, un'ultima sollecitazione. Ribadisco i concetti sui quali abbiamo riflettuto.

Azienda: con il significato che le abbiamo attribuito.

Infermieri: professionisti della salute, professionisti dell'assistenza, protagonisti e sostenitori della corretta attivazione del processo di aziendalizzazione.

Area Critica: come idea infermieristica che ha percorso tutta una serie di concetti e di valori che sono stati evidenziati in un secondo momento.

Cittadini: per una forte e importante alleanza tra noi, cittadini infermieri e i cittadini che hanno necessità di usufruire del Servizio Sanitario e delle nostre prestazioni.

AZIENDALIZZAZIONE E AREA CRITICA

2ª parte

ELIO DRIGO

I.P.S.A.F.D.

Dopo la presentazione del tema inerente all'aziendalizzazione da parte di Annalisa Silvestro, affrontiamo ora, in questo contesto, l'argomento specifico dell'Area Critica.

Perché parliamo di Area Critica e perché abbiamo incominciato, noi infermieri, a parlare di Area Critica ?

L'esigenza si è manifestata sostanzialmente negli anni '70, alla fine di quello che potremmo definire il boom economico per la realtà italiana, quando le risorse erano maggiormente disponibili ed alla fine del periodo di rivendicazione dei diritti sociali. E facciamo riferimento all'incremento delle risorse economiche soprattutto ma non solo; anche le conoscenze e le esperienze in ambito sanitario nel frattempo si erano sviluppate. La disponibilità di risorse economiche aveva reso possibile la costruzione di strutture intensive nuove, la disponibilità di strumenti e l'adozione di modalità operative avanzate.

Con l'andare degli anni si era sviluppata anche una modalità di fare assistenza intensiva, che gli infermieri in primo luogo, rilevavano eccessivamente parcellizzata. Ci si occupava quasi esclusivamente di parti del corpo e molto spesso, la persona nella sua completezza veniva tralasciata e relegata in un angolo. Gli infermieri sempre sensibili a questi problemi, in questo contesto hanno rilevato un grosso pericolo non solo per il servizio reso alle persone, ma anche per l'organizzazione. Questa parcellizzazione, al di là degli aspetti puramente sanitari, provocava la frammentazione dell'organizzazione. Strutture intensive sorgevano quasi ovunque e sempre di più, dedicate a specifici problemi di patologia.

C'erano quindi degli squilibri che si perpetuavano tra le diverse strutture e sempre più macroscopici. Ad esempio, quello tra le risposte che si riuscivano a dare all'interno degli ospedali e le risposte che si riuscivano a dare sul territorio per quanto ci riguarda, in particolare l'assistenza ai malati in condizioni critiche. Ma anche all'interno degli ospedali si verificavano squilibri e disparità. C'era la necessità di dare delle risposte adeguate alle esigenze che venivano espresse: la richiesta di un'armonizzazione dell'assistenza.

Altro aspetto fondamentale che ha portato a parlare di Area Critica è stata l'esigenza di razionalità dell'impiego delle risorse pur disponibili. Già si intravedevano gli sprechi nell'utilizzo delle risorse sia finanziarie che di persone. A volte anche le professionalità venivano impiegate in maniera fram-

mentaria o non completa. Lo stesso discorso vale per le attrezzature disponibili ma non impiegate con oculatezza.

In questo contesto si incominciava a porsi delle domande sulla reale efficacia delle attività che soprattutto in Area Critica si stavano facendo. L'espressione «Area Critica» è nata perché è stata pensata e voluta dagli infermieri e perché gli infermieri hanno sempre creduto in una modalità di operare come integrazione a tutti i livelli. Quando l'espressione Area Critica non era stata coniata, si parlava di reparti intensivi, di strutture dell'emergenza (anche se non erano diffuse), ma ci si riferiva sempre a strutture isolate fra loro.

Quali sono i fondamenti dell'Area Critica ? Un'idea assistenziale ed un'idea che pone attenzione all'organizzazione.

Per quanto riguarda l'assistenza, la filosofia di riferimento è quella della centralità della persona, quella della salute intesa come tensione all'equilibrio possibile di tutti gli aspetti della persona, quello fisico, psichico e sociale. Ed attenzione alla situazione complessiva della persona e non soltanto all'organo considerato malato. Quindi un superamento dell'attenzione solo alla patologia. La divisione precedente della persona andava rimossa.

Il contenuto dell'idea di Area Critica rappresenta una nuova proposta, una nuova ottica per affrontare i problemi nelle strutture sanitarie. Problemi non solo di tipo assistenziale ma anche di tipo organizzativo e che coinvolgono gli operatori e la struttura nel suo insieme. Una nuova ottica che guarda ai nuovi risultati possibili in una nuova ottica di integrazione. Gli infermieri hanno definito che cosa debba intendersi per Area Critica con il superamento della divisione e parcellizzazione fino a quel momento incontrastata.

Abbiamo creato una definizione in cui parliamo di «insieme di strutture di tipo intensivo e dell'emergenza ed insieme delle situazioni caratterizzate dalla criticità delle condizioni bio-psichiche della persona e dalla complessità dell'approccio assistenziale».

Si tratta di un'ottica di globalità che non fa più riferimento centrale alla struttura organizzata che eroga un servizio, ma definisce il centro nella situazione di criticità della persona, attorno alla quale si creano le strutture maggiormente adeguate a rendere il servizio.

Facciamo adesso alcune considerazioni.

L'Area Critica è una concezione del servizio nei confronti del malato in condizioni critiche che pone l'accento sulla concezione dell'organizzazione sanitaria come un dovere della società. Annalisa Silvestro ricordava la Legge n° 833/78, in cui veniva richiamato in modo palese questo principio fondamentale. Anche sulla base di questo enunciato, possiamo dire che un'organizzazione è efficace se riesce a dare una risposta adeguata ai bisogni di una persona, in ogni momento in cui questi bisogni vengono espressi ed in ogni luogo in cui questi bisogni si esplicitano.

Si è iniziato ad andare in maniera istituzionale in questa direzione. Lo Stato ha assunto come proprio dovere l'organizzazione del Servizio Sanitario.

Ancora, la concezione della salute non era più la concezione riduttiva di «assenza di malattia», ma equilibrio possibile per la totalità della persona; e gli infermieri erano in prima linea su questa concezione proprio per l'esperienza diretta quotidiana. E ancora la concezione dell'intervento sanitario intenso non come singola prestazione nei confronti di un problema semplice, ma intervento teso a risolvere problemi gravi ed anche molto complessi. Interventi di questa natura non possono non avere la caratteristica del processo circolare in cui le interrelazioni tra i professionisti sono l'elemento fondamentale. Ovviamente questo richiede l'integrazione delle professionalità e l'integrazione delle strutture. Come è evidente parlando di Area Critica e tenendo presente quanto detto da Annalisa Silvestro nella prima parte dell'intervento, vediamo quante analogie ci sono tra Area Critica e concezione aziendale. L'Area Critica come l'azienda tende a rispondere ai fini istituzionali, a quelli che sono i bisogni che dalla popolazione e dalle persone derivano. Area Critica è un'organizzazione per rispondere ad obiettivi complessi, quanto di più complesso possa esserci, se pensiamo alla situazione dei malati che si trovano in criticità vitale.

Altra analogia è quella dell'importanza che viene data nell'utilizzo razionale dell'uso delle risorse; il massimo utilizzo delle risorse consente anche, se ben impiegate, il massimo sviluppo delle risorse stesse, la massima estensione delle loro potenzialità.

Ulteriore elemento di analogia tra Area Critica e azienda, è il concetto di integrazione. Integrazione di persone innanzitutto (perché sono queste che in maniera particolare danno consistenza e qualità ad un servizio) ed integrazione di conseguenza delle strutture. Come un'azienda deve superare la parcellizzazione se vuole raggiungere obiettivi complessi, così quando parliamo di Area Critica, quando vogliamo dare risposte a problemi complessi come quelli connessi alle situazioni di criticità vitale, dobbiamo interloquire in termini di integrazione delle varie strutture. I vari ambiti non devono sentirsi dei corpi isolati ma costantemente all'interno di una mobilità intesa in termini di tempo, quindi possibile in ogni momento, in termini di luogo ed ancora in termini di utilizzazione massima di quello che serve per risolvere il problema. Così strutturata l'istituzione può dirsi efficace.

Oggi che lettura possiamo fare dei primi passi dell'aziendaalizzazione che è in atto?

L'esperienza nelle varie realtà è diversa, ma possiamo fare alcune considerazioni. In alcuni ambiti sono state prese delle decisioni molto importanti. Si è posta attenzione alla razionalizzazione ed al contenimento delle risorse. La razionalizzazione delle risorse, l'abbiamo sempre detto, è un aspetto al quale è importante porre attenzione. Si tratta di fare in modo che non diventi esclusivamente contenimento delle risorse al di là di più ampie considerazioni. Anche perché, se è incontrovertibile che in Italia ci sono degli sprechi, dobbiamo anche tenere presente che, rispetto ad altri paesi, l'Italia, in rap-

porto al prodotto interno lordo, la ricchezza prodotta del paese, spende ancora di meno per la sanità. Ed i risultati, quando le risorse sono ben impiegate, possono considerarsi sovrapponibili a quelli di altri paesi simili al nostro.

Ancora, per quella che è stata l'esperienza nelle «aziende sanitarie» fino a questo momento, sembra debba essere posta attenzione solo alla quantità di attività svolta. Fino a poco tempo fa la quantità di attività svolta non era così controllata dalle istituzioni. Non era così importante se un reparto era riempito al 90% mentre un altro nella stessa struttura era utilizzato solo al 20%; ad entrambe veniva garantita la continuità. Adesso sull'attività viene posto il problema di vigilare affinché non si badi solo alla quantità.

È stato collegato il discorso delle prestazioni alla risposta ai bisogni reali; questo è il mandato delle istituzioni. Probabilmente per l'Area Critica questo non sarà un grossissimo problema, anche se è possibile che vi siano delle deviazioni dal mandato.

Un ulteriore elemento è quello della competitività incentivata tra gli operatori e tra le strutture. Il rischio è che si vada esclusivamente verso un mercato inteso in senso stretto, mentre si sorvoli su quella competitività sana che tende a migliorare un servizio con tutte le risorse che si hanno disponibili.

Facciamo ora un parallelismo con quanto è stato detto finora: l'Area Critica con le nostre esperienze quotidiane. Quali possono essere considerati gli orientamenti delle decisioni che sono state prese nelle aziende?

Si può pensare che le risorse siano state assegnate alle singole strutture senza fare una lettura epidemiologica di quelli che sono i bisogni reali a cui dare risposte? Per l'Area Critica questo può essere relativamente importante perché i bisogni dei malati in criticità vitale sono molto evidenti e corrispondono praticamente sempre alla domanda. Ma è possibile anche in questo contesto provocare delle deviazioni mediante l'induzione del bisogno secondario, ad esempio di risorse, quando queste potrebbero essere contenute senza compromettere i risultati degli interventi.

Per quanto riguarda la risposta ai bisogni di salute c'è il rischio che, da un servizio sociale sanitario nei confronti del quale dobbiamo dare una risposta andiamo a parlare quasi esclusivamente in termini di «merce». Certo i problemi economici urgono ed è necessario fare una grande attenzione. C'è il problema che i bisogni di salute possano essere carpi da singoli, da gruppi o da istituzioni addirittura per farne motivo di beneficio privato. I fini istituzionali possono diventare fini particolari.

Ultimo elemento da tenere in considerazione soprattutto per quanto ci riguarda, l'elemento della professionalità. Non dobbiamo correre il rischio che da finalità dell'istituzione, la professionalità diventi esclusivamente strumento di autopromozione delle strutture. Dobbiamo costantemente essere attenti a che la professionalità degli operatori ed il suo sviluppo, rimanga e diventi un obiettivo ricercato dalle istituzioni. È infatti all'interno delle strutture con l'esperienza che si matura, che cresce la possibilità di risolvere i problemi e la capacità degli operatori di affrontare nuove situazioni complesse.

Poniamoci ora alcuni interrogativi in questo contesto.

Che cosa fare in sostanza, per mantenere gli obiettivi che ci siamo posti, di servizio nei confronti delle persone e di servizio nei confronti della società? Obiettivi nei quali crediamo da sempre e nei quali intendiamo continuare a credere. Per realizzare l'Area Critica con questa concezione e con questa innovativa ottica di integrazione e di organizzazione che è in grado di risolvere nel miglior modo possibile, i problemi che stiamo affrontando.

Vediamo quali risposte potremmo darci. Per il momento valutiamo alcuni fattori che possono essere problemi o opportunità che ci si prospettano. In primo luogo, per quanto riguarda l'assistenza infermieristica in Area Critica.

Certamente l'Area Critica fa immagine e richiama interventi e quindi risorse.

Il fatto che faccia immagine potrebbe rappresentare un problema perché i risultati avanzati, sempre innovativi, con grande impiego di tecnologie e di risorse, con la possibilità di risolvere problemi fino a pochi anni fa impensabili consente di fare notizia (se non addirittura spettacolo in alcune situazioni).

L'Area Critica, richiamando risorse, può essere oggetto di interesse da parte di alcuni ed oggetto anche di manipolazioni. Può rappresentare comunque un'opportunità per noi, per gli infermieri. Visto che l'Area Critica fa immagine e richiama risorse sarà certamente privilegiata da parte delle strutture. È importante che gli infermieri ci siano anche nell'immagine che l'Area Critica offre di sé. È importante che gli infermieri non siano in secondo piano e a far parte solo dell'organizzazione senza essere tra i protagonisti dei risultati che vengono raggiunti.

Per quanto riguarda il richiamo di risorse dobbiamo essere attenti ad utilizzare quelle che ci saranno date e probabilmente con una maggiore facilità rispetto ad altri. La presenza di queste risorse deve essere da noi considerata come un'opportunità per crescere dal punto di vista della professionalità e della capacità di risolvere i problemi.

Sempre per l'assistenza infermieristica, il problema o le opportunità della qualità globale, che in questo contesto può essere un elemento al quale non vi è una grande attenzione. Mentre può diventare per noi l'esigenza di dare, in quanto professionisti, una risposta qualificata alle persone più che esclusivamente alle loro patologie.

Un problema può costituire il fatto che le strutture con facilità possono essere portate ad utilizzare operatori che sono esecutivi anziché professionali. La professionalità richiede una grande integrazione con gli altri operatori e con la struttura e garantisce migliori risultati di qualità. Se le istituzioni, prese dal problema finanziario, non pongono attenzione al problema della globalità della qualità saranno portate ad incentivare l'utilizzo di esecutori più che di professionisti.

Opportunità e problemi possono essere rappresentati dal riconoscimento della professionalità infermieristica. Soprattutto in Area Critica questo è evidente. Un buon professionista è garanzia di risultato. Ci possono essere delle

resistenze al riconoscimento della professionalità conquistata. Ricordiamo tutte le polemiche emerse in occasione del Decreto sul Profilo Professionale dell'Infermiere. Il riconoscimento della professionalità infermieristica pur essendo ormai incontrovertibile nell'operativo, di fatto viene negato con tutti i mezzi a livello giuridico.

C'è il problema, a cui abbiamo già accennato, dello sfruttamento della professionalità esistente piuttosto che l'impegno a contribuire a costruire professionalità. Dobbiamo invece far vedere alle istituzioni il lato positivo e di investimento per il futuro che la costruzione e la manutenzione di professionalità rappresenta.

Ci eravamo posti degli interrogativi: Come contribuire a costruire l'Area Critica e come contribuire a rendere un servizio di qualità ai cittadini singoli ed alla società in senso lato? Come proporre anche in termini organizzativi una novità ed un miglioramento del servizio?

Innanzitutto dobbiamo privilegiare la formazione, che non deve essere la cenerentola del servizio sanitario, ma la premessa per garantire professionalità attuale e futura e qualità dei risultati costante. Formazione intesa come autoformazione; e qui si gioca la responsabilità personale. Formazione di tipo istituzionale. Nel convegno si svilupperà il dibattito su questo tema, che ci vede coinvolti in un momento certamente critico ma anche esaltante della nostra storia professionale.

Un secondo punto in termini di risposta, essere professionisti preparati; a questo non si può prescindere. Essere preparati a prospettare soluzioni. Per prospettare soluzioni si deve essere esperti, conoscere il proprio specifico professionale ma anche il contesto nel quale ci troviamo ad operare. Conoscenze quindi di tipo clinico-assistenziale ma anche di tipo organizzativo e socio-politico. Questo perché il mandato dell'integrazione è connaturato alla professione infermieristica, rappresenta uno dei nodi essenziali al funzionamento delle strutture e pertanto la sua attuazione richiede un'adeguata preparazione.

Essere preparati per garantire risultati. Qui il nostro responsabilizzarci sul risultato diventa oggi una priorità assoluta. Se fino ad ora eravamo legati da un mansionario che è decisamente superato, dobbiamo puntare ad essere responsabili in prima persona dei risultati che le risorse assegnateci ci consentono di ottenere.

Essere professionisti capaci di contenere i costi e quindi di razionalizzare le risorse. Dobbiamo diventare fattore di interesse in questo senso per l'organizzazione, suo elemento attivo e propulsivo.

Essere gruppo come professione, non frammentato in mille rivoli, e puntare a quelli che sono gli obiettivi fondamentali che la professione deve perseguire. Questo non tanto per essere superiori ad altri o per il vantaggio particolare, ma perché la professione rappresenta un momento imprescindibile di ricchezza per il Paese, un momento in grado di dare delle risposte tra le più ricche della sanità. È necessario quindi che come professione sappiamo essere uniti soprattutto nei momenti certamente difficili ma anche esaltanti.

Essere protagonisti in questo momento storico e prioritari della nostra società. Essere protagonisti non per il narcisistico piacere di esserlo, ma per il senso di responsabilità che deve guidarci ad offrire il miglior servizio possibile con le risorse che ci verranno date e con quelle che noi diremo essere necessarie, ai cittadini.

Questi giorni vogliono essere uno studio ed un dibattito su questi temi, perché sia noi che i nostri concittadini abbiamo bisogno di risposte di qualità elevata per il servizio alla salute.

IL PROCESSO ASSISTENZIALE INFERMIERISTICO CON PAZIENTI E LORO PERSONE DI RIFERIMENTO. TIPOLOGIE METODOLOGICHE

PATRIZIA TADDIA
DDSI - Bologna

Impianto della relazione

Con la presente relazione si intende proporre una riflessione sul significato del processo assistenziale, alla luce della letteratura infermieristica, che evidenzia alcuni aspetti critici nell'applicazione nella realtà.

Di seguito, ripercorrendo i significati di autonomia professionale e personalizzazione dell'assistenza, si analizzeranno i modelli di assistenza che maggiormente rispondono a tale fine.

Si proporrà, quindi, il concetto di contratto, inteso come relazione tra professionista e persona che necessita di assistenza e/o i suoi familiari.

Premessa

Da alcuni anni in Italia si parla di processo di assistenza e problem solving in modo critico e interrogativo e si comincia a discutere del fatto che in ambito formativo i due processi si affrontano in modo diverso, da un lato vi è la tendenza a trattarli separatamente, dall'altro a sovrapporli. Inoltre si inizia a parlare anche in Italia di ragionamento diagnostico, intendendo con questo termine il processo mentale che si attiva nel momento in cui l'infermiere, entrando in rapporto con la persona, inizia a reperire indizi. Questo processo diagnostico prosegue con la formulazione delle ipotesi diagnostiche, la ricerca di dati aggiuntivi per confermare o meno le ipotesi stesse e la scelta e l'enunciazione delle diagnosi infermieristiche.

Verificheremo, quindi, se esistono delle differenze fra questi tre metodi e, se vi sono, quali esse siano.

Il processo di assistenza infermieristica

Il processo di assistenza, inteso come metodo della professione infermieristica, è l'esempio tipico di una proposta metodologica incompleta che è stata utilizzata nella letteratura e nella pratica ancora prima di essere ricono-

sciuta valida. La storia del processo di assistenza e la sua trasmissione attraverso la letteratura scientifica infermieristica è ampiamente conosciuta.

Nel corso degli ultimi anni sono accaduti una serie di eventi che da un lato hanno arricchito i contenuti del processo e dall'altro hanno evidenziato una serie di punti critici che sono stati l'origine del dibattito attualmente in corso. Faccio riferimento in particolare a:

- la tendenza a collegare i modelli concettuali o teorie infermieristiche al processo di assistenza;
- lo sviluppo del processo in se stesso attraverso l'arricchimento dei contenuti delle varie fasi (metodi e strumenti di accertamento, strategie di pianificazione, ecc.);
- l'aggiunta di elementi di contenuto con caratteristiche di standardizzazione quali le diagnosi infermieristiche e gli interventi infermieristici.

Ancora oggi, parlando del processo di assistenza in tutte le sue forme rappresentative (4 fasi, 6 fasi, individuazione di fasi e sottofasi), si fa riferimento ad una procedura articolata in step sequenziali che organizzano l'assistenza infermieristica.

Il primo step è l'accertamento, il secondo step è la pianificazione, che inizia solo quando è terminato il precedente, l'ultimo step è la valutazione che permette, in determinate situazioni, l'inizio di un nuovo processo.

Il processo di assistenza è oggi l'elemento dominante dell'assistenza infermieristica: è stato adottato in tutti i contesti formativi della professione; è inserito nei programmi di aggiornamento del personale infermieristico delle unità operative, ma si ravvisa anche la tendenza a rilevarne i limiti.

I limiti del processo di assistenza

In questa relazione si utilizza il concetto di limite senza darne una interpretazione negativa, in quanto talvolta essi possono trasformarsi in opportunità, in particolare quando l'impegno per superarli è grande.

I limiti maggiori possono essere sinteticamente rappresentati come segue:

- il processo di assistenza è un «processo» e come tale non è un elemento di contenuto. Di conseguenza, una volta diffuso, la professione infermieristica ha rilevato la necessità di trovare i collegamenti con i contenuti;
- il processo di assistenza viene insegnato nella formazione. Ma come viene insegnato?
- il processo viene utilizzato nella pratica. Ma come viene utilizzato?

Nel primo limite rientra il cospicuo lavoro scientifico infermieristico che ha cercato di collegare il processo di assistenza alle teorie infermieristiche che non descrivevano questo raccordo. Si è proceduto attraverso l'elaborazione e l'adattamento dei contenuti della teoria, oppure con lo sviluppo di teorie

infermieristiche arricchite di una propria modalità applicativa del processo di assistenza e fortemente orientato ai contenuti della teoria stessa.

La letteratura infermieristica è ricca di applicazioni di questo tipo, ad esempio:

— modello dei sistemi di Neuman: si utilizzano le classificazioni organizzate di variabili fisiologiche, psicologiche, socioculturali e spirituali come categorie diagnostiche;

— modello dei sistemi comportamentali di Johnson: le categorie sono rappresentate dai sette sottosistemi organizzati che compongono il sistema comportamentale;

— modello di adattamento di Roy: la teorica ha sviluppato un suo processo, ma altri hanno proposto integrazioni originali del processo con la teoria;

— modello delle relazioni interpersonali di Peplau: il processo si sviluppa attraverso le fasi di orientamento, identificazione, utilizzazione e risoluzione;

— Loomis e Wood hanno individuato gli elementi del processo «clinical decision making» attraverso la definizione degli elementi della raccolta dati, delle diagnosi, della pianificazione, del trattamento e della valutazione.

Rientra nella ricerca di contenuti anche lo sforzo di costruire un sistema di classificazione delle Diagnosi infermieristiche e degli interventi.

Il concetto di diagnosi infermieristica ha iniziato a svilupparsi circa 25 anni fa. Il movimento infermieristico che ha sostenuto questo percorso si poneva fondamentalmente due scopi:

— definire la dimensione indipendente e autonoma della professione infermieristica;

— creare un linguaggio comune all'interno della professione, attraverso una standardizzazione delle diagnosi.

Nonostante alcune critiche riferite ai contenuti, alle strategie e alla difficoltà di utilizzazione vi sono stati diversi tentativi e proposte di integrazione delle teorie infermieristiche con il processo di assistenza e con le diagnosi infermieristiche attraverso specifici adattamenti (utilizzando, ad esempio, i modelli di Orem, Henderson, Roy).

Nell'ambito della ricerca sulle diagnosi infermieristiche sono emersi notevoli contributi in merito al ragionamento diagnostico degli infermieri. È in corso da anni anche il tentativo di collegare le diagnosi infermieristiche a standardizzazioni di interventi assistenziali e relativi standard di risultato.

I limiti riferiti a come il processo viene trasmesso nella formazione e applicato nella pratica sono conosciuti da tutti gli infermieri in quanto quotidianamente vissuti. Verranno di seguito presentati insieme, in quanto sono elementi difficilmente disgiungibili.

1) L'apprendimento teorico dei fondamenti dell'assistenza infermieristica (modelli e metodi) avviene in ambiente formativo di aula e si basa sul presupposto di apprendere prima teoricamente i contenuti ed i processi per poi applicarli successivamente. La conseguenza è quella di costruire un siste-

ma di conoscenze poco stabile (*conoscenza non diretta, non vissuta, non sperimentata*).

2) È ancora presente nei contesti formativi una certa incoerenza tra la scelta di modelli e metodi (anche esplicitati) e l'intera struttura di programma formativo (centrato sulla patologia, metodologia di formazione tradizionale, ecc.). Anche questo genera incertezza e debolezza nella strutturazione delle conoscenze degli studenti infermieri.

3) Incoerenza tra formazione teorica (centrata sulla persona) e pratica (organizzazioni standardizzate) durante la fase di apprendimento (*il tirocinio*).

4) Le incongruenze, i gap, le differenze non vengono analizzate nell'ambito della formazione per trasformarle in un ulteriore momento di rielaborazione ed apprendimento.

5) Nelle unità operative l'organizzazione è ancora molto orientata ai compiti, alla standardizzazione, alla responsabilità diffusa e agli atti. L'assistenza tende a rilevare i problemi legati alla sfera patologica ed a soddisfare i bisogni fisici. Manca l'orientamento relazionale (se esiste è per iniziativa personale) e la capacità di vedere la persona ricoverata e la famiglia come risorsa per la pianificazione assistenziale.

6) L'infermiere in diversi contesti ha ancora una autonomia professionale poco sviluppata e vi è la tendenza a dipendere ed organizzarsi in funzione delle decisioni diagnostiche e terapeutiche mediche perseguendo nei fatti un modello assistenziale di tipo bio-medico.

7) Una ulteriore considerazione è stata evidenziata da Benner che, utilizzando il modello di Dreyfus, ha individuato cinque categorie di infermieri rispetto al loro livello di abilità acquisite. Il processo di assistenza è utilizzato maggiormente dagli infermieri ai primi livelli di esperienza, mentre gli infermieri esperti tendono a ignorarlo, in quanto non sono orientati verso particolari modelli formali, anzi questi rischiano di ridurre l'ampiezza delle loro capacità.

8) Alcune critiche sono rivolte in particolare alla fase di accertamento del processo di assistenza. Lo scopo dell'accertamento infermieristico è quello di fornire un quadro delle condizioni e della situazione del paziente (stato e qualità) in quello specifico momento, tenendo presente che la situazione può continuamente evolversi e modificarsi. L'accertamento è quindi una analisi critica, una valutazione che si esprime con un giudizio che non è obbligatoriamente l'esplicitazione di una diagnosi o di un problema. Il giudizio formulato può essere anche più complesso di una diagnosi.

9) Infine, si riportano alcuni elementi che sono emersi dalle ricerche effettuate sulle modalità con cui gli infermieri applicano il processo di assistenza, che sono solo l'inizio di un dibattito in corso in molti Paesi e che dovrebbe essere affrontato anche in Italia perché fondamentale nelle scelte strategiche della professione in ambito formativo e operativo:

— gli infermieri tendono a raccogliere la maggior parte delle informazioni che riguardano il paziente durante i primi minuti di incontro e colloquio

e, una parte di questi dati, non vengono ne rivisti ne utilizzati in modo sistematico per prendere le decisioni successive;

- i dati contrapposti tendono a non essere considerati;
- il livello di esperienza dell'infermiere incide su tutto il processo e gli infermieri più esperti tendono ad utilizzare il loro intuito;
- gli infermieri sviluppano costrutti (modelli percettivi) in base alla loro esperienza clinica, in modo tale da potere generare delle «situazioni tipo» che utilizzano come confronto nella pratica ed inoltre, a seguito del giudizio espresso, utilizzano rappresentazioni generali di pazienti per pianificare l'assistenza necessaria;
- la severità è considerata una dimensione importante per l'impatto che ha sulla quantità e qualità dell'assistenza infermieristica richiesta dal paziente;
- il processo di assistenza è spesso riadattato a livello locale, nel senso che viene riorganizzato in funzione dell'organizzazione del lavoro e del ruolo assunto. In pratica gli infermieri traducono e trasformano il «programma originale» del processo di assistenza introducendo procedure, metodi, strumenti e strategie come un aspetto dell'organizzazione.

Problem solving

Le abilità richieste ad un infermiere nelle prime fasi del processo di assistenza si possono ricondurre alle capacità di soluzione dei problemi (problem solving).

In pratica l'infermiere messo di fronte ad un problema utilizza una delle diverse modalità oggi conosciute per decidere come risolverlo.

A questo punto possiamo interpretare il processo di assistenza scomposto in due fasi:

- «problem solving»: capacità di risoluzione dei problemi - «come arrivo alla decisione»;
- «decision making»: capacità di decidere sulle possibili alternative.

Anche il problem solving è un processo che deve essere riempito di contenuti riferiti alla specificità disciplinare infermieristica.

Fasi della risoluzione del problema, secondo Barrow

1) Sulla base dell'acquisizione di un certo numero di indizi presentati dal caso sottoposto allo studio, l'infermiere crea assai rapidamente un certo numero di ipotesi, attraverso l'interpretazione dei primi dati identificati.

2) L'infermiere si fa un'idea della rappresentazione del problema attraverso la ricerca di nuovi indizi, che gli permettono di confermare o no l'ipotesi più probabile.

Anche in questo caso si pone in evidenza come tra un infermiere novizio ed uno esperto vi siano differenze:

- nella costruzione graduale di un insieme strutturato di dati e conoscenze;
- nello sviluppo di un meccanismo semplificatore che permette di fare delle differenze tra i dati pertinenti e non pertinenti;
- nell'utilizzazione efficiente dell'insieme strutturato di conoscenze ed esperienze antecedenti.

Esistono diverse tecniche di problem solving che possono essere utilizzate, infatti gli infermieri utilizzano metodi che vanno dal tipo tradizionale, sovrapponibile all'accertamento classico del processo di assistenza, al tipo ipotetico-deduttivo, all'utilizzo di raggruppamenti di modelli e informazioni che si costituiscono mentalmente sulla base di conoscenze ed esperienze (gestalt), allo sviluppo di ipotesi su indizi chiave, ecc..

Non esiste un processo di soluzione dei problemi unico, ma un insieme di tecniche che permettono la soluzione di problemi e la tendenza è di utilizzare tecniche specifiche per situazioni specifiche.

Differenze fra processo di assistenza e problem solving

Le principali differenze tra processo di assistenza e problem solving sono:

- il problem solving si attiva di fronte ad un ostacolo interpretativo, che determina la necessità di raccogliere maggiori informazioni. In pratica il ragionamento scatta quando l'infermiere si preoccupa di qualcosa. La fase di accertamento del processo di assistenza si attiva automaticamente nel momento in cui l'infermiere incontra la persona/paziente e inizia la fase di osservazione e colloquio;

- il problem solving è meno formale del processo di assistenza.

Nel problem solving i ragionamenti procedono e retrocedono tra problema e possibili cause nel tentativo di spiegare e trovare la soluzione. L'infermiere si focalizza sull'indizio e l'accertamento è orientato al problema.

Il processo di assistenza è invece a fasi, lineare, uno step segue l'altro.

Concetto di autonomia professionale e personalizzazione dell'assistenza

Alla base delle professioni sanitarie è condiviso (almeno teoricamente) il concetto di erogare cura/assistenza personalizzata attraverso una relazione di fiducia che si instaura tra i professionisti e i pazienti/famiglia. Ogni professionista è orientato a modellare la migliore (intesa come più efficace ed efficiente) cura/assistenza per i singoli pazienti sulla base del fatto che:

- «io paziente ho fiducia nel professionista»;
- «io professionista ho fiducia nel paziente».

La fiducia è supportata da una continua relazione.

Da questo, in un certo senso, nasce l'esigenza di autonomia clinica del professionista, che deve essere e sentirsi libero di utilizzare il suo autonomo giudizio clinico.

Autonomia clinica non significa totale autonomia organizzativa, nel senso che operando diverse persone e figure professionali all'interno di una organizzazione (che ha obiettivi e finalità esplicite) occorre avere meccanismi di integrazione e coordinamento interno.

Autonomia clinica significa:

— pratica indipendente: il professionista utilizza il suo giudizio senza essere soggetto a modifica da parte di altri professionisti, se non richiesto, e assumendosene la responsabilità;

— responsabilità primaria: esiste un professionista che stabilisce lo schema di base assistenziale e decide chi coinvolgere. A questo professionista spetta il primato della responsabilità;

— scelta del paziente: relazione personale liberamente iniziata e basata su stima e fiducia.

Per tale motivo credo che il concetto di autonomia clinica non possa distingersi dal concetto di assistenza personalizzata, in quanto è la personalizzazione dell'assistenza che garantisce autonomia clinica. In questo momento come infermieri stiamo affermando la nostra autonomia clinica e affrontando l'integrazione con altri professionisti che hanno anch'essi autonomia clinica. Le altre professioni ci insegnano che l'autonomia clinica non si acquisisce immediatamente, ma dopo un percorso (di conoscenze ed esperienze) che va oltre il percorso formativo di base. Anche nell'ambito di una professione che tipicamente è basata sull'autonomia clinica si assiste allo sviluppo di aree professionali che tendono alla soluzione di specifici problemi, ad esempio nel campo della medicina il radiologo, l'anatomo patologo, ecc..

Nella realtà infermieristica cosa accade?

Ritengo che la professione infermieristica abbia due «nodi dolenti» che impediscono o rendono difficoltosa l'attuazione di questi concetti nella pratica. Non mi riferisco ad aspetti legislativi o a conflitti interprofessionali ma a:

- 1) la relazione infermiere - persona - famiglia;
- 2) i modelli organizzativi infermieristici.

1) *Relazione con la persona e la sua famiglia*

Ritorniamo in un certo senso al processo di assistenza ed in particolare al processo di decision making, che si basa sulle capacità dell'infermiere di decidere sulle possibili alternative. A fronte dell'individuazione dei problemi l'infermiere deve delineare le strategie di soluzione e i relativi interventi possibili e scegliere, cioè decidere.

Quando l'infermiere è in questa fase può decidere di essere:

- infermiere che decide per il paziente;
- infermiere che propone al paziente e/o la sua famiglia le possibili strategie e alternative di intervento, i possibili ostacoli e risultati, ciò che ritiene giusto scegliere e chiedere il consenso e di conseguenza la partecipazione. L'infermiere in questo caso chiede fiducia offrendo fiducia.

Esistono diverse strategie di pianificazione, intese come diversi metodi ed approcci che servono come guida per definire gli interventi infermieristici personalizzati. Le strategie di pianificazione traggono origine da diverse discipline, non solo l'infermieristica, ma anche la psicologia, la scienza dell'educazione, la sociologia.

I modelli di riferimento infermieristici, intesi come schemi interpretativi del fenomeno in osservazione, sono in grado di fare produrre decisioni indipendenti che permettono di prevenire o modificare le conseguenze dell'evento. Incidono anche sulla strategia da adottare. Ad esempio, la teoria di Orem, che classifica i pazienti/clienti in tre categorie, indica chiaramente quali strategie seguire per ottenere i risultati. Anche Neuman seleziona chiaramente strategie di gestione dello stress e di insegnamento.

Le strategie sono:

- insegnamento;
 - problem solving;
 - uso terapeutico del sé;
 - counselling;
 - gestione dello stress;
 - modificazioni del comportamento;
 - contratto;
 - processi di gruppo;
 - principi di pratica infermieristica;
- e diverse altre.

Senza entrare nella descrizione, che fa parte di un approccio di tipo formativo, rileviamo che alla base di tutte le strategie, che a loro volta influenzeranno la scelta dell'intervento esiste un rapporto che si viene a delineare tra paziente, famiglia e infermiere.

Oggi l'infermiere estremamente preparato ad affrontare aspetti teorici e pratici della professione è carente di conoscenze dirette, vissute e sperimentate sui rapporti interpersonali che intercorrono tra sé stesso e il paziente/famiglia. Questo, come detto in precedenza, genera incertezza e instabilità, infatti l'infermiere tende ad avere relazioni incerte e instabili. La qualità dell'incontro interpersonale con la persona è data dal desiderio di uno dei due interlocutori (l'infermiere) di promuovere nell'altro la crescita, il cambiamento, l'adattamento, lo sviluppo, la maturità e il raggiungimento di un modo di agire più adeguato e integrato (il paziente). La relazione terapeutica si svolge, se-

condo Rogers, fra due persone che stanno sullo stesso piano ed è questo uno dei motivi per i quali egli parla di cliente [io parlo di persona in quanto con questa parola intendo considerare i valori personali: della sua personalità, del suo atteggiamento e comportamento, dei suoi sentimenti e sensazioni].

In realtà noi tendiamo a non ascoltare ciò che ci viene trasmesso dai pazienti, in quanto presumiamo di saperlo e perché siamo orientati alla rilevazione di dati oggettivi (ascoltiamo altri suoni, rumori e parole altrettanto importanti ma non del paziente). In pratica udiamo solo quello che vogliamo udire, osserviamo solo quello che vogliamo osservare, ascoltiamo quello che coincide con i nostri obiettivi e cessiamo di ascoltare non appena abbiamo inquadrato la persona.

2) *I modelli organizzativi*

Sarebbe interessante, a questo punto, ripercorrere la storia dei modelli organizzativi infermieristici che con il loro sviluppo hanno sempre teso, da un lato, a costruirsi in funzione dei pazienti e, dall'altro, in funzione delle attività standardizzate:

- modello per compiti: distribuzione dei compiti;
- team nursing: un gruppo di infermieri con un leader che seguono un numero di pazienti. Nella realtà si è osservato che tendeva a riprodurre la distribuzione di compiti in un'area più ristretta;
- modular nursing: ripropone il team nursing con un numero minore di infermieri e pazienti. I pazienti possono essere assegnati o meno in funzione di caratteristiche definite;
- primary nursing: ogni singolo infermiere è responsabile dell'assistenza di un paziente o, nella realtà, di più pazienti. La conseguenza è che l'assistenza infermieristica di ogni specifico paziente è pianificata e coordinata da un solo infermiere per tutta la durata del ricovero. Si basa sul concetto «il mio infermiere», dove un infermiere ha funzioni di coordinatore ed altri, per ogni turno, erogano l'assistenza ad un numero definito di pazienti. Il modello tiene in considerazione anche i diversi ruoli degli infermieri nell'ambito del contesto lavorativo e le conoscenze, capacità e abilità sviluppate durante l'esperienza lavorativa e formativa. Per l'area critica sono stati individuati rapporti di 1 infermiere «primary nurse» ogni 2/4 pazienti. Il problema evidente è rappresentato dal fatto che il «primary nurse» è presente 36/40 ore la settimana e non 168.

Quindi, non esiste un modello ideale applicabile ovunque, ma la possibilità di riorganizzare il contesto lavorativo scegliendo quanto e come orientarsi all'assistenza centrata sul paziente/famiglia e, in funzione di questo, a come ridefinire i ruoli, le decisioni, le attività, le relazioni ed i risultati.

Conclusioni

Al termine di questa relazione, che aveva l'obiettivo di trattare le tipologie metodologiche del processo assistenziale e che ha generato più domande e dubbi piuttosto che fornire risposte e certezze, si propone un «tassello» da contestualizzare nell'ambito dei processi assistenziali orientati ai «nostri» pazienti, che può essere anche vista come una strategia del processo di pianificazione: il contratto.

Il contratto in genere è inteso come un documento in cui due parti si accordano sulle reciproche responsabilità e attività per il perseguimento di un risultato. Anche l'infermiere, il paziente, la famiglia intendono raggiungere un obiettivo, perseguire un risultato e, a tale scopo, occorre che si mettano in atto dei comportamenti, delle azioni, degli atteggiamenti, che si sfruttino le capacità, che si verifichino dei cambiamenti. L'infermiere, il paziente e la famiglia devono identificare ed esplicitare chiaramente ciò che desiderano ottenere in termini di risultato valutabile.

A tal fine occorre che:

- paziente e/o famiglia partecipino attivamente;
- l'infermiere dichiarare cosa realmente è possibile mettere in campo;
- quali saranno i vincoli e le opportunità;
- quali saranno i tempi, le modalità;
- se vi sono possibilità di recupero.

Bibliografia

- B.J. STEVENS BARNUM, *Nursing Theory: analysis, application, evaluation*, Lippincott Company Philadelphia 1994.
- S.G. WRIGHT, *My patient-my nurse. The practice of primary nursing*, Scutary Press London 1994.
- H. BARROWS, R. TAMBLIN, *The clinical reasoning process: the problem solving in medicine*, Springer, N.Y. 1992.
- P. CUTLER, *Problem solving in Clinical medicine*, Williams & Wilkins 1985.
- P. BENNER, *From Novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*, Addison-Wasley California 1984.
- PAOLA DI GIULIO, *Il processo di nursing nei suoi aspetti più critici*, Sintesi dell'intervento presentato al corso per infermieri docenti in università Milano 1993, inserto de *L'infermiere* anno XXXVII n. 4 1993.
- R.A. CROW, J. CHASE, D. LAMOND, *The cognitive component of nursing assessment: an analysis*, Journal of Advanced Nursing 1995, 22, 206-212.
- P.J. CHRISTENSEN, J.W. KENNEY, *Nursing process: application of conceptual model*, Mosby company 1990.
- SILVIA KANIZSA, *L'ascolto del malato*, Guerini e associati 1988.
- Atti Convegno di studio «I modelli teorici per la pratica professionale infermieristica: pratica e management», Bologna 29 settembre-1° ottobre 1995.
- D.L. CARNEVALI, M. DURAND THOMAS, *Diagnostic reasoning and treatment decision making in nursing*, Lippincott Company Philadelphia 1993.

INDAGINE CONOSCITIVA SULLE PROBLEMATICHE INFERMIERISTICHE DEL CARDIOTRAPIANTATO E DEL PARTNER

CRISTINA MORINI

I.P. A.F.D. Cure Intensive Cardiocirurgia - Azienda Ospedaliera, Ospedale Maggiore - Verona

Riassunto

Questo lavoro si prefigge di valutare la figura, la professionalità e le problematiche dell'infermiere professionale analizzando il giudizio espresso dai malati e dai loro familiari. Il giudizio sulla professionalità infermieristica lo si è ottenuto progettando e analizzando statisticamente un questionario anonimo, chiuso, a risposte multiple inviato a 389 cardiotrapiantati e relativi partner.

Lo studio è stato eseguito in collaborazione con l'Associazione Cardiotrapiantati Italiani. Gli aspetti indagati dal questionario riguardano: 1) dati anagrafici e attività lavorativa; 2) influenza del trapianto cardiaco sull'attività lavorativa ed economica; 3) aspetti psicologici del cardiotrapiantato; 4) giudizio dei cardiotrapiantati sulla professionalità degli infermieri professionali all'interno delle strutture ospedaliere; 5) necessità di infermieri professionali ospedalieri a domicilio; 6) giudizio sulla professionalità infermieristica quale fattore di risparmio, di efficienza e di attrazione delle strutture sanitarie. Il lavoro si conclude proponendo alcuni provvedimenti atti a migliorare la qualità di vita e di assistenza dei cardiotrapiantati e dei loro familiari, ottenuti dall'analisi delle risposte dei questionari.

Introduzione

Intendo subito ringraziare tutti i cardiotrapiantati ed i loro familiari che con puntuale e attenta partecipazione hanno consentito la realizzazione di questa indagine. L'intento dell'indagine conoscitiva è quello di sottoporre al giudizio degli utenti l'operato degli infermieri professionali. La scelta dei soggetti da intervistare è caduta sui cardiotrapiantati perchè più di altri conoscono a fondo le problematiche sanitarie, per la particolare intensità emotiva del trapianto, per la degenza in Terapia Intensiva, per la guarigione che deriva dal trapianto cardiaco pur nella necessità di continui rapporti con la struttura sanitaria. Per la prima volta nel giudizio sull'operato infermieristico vengono coinvolti anche i familiari del cardiotrapiantato sempre molto coinvolti nelle problematiche psicologiche, di vita e sanitarie. Del malato sono stati

valutati anche gli aspetti psicologici, le problematiche lavorative e la qualità di vita, convinta che l'infermiere professionale deve confrontarsi nella sua professione con il malato inteso come persona nella sua globalità. Il grado di partecipazione è stato molto elevato (56%), tenendo conto anche della complessità del questionario e della sua esecuzione mediante invio postale. Il trapianto cardiaco è una terapia particolarmente complessa ed il paziente è stato quindi valutato nella fase della malattia, nella fase della decisione al trapianto, nel post-operatorio ed al momento attuale.

Presentazione del questionario del cardiotrapiantato

A) Dati anagrafici

I questionari inviati sono stati 389 e quelli risposti 216 con una partecipazione del 56%, di cui 180 maschi (83%) e 36 femmine (17%).

Nella tabella seguente si vedono in dettaglio i dati anagrafici degli intervistati al momento del trapianto e attualmente, mentre nella tabella successiva si vedono le fasce di età nelle quali gli intervistati sono stati suddivisi.

Dati anagrafici dei 216 cardiotrapiantati intervistati:

	<i>Al trapianto</i>	<i>Attualmente</i>
Età media	47	71
Mediana	51	55
Più giovane	2	6
Più anziano	65	70
Età maschi	48	52
Età femmine	40	42

Fasce d'età dei cardiotrapiantati

<i>Fasce d'età</i>	<i>Al trapianto</i>	<i>Attualmente</i>
< 20	13 (6%)	10 (5%)
21-35	25 (12%)	22 (10%)
36-45	42 (19%)	23 (11%)
46-55	71 (33%)	65 (30%)
> 56	65 (30%)	96 (44%)

Nelle due tabelle seguenti vediamo invece lo stato civile ed il grado d'istruzione attuale e l'attività lavorativa prima della malattia cardiaca di 216 cardiotrapiantati.

Stato civile dei cardiotrapiantati

Coniugato	161 (75%)
Single vivente con partner	24 (11%)
Single vivente da solo	13 (6%)
Separato	6 (3%)
Divorziato vivente da solo	5 (2%)
Vedovo	5 (2%)
Divorziato vivente con partner	2 (1%)

Grado d'istruzione dei cardiotrapiantati

Diploma scuola media inferiore	148 (69%)
Diploma scuola media superiore	52 (24%)
Laurea	10 (5%)
Età pre-scolare	6 (3%)

Occupazione dei cardiotrapiantati prima della malattia

Operaio	63 (29%)
Lavoro autonomo	49 (23%)
Impiegato	48 (22%)
Pensionato	18 (8%)
Studente	14 (6%)
Casalinga	10 (5%)
Professionista	7 (3%)
Agricoltore	6 (3%)
Disoccupato	1 (05%)

L'indicazione al trapianto cardiaco è stata in 166 (77%) una cardiomiopatia, in 41 (19%) una malattia coronarico/ischemica ed in 9 (4%) una malattia valvolare.

Nella tabella seguente possiamo vedere quali siano stati nei 216 cardiotrapiantati la durata della malattia cardiaca, la durata del periodo in lista d'attesa, la durata del ricovero ed il tempo trascorso dal trapianto.

<i>Durata</i>	<i>Media</i>	<i>Mediana</i>	<i>Minimo</i>	<i>Massimo</i>
Malattia (anni)	7	5	7 gg	43
Lista attesa (mesi)	7	4	1 gg	48
Ricovero (mesi)	2	1	10 gg	24
T. dal trapianto (mesi)	48	43	3	20 anni

La durata del periodo in lista d'attesa è stato valutato anche in base all'attività lavorativa e all'età del candidato al trapianto.

I risultati si vedono nelle due successive tabelle.

Durata lista d'attesa in mesi e occupazione in 216 cardiotrapiantati.

<i>Occupazione</i>	<i>Media</i>	<i>Mediana</i>	<i>Minimo</i> (gg)	<i>Massimo</i>
Operaio	5.5	3	1	30
Lavoro autonomo	7	3	3	48
Impiegato	6	4	7	24
Pensionato	8	6	5	36
Studente	5	1	1	48
Casalinga	9	7.5	5	24
Professionista	4	4	1	10
Agricoltore	10	5	22	36

Lista d'attesa in mesi in rapporto all'età in 216 cardiotrapiantati.

<i>Età</i>	<i>Media</i>	<i>Mediana</i>	<i>Minimo</i> (gg)	<i>Massimo</i>
< 20	1.9	1	4	10
21-35	4	2	5	48
36-45	7	4	3	48
46-55	7	5	1	36
> 56	8	6	1	36

B) Influenza del trapianto cardiaco sull'attività lavorativa ed economica

Gli effetti del trapianto cardiaco sull'attività lavorativa dei malati è stata fatta confrontando l'occupazione degli intervistati al momento dell'entrata in lista d'attesa per il trapianto e l'occupazione attuale, come si vede nella tabella successiva.

<i>Attività</i>	<i>In lista attesa</i>	<i>Attualmente</i>
Occupazione precedente a tempo pieno	64 (30%)	48 (22%)
Occupazione precedente a tempo ridotto	13 (6%)	13 (6%)
Inabile per malattia	80 (37%)	59 (27%)
Pensionato	48 (22%)	70 (32%)
Abbandono studi	11 (5%)	1 (05%)
Cambio attività	—	13 (6%)
In cerca di lavoro	—	12 (6%)

Abbiamo poi analizzato come il tipo di attività svolta prima del trapianto abbia influenzato l'attività lavorativa dopo l'intervento chirurgico e come si

può vedere di seguito le differenze sono risultate statisticamente significative.

Rapporto fra occupazione precedente al trapianto e occupazione attuale in 216 cardiotrapiantati, espressa in %

	<i>Prec. occ. t. pieno</i>	<i>Prec. occ. t. ridott.</i>	<i>Inab. malattia</i>	<i>Pens.</i>	<i>Abban. studi</i>	<i>Camb. attività</i>	<i>In cerca lavoro</i>
Operaio	11	2	37	38	—	6	6
Impieg.	25	8	33	25	—	6	2
Lav. aut.	18	12	31	20	—	8	10
Pension.	—	—	—	100	—	—	—
Studente	71	—	—	—	7	14	7
Casalinga	50	10	10	30	—	—	—
Prof.ta	57	14	14	14	—	—	—
Agricolt.	17	—	33	—	—	—	17
Disoccup.	—	—	100	—	—	—	—

P. = 0.00

Abbiamo poi indagato come l'età del cardiotrapiantato abbia influito sull'attività lavorativa. Le differenze nei vari gruppi di età sono risultati statisticamente significativi (P = 0.00) ed i dati sono riassunti in % nella tabella seguente.

Rapporto fra età e occupazione in % in 216 cardiotrapiantati.

<i>Età</i>	<i>n.</i>	<i>Prec. occ. t. pieno</i>	<i>Prec. occ. t. ridotto</i>	<i>Inab. malattia</i>	<i>Pens.</i>	<i>Abb. studi</i>	<i>Camb. attività</i>	<i>In cerca lavoro</i>
< 20	10	70	—	—	—	10	10	10
21-35	22	27	5	23	5	—	27	14
36-45	23	48	9	9	9	—	9	17
46-55	65	20	9	46	15	—	5	5
> 56	96	11	4	23	59	—	1	1

P = 0.00

Oltre all'attività lavorativa abbiamo considerato anche le variazioni della situazione economica dopo il trapianto come possiamo vedere nella tabella è stata considerata la situazione prima della malattia, nel periodo in lista d'attesa e dopo il trapianto.

	<i>Ottima</i>	<i>Buona</i>	<i>Discreta</i>	<i>Insuff.</i>
Prima della malattia	13 (6%)	56 (26%)	124 (57%)	16 (7%)
In lista attesa	6 (3%)	41 (19%)	111 (51%)	33 (15%)
Attualmente	3 (1%)	43 (20%)	122 (56%)	33 (15%)

C) Problematiche psicologiche del cardiotrapiantato.

1. *Alla notizia che la sua malattia cardiaca era allo stadio finale con necessità di trapianto cardiaco, quali sentimenti ha provato?*

shock	<input type="checkbox"/>
depressione/sconforto	<input type="checkbox"/>
stupore	<input type="checkbox"/>
incredulità	<input type="checkbox"/>
rabbia	<input type="checkbox"/>
rassegnazione	<input type="checkbox"/>
speranza	<input type="checkbox"/>

Risposte

speranza	121 (56%)
depressione/sconforto	46 (21%)
rassegnazione	41 (19%)
shock	36 (17%)
incredulità	22 (10%)
rabbia	16 (07%)
stupore	9 (04%)

I sentimenti provati alla notizia della necessità di essere sottoposti a trapianto cardiaco sono stati analizzati separatamente nei due sessi e le differenze come si vede nella tabella sono risultate statisticamente significative ($P = 0.04$).

Sentimenti provati alla notizia della necessità di trapianto in base al sesso in % in 216 cardiotrapiantati.

	<i>Maschi (180)</i>	<i>Femmine (36)</i>
speranza	59	39
depressione/sconforto	22	17
rassegnazione	17	28
shock	14	28
incredulità	8	19
rabbia	7	11
stupore	5	—

$P = 0.04$

È stata fatta anche una valutazione dei sentimenti provati alla notizia di necessità di trapianto nelle varie fasce di età ma le risposte non hanno presentato particolari differenze salvo una prevalenza delle sensazioni di speranza nella fascia di età 36-45 anni con il 76% rispetto alle fasce al di sopra dei 65 anni con il 55% e soprattutto rispetto ai soggetti più giovani con meno di 20 anni nei quali il sentimento di speranza è stato provato solo dal 31%.

2. La notizia della necessità del trapianto era per Lei:

- prevista
- imprevista
- lo immaginava ma lo negava
- desiderata

Risposte in %

imprevista	85 (39%)
prevista	61 (28%)
desiderata	40 (19%)
lo immaginava ma lo negava	32 (15%)

Le risposte sono state valutate anche in base al sesso degli intervistati e le differenze sono risultate statisticamente significative ($P = 0.02$).

Notizia della necessità di trapianto cardiaco in rapporto al sesso in 216 cardiotrapiantati.

	Maschi (180)	Femmine (36)
imprevista	70 (39%)	15 (42%)
prevista	54 (30%)	7 (19%)
desiderata	36 (20%)	4 (11%)
lo immaginava ma lo negava	21 (12%)	11 (31%)

$P = 0.02$

La risposta a questo quesito in base all'età degli intervistati non ha invece mostrato differenze significative.

3. La sua decisione al trapianto ha provocato:

- speranza
- sollievo
- nuovo vigore
- ansia
- depressione

Risposte:

speranza	152 (70%)
ansia	31 (14%)
sollievo	28 (13%)
nuovo vigore	24 (11%)
depressione	6 (03%)

Le risposte a questa domanda non hanno mostrato differenze in base al sesso e all'età degli intervistati.

4. *Nel periodo di attesa al trapianto ha provato principalmente:*

apprensione	<input type="checkbox"/>
depressione	<input type="checkbox"/>
speranza	<input type="checkbox"/>
rabbia	<input type="checkbox"/>
senso di impotenza	<input type="checkbox"/>
fiducia nella struttura sanitaria	<input type="checkbox"/>
sfiducia nella struttura sanitaria	<input type="checkbox"/>

Risposte:

fiducia nella struttura sanitaria	118 (55%)
speranza	90 (42%)
apprensione	39 (18%)
senso di impotenza	34 (16%)
depressione	20 (09%)
sfiducia nella struttura sanitaria	6 (02%)

Le risposte in base al sesso hanno mostrato un sentimento di speranza maggiore nei maschi (44%) rispetto alle femmine (28%) e un senso di impotenza (22%) e di depressione (17%) maggiore nelle femmine rispetto ai maschi con il 14% e 8% rispettivamente.

La valutazione delle risposte in base all'età ha mostrato fiducia nelle strutture sanitarie e senso di speranza maggiori nei più anziani rispetto ai più giovani.

5. Secondo Lei quali dei seguenti provvedimenti potrebbero alleviare la fase della notizia della necessità di trapianto, la decisione al trapianto, il periodo di attesa?

	Notizia	Decisione	Attesa
Maggior colloquio con i medici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilità di personale infermieristico specializzato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aiuto da parte di uno psicologo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visite ad un centro di cardiotrapianti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riunioni collegiali con familiari, medici, infermieri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contatti con cardiotrapiantati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Un maggior colloquio con i medici è per il 60% degli intervistati il provvedimento più utile nella fase della notizia di necessità di trapianto ed in minor misura 31% nelle fasi di decisione e attesa mentre al secondo posto vi è la necessità di contatti con i cardiotrapiantati con il 25%. Le scelte per gli altri provvedimenti nelle diverse fasi non presentano differenze e sono preferiti dal 15% globalmente.

6. Al momento del ricovero la necessità di disporre di informazioni suscettibili di attenuare e rispondere alle sue apprensioni e ai suoi legittimi timori è stata:

soddisfatta	<input type="checkbox"/>
non soddisfatta	<input type="checkbox"/>
solo in parte	<input type="checkbox"/>

Risposte:

soddisfatta	130 (60%)
solo in parte	63 (29%)
non soddisfatta	10 (05%)

7. Le informazioni Le sono state date principalmente da:

medici	<input type="checkbox"/>
infermieri	<input type="checkbox"/>
altri degenti	<input type="checkbox"/>

Risposte:

medici	179 (83%)
infermieri	36 (17%)
altri degenti	31 (14%)

8. Secondo Lei insufficienti informazioni all'ingresso in Ospedale da parte del personale infermieristico sono dovute a:

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| scarsa professionalità | <input type="checkbox"/> |
| scarsa sensibilità | <input type="checkbox"/> |
| personale insufficiente | <input type="checkbox"/> |
| reparti sovraffollati | <input type="checkbox"/> |
| insufficiente autonomia | <input type="checkbox"/> |

Risposte:

personale insufficiente	75 (35%)
reparti sovraffollati	45 (21%)
insufficiente autonomia	31 (14%)
scarsa sensibilità	27 (12%)
scarsa professionalità	20 (09%)

9. Nell'immediato post-operatorio, durante la Sua degenza in Terapia Intensiva, quale delle seguenti sensazioni ha provato?

- | | |
|---|--------------------------|
| Euforia | <input type="checkbox"/> |
| Gratitudine | <input type="checkbox"/> |
| Ottimismo per il futuro | <input type="checkbox"/> |
| Paura per le macchine di respirazione, di monitoraggio, per la presenza di drenaggi e cateterismi | <input type="checkbox"/> |
| Senso di sicurezza per il fatto di essere in un reparto di Terapia Intensiva | <input type="checkbox"/> |
| Ansia per la mancanza di confidenza con gli infermieri | <input type="checkbox"/> |
| Incertezza per il futuro | <input type="checkbox"/> |

Risposte:

Ottimismo per il futuro	166 (77%)
Gratitudine	92 (43%)
Senso di sicurezza per il fatto di essere in un reparto di Terapia Intensiva	84 (39%)
Euforia	27 (13%)
Incertezza per il futuro	25 (12%)
Paura per le macchine di respirazione, di monitoraggio, per la presenza di drenaggi e cateterismi	22 (10%)
Ansia per la mancanza di confidenza con il personale infermieristico	11 (05%)

10. *Al momento del trasferimento dal reparto di Terapia Intensiva al reparto di degenza cosa ha provato?*

- | | |
|---|--------------------------|
| Gioia | <input type="checkbox"/> |
| Ansia per non essere più seguito in modo intensivo | <input type="checkbox"/> |
| Tristezza per non essere più seguito dagli infermieri conosciuti in Terapia Intensiva | <input type="checkbox"/> |
| Senso di liberazione | <input type="checkbox"/> |

Risposte:

Gioia	145 (67%)
Senso di liberazione	71 (33%)
Ansia per non essere più seguito in modo intensivo	20 (09%)
Tristezza per non essere più seguito dagli infermieri conosciuti in Terapia Intensiva	18 (08%)

11. *Quali dei seguenti provvedimenti pensa possano rendere meno stressante il passaggio dalla Terapia Intensiva al Reparto di degenza?*

- | | |
|---|--------------------------|
| Essere avvertito in tempo | <input type="checkbox"/> |
| Conoscere il nuovo reparto | <input type="checkbox"/> |
| Conoscere i nuovi infermieri | <input type="checkbox"/> |
| Essere adeguatamente informato dell'evolversi della malattia e sulle proprie necessità | <input type="checkbox"/> |
| Organizzare un incontro con i parenti, gli infermieri delle Terapie Intensive e con gli infermieri del reparto di degenza | <input type="checkbox"/> |

Risposte:

Essere adeguatamente informato dell'evolversi della malattia e sulle proprie necessità	127 (59%)
Essere avvertito in tempo	45 (21%)
Conoscere il nuovo reparto	25 (12%)
Organizzare un incontro con i parenti, gli infermieri della Terapia Intensiva e con gli infermieri del reparto di degenza	25 (12%)
Conoscere i nuovi infermieri	24 (11%)

12. *Ritiene utile che il partner/familiare venga coinvolto in riunioni informative e nei processi decisionali?*

SI

NO

Risposte:

SI	175 (81%)
NO	20 (09%)
Non risponde	10 (05%)

D) Qualità di vita del cardiotrapiantato.

13. Quali di seguenti sentimenti e sensazioni prova più frequentemente?

Depressione/ansietà	<input type="checkbox"/>
Rabbia/ostilità	<input type="checkbox"/>
Ottimismo per il futuro	<input type="checkbox"/>
Altruismo	<input type="checkbox"/>
Riconoscenza	<input type="checkbox"/>
Sentimento di relatività della vita	<input type="checkbox"/>
Desiderio di vivere più intensamente	<input type="checkbox"/>
Atteggiamento distaccato di fronte ai problemi quotidiani	<input type="checkbox"/>
Sentimenti religiosi	<input type="checkbox"/>

Risposte:

Riconoscenza	106 (49%)
Desiderio di vivere più intensamente	81 (38%)
Ottimismo per il futuro	79 (37%)
Sentimento di relatività della vita	40 (19%)
Atteggiamento distaccato di fronte ai problemi	35 (16%)
Sentimenti religiosi	32 (15%)
Altruismo	26 (12%)
Depressione/ansietà	24 (11%)
Rabbia/ostilità	12 (06%)

Le risposte sono state valutate anche in base al sesso e all'età dei cardiotrapiantati, ma non sono state riscontrate differenze significative.

14. Come cardiotrapiantato quali dei seguenti problemi sono stati da Lei maggiormente sentiti?

Perdita di lavoro	<input type="checkbox"/>
Perdita di guadagno	<input type="checkbox"/>
Perdita di posizione all'interno della famiglia	<input type="checkbox"/>
Sentimento di dipendenza nei confronti dei familiari	<input type="checkbox"/>
Perdita di stima per sé	<input type="checkbox"/>
Isolamento sociale per perdita di amicizie	<input type="checkbox"/>

Isolamento sociale per perdita di affidabilità da parte degli altri	<input type="checkbox"/>
Alterazione dell'immagine corporea	<input type="checkbox"/>
Problemi medici	<input type="checkbox"/>
Effetti collaterali dei farmaci	<input type="checkbox"/>

Risposte:

Effetti collaterali dei farmaci	108 (50%)
Perdita di lavoro	51 (24%)
Perdita di guadagno	46 (21%)
Alterazione dell'immagine corporea	31 (14%)
Sentimento di dipendenza nei confronti dei familiari	28 (13%)
Problemi medici	20 (09%)
Perdita di stima per sé	10 (05%)
Isolamento sociale per perdita di amicizie	11 (05%)
Isolamento sociale per perdita di affidabilità da parte degli altri	8 (04%)
Perdita di posizione all'interno della famiglia	8 (04%)

Le risposte in base all'età non hanno mostrato differenze particolari mentre la valutazione in base al sesso ha mostrato differenze statisticamente significative ($P = 0.00$), in alcune risposte come possiamo vedere di seguito in %

	Maschi	Femmine
Effetti collaterali dei farmaci	47%	64%
Perdita di lavoro	27%	6%
Perdita di guadagno	24%	6%
Alterazione immagine corporea	11%	24%

15. Attualmente come valuta le seguenti attività?

	Ottima	Buona	Discreta	Insuff.
Cura e movimento del corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonno e riposo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestione delle attività domestiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deambulazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Risposte in %

	<i>Ottima/Buona</i>	<i>Discreta</i>	<i>Insuff.</i>
Cura e movimento del corpo	60%	30%	4%
Sonno e riposo	73%	24%	8%
Gestione delle attività domestiche	53%	26%	5%
Deambulazione	44%	25%	6%

Le risposte sono state analizzate globalmente in base al sesso e all'età senza differenze. Ogni singola attività è stata valutata in base all'età dei cardiopiantati e differenze statisticamente significative ($P = 0.00$) sono state trovate solo nell'attività del sonno/riposo, come si vede nella tabella.

Sonno/riposo ed età espresse in %

	<i>Ottima/Buona</i>	<i>Discreta</i>	<i>Insufficiente</i>
< 20	80%	—	—
21-35	82%	14%	—
36-45	65%	26%	9%
46-55	62%	26%	9%
> 56	55%	28%	10%

16. Dopo il trapianto come sono variate le seguenti attività rispetto a prima dell'intervento?

<i>Attività</i>	<i>Molto miglior.</i>	<i>Discret. miglior.</i>	<i>Invar.</i>	<i>Peggior.</i>
Fisica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emozionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sessuale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanziaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ricreativa/svago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Risposte in %

<i>Attività</i>	<i>Molto miglior.</i>	<i>Discret. miglior.</i>	<i>Invar.</i>	<i>Peggior.</i>
Fisica	45	28	14	6
Emozionale	17	19	37	9
Mentale	17	19	39	11
Professionale	10	10	34	15
Sessuale	21	20	27	18
Finanziaria	2	9	46	27
Ricreativa/svago	19	32	39	7

Globalmente non vi sono state differenze nei due sessi. Ogni singola attività è stata poi analizzata singolarmente in base all'età degli intervistati.

L'attività fisica è migliorata per l'87% nel gruppo 36-45 anni maggiormente che nelle altre età anche se senza grandi differenze.

Anche l'attività emozionale è migliorata maggiormente in questo gruppo, 36-45 anni, nel 52%. Il miglioramento è stato minore nel gruppo dei più giovani, < 20 anni, con un miglioramento nel 30% e poi nel gruppo dei più anziani nel 34%.

L'attività mentale è migliorata di più nel gruppo 21-35 anni, per il 45% e nel gruppo dei più anziani con età > 56 anni nel 38%. Questa attività è migliorata di meno nei più giovani al di sotto di 20 anni, per il 20%.

L'attività professionale è migliorata di più fra 36-45 anni per il 39% e meno nel gruppo dei più giovani, per il 20% e dei più anziani per il 13%.

Anche l'attività sessuale è migliorata di più nel gruppo 36-45 anni, per il 61% e meno fra i più giovani, 20% e fra i più anziani.

Le variazioni dell'attività finanziaria non hanno mostrato grosse differenze nelle varie età salvo un peggioramento maggiore, per il 43%, nei pazienti di età compresa fra 46-55 anni.

L'attività ricreativa e di svago non ha mostrato differenze.

17. *Quali dei seguenti provvedimenti e figure professionali Lei ritiene possano maggiormente aiutare il reinserimento sociale dei cardiotrapiantati?*

Orario di lavoro ridotto	<input type="checkbox"/>
Orario di lavoro flessibile	<input type="checkbox"/>
Riduzione costo oneri sociali per il datore di lavoro	<input type="checkbox"/>
Assistenti sociali	<input type="checkbox"/>
Volontariato	<input type="checkbox"/>
Psicologi	<input type="checkbox"/>
Religiosi	<input type="checkbox"/>
Équipe infermieristiche ospedaliere specializzate	<input type="checkbox"/>
Sport e tempo libero	<input type="checkbox"/>
Associazione cardiotrapiantati	<input type="checkbox"/>

Risposte:

Associazione cardiotrapiantati	97 (45%)
Sport e tempo libero	70 (32%)
Orario di lavoro flessibile	53 (25%)
Orario di lavoro ridotto	39 (18%)
Équipe infermieristiche ospedaliere specializzate	34 (16%)
Riduzione costo oneri sociali per il datore di lavoro	32 (15%)
Psicologi	26 (12%)
Volontariato	23 (11%)
Assistenti sociali	20 (09%)
Religiosi	8 (04%)

18. Quali dei seguenti aspetti ritiene possano migliorare la qualità della vita?

Più denaro	<input type="checkbox"/>
Lavoro creativo	<input type="checkbox"/>
Abitazione confortevole	<input type="checkbox"/>
Miglior coordinamento dei check-up di routine	<input type="checkbox"/>
Maggior fiducia nella vita	<input type="checkbox"/>
Miglior esercitazione muscolare	<input type="checkbox"/>
Miglioramento delle funzioni sessuali	<input type="checkbox"/>
Maggiori informazioni dei rischi e possibilità dopo il trapianto	<input type="checkbox"/>
Maggior disponibilità da parte dell'Associazione Cardiotrapiantati	<input type="checkbox"/>

Risposte:

Maggiori informazioni sui rischi e possibilità dopo il trapianto	93 (43%)
Maggior fiducia nella vita	78 (36%)
Miglior esercitazione muscolare	64 (30%)
Più denaro	55 (25%)
Miglior coordinamento dei check-up di routine	54 (25%)
Lavoro creativo	51 (24%)
Miglioramento delle funzioni sessuali	50 (23%)
Maggior disponibilità da parte dell'associazione cardiotrapiantati	48 (22%)
Abitazione confortevole	40 (19%)

E) Problematiche infermieristiche del cardiotrapiantato

19. Il periodo di attesa al trapianto è stato da Lei trascorso prevalentemente a:

Domicilio	autosufficiente	<input type="checkbox"/>
	allettato	<input type="checkbox"/>
Ospedale	autosufficiente	<input type="checkbox"/>
	allettato	<input type="checkbox"/>

Risposte:

Domicilio 139 (64%)	autosufficiente	115 (83%)
	allettato	24 (17%)
Ospedale 77 (36%)	autosufficiente	31 (40%)
	allettato	46 (60%)

20. *A domicilio nel periodo di attesa al trapianto è imperativo mantenere uno stato generale soddisfacente mediante: adeguato regime dietetico, prevenzione delle infezioni, salvaguardia del letto venoso, etc. Di quale tipo di assistenza infermieristica Lei ha potuto disporre per risolvere questi problemi?*

Assistenza infermieristica a domicilio:

- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| Non disponibile da parte del SSN | <input type="checkbox"/> |
| Disponibile solo a pagamento | <input type="checkbox"/> |
| Impreparata | <input type="checkbox"/> |
| Soddisfacente | <input type="checkbox"/> |

Risposte:

- | | |
|----------------------------------|----------|
| Non disponibile da parte del SSN | 55 (25%) |
| Soddisfacente | 38 (18%) |
| Disponibile solo a pagamento | 19 (09%) |
| Impreparato | 12 (06%) |
| Non risponde | 91 (42%) |

21. *Secondo Lei chi dovrebbe svolgere queste funzioni?*

- | | |
|---|--------------------------|
| Medico di base | <input type="checkbox"/> |
| Infermiere del territorio | <input type="checkbox"/> |
| Équipe infermieristica ospedaliera con compiti sul territorio | <input type="checkbox"/> |

Risposte:

- | | |
|---|-----------|
| Équipe infermieristica ospedaliera con compiti sul territorio | 126 (58%) |
| Medico di base | 61 (28%) |
| Infermieri del territorio | 5 (02%) |

22. *Quali delle seguenti regole di vita Le è risultata particolarmente difficile?*

- | | |
|--|--------------------------|
| Accurata e regolare automedicazione | <input type="checkbox"/> |
| Dieta con il controllo del sale e a basso contenuto di colesterolo | <input type="checkbox"/> |
| Mantenimento del peso ideale | <input type="checkbox"/> |
| Moderato e regolare esercizio fisico | <input type="checkbox"/> |
| Evitare sorgenti di potenziali infezioni | <input type="checkbox"/> |

Risposte:

Mantenimento del peso ideale	110 (51%)
Evitare sorgenti di potenziali infezioni	74 (34%)
Dieta con il controllo del sale e a basso contenuto di colesterolo	67 (31%)
Moderato e regolare esercizio fisico	51 (24%)
Accurata e regolare automedicazione	7 (03%)

23. *Durante la degenza in Terapia Intensiva come giudicava la capacità infermieristica nelle seguenti problematiche?*

	<i>Ottima</i>	<i>Buona</i>	<i>Discreta</i>	<i>Insuff.</i>
Rassicurazione nonostante gli alti rischi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorveglianza dei parametri clinico-dinamici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rassicurazione sulla normalità del decorso e successive tappe dell'iter diagnostico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rassicurazione nello svezzamento dalle macchine respiratorie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Risposte in %

	<i>Ottima</i>	<i>Buona</i>	<i>Discreta</i>	<i>Insuff.</i>
Rassicurazione nonostante gli alti rischi	43%	45%	9%	0.5%
Sorveglianza dei parametri clinico-dinamici	45%	35%	6%	0.5%
Rassicurazione sulla normalità del decorso e successive tappe dell'iter diagnostico	30%	42%	14%	1 %
Rassicurazione nello svezzamento delle macchine respiratorie	28%	40%	12%	2 %

24. Durante la degenza in Terapia Intensiva, come giudica l'assistenza ricevuta dagli infermieri nella gestione dei seguenti problemi?

	<i>Ottima</i>	<i>Buona</i>	<i>Discreta</i>	<i>Insuff.</i>
Gestione dei problemi fisici (mobilizzazione, alimentazione, esecuzione delle varie manovre tecniche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestione del dolore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestione delle problematiche psicologiche (paura, ansia, depressione, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Risposte in %

	<i>Ottima</i>	<i>Buona</i>	<i>Discreta</i>	<i>Insuff.</i>
Problemi fisici	46%	44%	8%	0.5%
Gestione dolore	25%	41%	15%	1 %
Problemi psicologici	24%	33%	23%	5 %

25. Durante la degenza in Terapia Intensiva, quale aspetto assistenziale ritiene sia stato maggiormente soddisfatto?

Assistenza medica	<input type="checkbox"/>
Assistenza infermieristica	<input type="checkbox"/>
Assistenza religiosa	<input type="checkbox"/>
Assistenza aspetti sociali	<input type="checkbox"/>

Risposte:

Assistenza infermieristica	160 (74%)
Assistenza medica	151 (70%)
Assistenza religiosa	14 (06%)
Assistenza aspetti sociali	7 (03%)

26. In Terapia Intensiva, di quale tipo di assistenza Lei aveva maggiormente bisogno?

Assistenza medica	<input type="checkbox"/>
Assistenza psicologica	<input type="checkbox"/>
Assistenza infermieristica	<input type="checkbox"/>
Assistenza aspetti sociali	<input type="checkbox"/>
Assistenza religiosa	<input type="checkbox"/>

Risposte:

Assistenza infermieristica	136 (63%)
Assistenza medica	105 (48%)
Assistenza psicologica	28 (13%)
Assistenza religiosa	9 (04%)
Assistenza aspetti sociali	8 (04%)

27. *In Terapia Intensiva, avrebbe preferito essere assistito sempre dagli stessi infermieri professionali?*

SI NO Indifferente

Risposte:

SI	112 (52%)
NO	5 (02%)
Indifferente	92 (43%)

28. *Durante la degenza in Terapia Intensiva, ha avuto un tempo sufficiente da trascorrere con i Suoi familiari e amici?*

SI NO

29. *È stata sufficientemente rispettata la necessaria intimità?*

SI NO

Risposte:

	SI	NO
Tempo sufficiente	123 (57%)	84 (39%)
Intimità	176 (81%)	23 (11%)

30. *Quali dei seguenti motivi Lei pensa siano la causa di una insufficiente assistenza infermieristica nei reparti di Terapia Intensiva?*

Stress per il tipo di reparto	<input type="checkbox"/>
Sovraffollamento del reparto	<input type="checkbox"/>
Numero insufficiente di infermieri	<input type="checkbox"/>
Turni pesanti	<input type="checkbox"/>
Scarsa incentivazione economica	<input type="checkbox"/>
Professionalità insufficiente	<input type="checkbox"/>
Sensibilità insufficiente	<input type="checkbox"/>

Risposte:

Numero insufficiente di infermieri	71 (33%)
Stress per il tipo di reparto	59 (27%)
Sovraffollamento del reparto	44 (20%)
Turni pesanti	40 (19%)
Sensibilità insufficiente	23 (11%)
Scarsa incentivazione economica	19 (09%)
Professionalità insufficiente	8 (04%)

31. *Quando Lei è stato dimesso dall'Ospedale sarebbe stato più tranquillo sapendo che a domicilio, in caso di bisogno, avrebbe potuto contare sull'aiuto degli infermieri che lo avevano assistito in Ospedale?*

SI

NO

Risposte:

SI	170 (79%)
NO	36 (17%)

32. *Nel post-trapianto, il medico di base dà una garanzia di tranquillità nella gestione del cardiotrapiantato?*

SI

NO

Risposte:

SI	93 (43%)
NO	107 (50%)

33. *In caso di problemi infermieristici a domicilio, Lei da chi vorrebbe essere assistito?*

- Infermieri del territorio
- Infermieri di un Ospedale qualsiasi
- Infermieri di una qualsiasi cardiologia e/o cardiocirurgia
- Infermieri da Lei già conosciuti nei reparti di cardiologia e cardiocirurgia dove Lei è stato ricoverato

Risposte:

Infermieri già conosciuti nei reparti di cardiologia e cardiocirurgia dove è già stato ricoverato	174 (81%)
Infermieri di una qualsiasi cardiologia o cardiocirurgia	33 (15%)
Infermieri del territorio	9 (04%)
Infermieri di un Ospedale qualsiasi	— —

34. *Prima della dimissione è stato sufficientemente educato sulle regole di vita da seguire a domicilio?*

SI

NO

Risposte:

SI	181 (84%)
NO	25 (12%)
Non risponde	10 (05%)

35. *Come giudica una disponibilità infermieristica specializzata a domicilio?*

Utile

Indispensabile

Non necessaria

Risposte:

Utile	141 (65%)
Indispensabile	11 (05%)
Non necessaria	54 (25%)
Non risponde	10 (05%)

36. *Ritiene che attualmente vi sia la disponibilità di aiuto infermieristico specializzato a domicilio?*

SI

NO

Risposte:

SI	29 (13%)
NO	171 (79%)
Non risponde	16 (07%)

F) La figura infermieristica nella gestione più efficace ed economica di una struttura sanitaria e quale fattore di attrazione per i malati.

37. *Ritiene che la durata della degenza ospedaliera possa essere ridotta disponendo di un adeguato servizio infermieristico?*

SI NO

Risposte:

SI	77 (36%)
NO	117 (54%)
Non risponde	22 (10%)

38. *Come giudica l'istituzione di gruppi infermieristici ospedalieri che seguano a domicilio i propri pazienti?*

Auspicabile
Utile
Indispensabile
Inutile

Risposte:

Utile	116 (54%)
Auspicabile	65 (30%)
Indispensabile	12 (06%)
Inutile	19 (09%)

39. *Nel prossimo futuro gli Ospedali per ridurre le spese incentiveranno sempre di più dimissioni precoci. Ritiene che attualmente l'assistenza infermieristica domiciliare sia adeguata a tale prospettiva?*

SI NO

Risposte:

SI	43 (20%)
NO	147 (68%)
Non risponde	26 (12%)

40. *Secondo Lei una maggiore qualificazione e specializzazione infermieristica come ridurrebbe le complicanze e la durata di degenza?*

Molto Poco Niente

Risposte:

Molto	98 (45%)
Poco	78 (36%)
Niente	19 (09%)
Non risponde	21 (10%)

41. *In quale misura ritiene che l'assistenza infermieristica concorra a formare l'immagine di un Ospedale?*

Molto Poco Niente

Risposte:

Molto	187 (87%)
Poco	17 (08%)
Niente	— —
Non risponde	12 (06%)

42. *In base alla Sua esperienza, quali delle seguenti qualità e caratteristiche di una struttura sanitaria sono per Lei maggiormente attrattive?*

Vicinanza con l'Ospedale	<input type="checkbox"/>
Fama dell'Ospedale	<input type="checkbox"/>
Fama dei medici	<input type="checkbox"/>
Professionalità degli infermieri	<input type="checkbox"/>
Servizio alberghiero (stanze a uno o due letti, servizi in camera, qualità dei pasti, etc.)	<input type="checkbox"/>

Risposte:

Fama dei medici	141 (65%)
Professionalità degli infermieri	109 (50%)
Vicinanza con l'Ospedale	66 (31%)
Fama dell'Ospedale	44 (20%)
Servizio alberghiero	44 (20%)

G) Donazioni d'organo a scopo di trapianto

43. *Quali di queste motivazioni ritiene siano alla base dell'insufficiente numero di trapianti eseguiti in Italia dovuti alla carenza di donazioni d'organo?*

Sfiducia nelle strutture sanitarie	<input type="checkbox"/>
Indifferenza dei politici	<input type="checkbox"/>
Dubbi religiosi e/o etici	<input type="checkbox"/>
Ignoranza sul concetto di morte cerebrale	<input type="checkbox"/>
Ruolo negativo svolto da giornali e televisione	<input type="checkbox"/>
Disimpegno e indifferenza della classe medica	<input type="checkbox"/>
Indifferenza degli amministratori	<input type="checkbox"/>

Risposte:

Ignoranza sul concetto di morte cerebrale	157 (73%)
Indifferenza dei politici	107 (50%)
Ruolo negativo svolto da giornali e TV	87 (40%)
Dubbi religiosi e/o etici	60 (28%)
Sfiducia nelle strutture sanitarie	42 (19%)
Inefficienza degli amministratori	36 (17%)
Disimpegno e indifferenza della classe medica	22 (10%)

44. *Ritiene che gli organi politico sanitari preposti al problema delle donazioni d'organo e dei trapianti siano stati all'altezza del loro compito?*

SI

NO

Risposte:

SI	48 (22%)
NO	138 (64%)
Non risponde	30 (14%)

QUESTIONARIO PER IL PARTNER/FAMILIARE PIÙ VICINO AL CARDIOTRAPIANTATO

I partner partecipanti all'inchiesta sono stati 201 dei quali 168 (84%) femmine e 33 (16%) maschi, con un'età media di 50 anni.

Il rapporto degli intervistati con i cardiotrapiantati è il seguente:

Moglie	133 (66%)
Marito	22 (11%)
Madre	17 (08%)
Figlio	12 (06%)
Fratello/sorella	7 (03%)
Partner	5 (02%)
Padre	4 (01%)
Cognato	1 (0.5%)

1. *Nelle seguenti fasi del trapianto come ritiene di essere stata informata?*

Fase	Adeguatamente	Discretamente	Insufficient.
Attesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Decisione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Post-operatoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Risposte:

<i>Fase</i>	<i>Adeguatamente</i>	<i>Discretamente</i>	<i>Insufficient.</i>
Attesa	50%	33%	14%
Decisione	51%	21%	8%
Post-operatoria	53%	24%	9%

2. *Nelle seguenti fasi del trapianto in che modo è stata rassicurata?*

<i>Fase</i>	<i>Adeguatamente</i>	<i>Discretamente</i>	<i>Insufficient.</i>
Attesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Decisione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Post-operatoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Risposte:

<i>Fase</i>	<i>Adeguatamente</i>	<i>Discretamente</i>	<i>Insufficient.</i>
Attesa	54%	29%	13%
Decisione	50%	26%	7%
Post-operatoria	53%	26%	7%

3. *Nelle seguenti fasi del trapianto come è stata supportata?*

<i>Fase</i>	<i>Adeguatamente</i>	<i>Discretamente</i>	<i>Insufficient.</i>
Attesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Decisione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Post-operatoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Risposte:

<i>Fase</i>	<i>Adeguatamente</i>	<i>Discretamente</i>	<i>Insufficient.</i>
Attesa	40%	35%	16%
Decisione	41%	28%	12%
Post-operatoria	44%	31%	9%

4. *Secondo Lei sarebbe utile la creazione di uno staff specializzato nel risolvere queste problematiche?*SI NO

Risposte:

SI	180 (90%)
NO	15 (07%)
Non risponde	13 (06%)

5. Secondo Lei quali delle seguenti figure dovrebbero concorrere a formare queste équipe di sostegno per il partner?

Medici	<input type="checkbox"/>
Infermieri	<input type="checkbox"/>
Psicologo	<input type="checkbox"/>
Assistente sociale	<input type="checkbox"/>
Religioso	<input type="checkbox"/>
Rappresentante Associazione Cardiotrapiantati	<input type="checkbox"/>

Risposte:

Medici	147 (73%)
Rappresentante Associazione Cardiotrapiantati	95 (47%)
Psicologo	72 (36%)
Infermieri	65 (32%)
Assistente sociale	24 (12%)
Religioso	24 (12%)

6. Durante il periodo della degenza ospedaliera quali dei seguenti problemi Lei ha maggiormente sentito?

Difficoltà economiche	<input type="checkbox"/>
Difficoltà organizzative	<input type="checkbox"/>
Difficoltà familiari	<input type="checkbox"/>
Difficoltà di trasporto	<input type="checkbox"/>
Difficoltà di soggiorno lontano da casa	<input type="checkbox"/>

Risposte:

Difficoltà di soggiorno lontano da casa	86 (43%)
Difficoltà familiari	64 (32%)
Difficoltà economiche	57 (28%)
Difficoltà di trasporto	42 (21%)
Difficoltà organizzative	37 (18%)

7. *Durante la degenza del paziente in Terapia Intensiva, come veniva informata sul decorso clinico e sull'iter diagnostico-terapeutico dal personale infermieristico?*

Adeguatamente	<input type="checkbox"/>
Superficialmente	<input type="checkbox"/>
Confusamente	<input type="checkbox"/>
Insufficientemente	<input type="checkbox"/>

Risposte:

Adeguatamente	140 (70%)
Superficialmente	32 (16%)
Confusamente	6 (03%)
Insufficientemente	20 (10%)

8. *Durante la degenza in Terapia Intensiva, avrebbe voluto avere come punto di riferimento gli stessi infermieri?*

SI NO Indifferente

Risposte:

SI	109 (54%)
NO	11 (05%)
Indifferente	77 (38%)
Non risponde	4 (02%)

9. *Al momento della dimissione come è stata informata sul comportamento di vita da condurre e sulle varie problematiche, dal personale infermieristico?*

In modo preciso	<input type="checkbox"/>
Vagamente	<input type="checkbox"/>
Superficialmente	<input type="checkbox"/>
Insufficientemente	<input type="checkbox"/>

Risposte:

In modo preciso	134 (67%)
Vagamente	27 (13%)
Superficialmente	15 (07%)
Insufficientemente	21 (10%)
Non risponde	4 (02%)

10. Come ha vissuto il rapporto con gli infermieri durante il ricovero?

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| Conflittuale | <input type="checkbox"/> |
| Distaccato | <input type="checkbox"/> |
| Amichevole | <input type="checkbox"/> |
| Rapporto di fiducia | <input type="checkbox"/> |

Risposte:

Amichevole	120 (60%)
Rapporto di fiducia	98 (49%)
Distaccato	20 (10%)
Conflittuale	3 (1%)

11. Quali dei seguenti interventi ritiene più utili per ridurre lo stress e le difficoltà del partner/familiare?

- | | |
|---|--------------------------|
| Aiuto adeguato di uno psicologo | <input type="checkbox"/> |
| Adeguate servizio sociale | <input type="checkbox"/> |
| Programma di istruzione | <input type="checkbox"/> |
| Supporto di gruppo | <input type="checkbox"/> |
| Cicli di sessioni informative di gruppo per pazienti e familiari | <input type="checkbox"/> |
| Riunioni con cardiotrapiantati | <input type="checkbox"/> |
| Istituzione di gruppi di supporto infermieristico all'interno dell'ospedale | <input type="checkbox"/> |

Risposte:

Riunioni con cardiotrapiantati	80 (40%)
Cicli di sessioni informative di gruppo per parenti e familiari	51 (25%)
Adeguate servizio sociale	49 (24%)
Istituzione di gruppi di supporto infermieristico all'interno dell'ospedale	45 (22%)
Aiuto adeguato di uno psicologo	42 (21%)
Programma di istruzione	37 (18%)
Supporto di gruppo	11 (05%)

12. *Fra le seguenti iniziative organizzate da gruppi di supporto infermieristici per le famiglie dei pazienti ricoverati, quali avrebbero ridotto il Suo stress?*

	SI	NO
Possibilità di incontri per scambiare esperienze e confidenze con altre persone nella stessa situazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ricevere adeguate e periodiche informazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poter imparare dall'esperienza di altri membri del gruppo come affrontare le varie situazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poter ridurre il senso di isolamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Risposte:

	SI	NO
Possibilità di incontri per scambiare esperienze con altri nella stessa situazione	128 (64%)	8 (4%)
Ricevere adeguate e periodiche informazioni	123 (61%)	6 (4%)
Poter imparare dall'esperienza di altri membri del gruppo	119 (59%)	6 (3%)
Poter ridurre il senso di isolamento	69 (34%)	19 (9%)

13. *Gli infermieri in Terapia Intensiva come hanno svolto i seguenti compiti?*

	Ottima	Buona	Discreta	Insuff.
Spiegazione linee di condotta dell'unità di Terapia Intensiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spiegazione delle motivazioni logiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacità di infondere sicurezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacità di fare da intermediari con i medici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aiuto nel risolvere i problemi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Risposte in %

	<i>Ottima</i>	<i>Buona</i>	<i>Discreta</i>	<i>Insuff.</i>
Spiegazione linee di condotta dell'unità di Terapia Intensiva	25%	32%	18%	12%
Spiegazione delle motivazioni logiche	15%	29%	23%	11%
Capacità di infondere sicurezza	28%	37%	14%	5%
Capacità di fare da intermediari con i medici	23%	34%	17%	6%
Aiuto nel risolvere i problemi	21%	26%	23%	12%

Discussione

In Italia, solo in questi ultimi anni la professione infermieristica inizia a mostrare quelle modificazioni di qualità, di autonomia e di importanza assistenziale, che nei Paesi Europei e negli, Stati Uniti si sono sviluppate già da molti anni. Questo processo evolutivo inarrestabile dipende soprattutto dalle nuove tecnologie, dalla sempre maggior coscienza civile sui problemi sanitari, dalla richiesta di sempre maggior efficienza da parte degli utenti, dalla necessità di sempre maggior risparmio senza riduzioni della quantità e qualità dei servizi sanitari resi. Tutto ciò impone alla classe infermieristica un aggiornamento culturale continuo, una professionalità all'altezza dei tempi, una sempre maggiore autonomia professionale.

Mi è sembrato pertanto opportuno che sottoporre al giudizio di pazienti e familiari l'operato degli infermieri professionali possa contribuire a valutare meglio la nostra professionalità, le nostre manchevolezze, nonché sottoporre agli Amministratori e all'opinione pubblica l'importanza della nostra professione, troppo spesso misconosciuta e sottovalutata. Da questo lavoro si spera soprattutto di ricavare dei consigli e dei provvedimenti che possano migliorare la qualità di vita e di assistenza dei pazienti.

Come abbiamo visto il questionario comprende domande relative alle problematiche psicologiche, lavorative, comportamentali del paziente, convinta che siano tutti aspetti che fanno parte di una attività infermieristica di qualità elevata.

Alcune domande del questionario sono indirizzate a valutare il potere di attrazione che gli infermieri esercitano sugli utenti, la possibilità che una più elevata professionalità contribuisca a ridurre i costi sanitari ed infine la prospettiva che infermieri ospedalieri possano far decollare una ospedalizzazione domiciliare per pazienti sempre più impegnativi alla luce di dimissioni sempre più precoci e per andare incontro al desiderio dei malati di poter essere assistiti a domicilio.

La partecipazione allo studio, da parte dei cardiotrapiantati e dei familiari intervistati, è stata particolarmente elevata (56%) tenendo conto che i questionari sono stati inviati per posta. Pur essendo i questionari anonimi, circa la metà degli intervistati ha preferito firmare.

I partecipanti sono stati 180 maschi e 36 femmine. L'età media al momento del trapianto era di 47 anni e attualmente di 51, il più giovane al trapianto aveva 2 anni e attualmente 6, mentre il più anziano al trapianto 65 e attualmente 70 anni.

I pazienti sono stati suddivisi in 5 fasce d'età. Al momento del trapianto la fascia maggiore con 71 pazienti (33%) era quella compresa fra 46-55 anni mentre attualmente la fascia più numerosa è quella superiore ai 56 anni con 96 cardiotrapiantati (44%).

La maggior parte, 161 (75%) sono coniugati e 24 (11%) sono single viventi con partner.

Il grado di istruzione mostra 148 (69%) pazienti con diploma di scuola media inferiore ed il 5% laureati.

L'attività lavorativa prima della malattia era prevalentemente come operaio (29%), lavoro autonomo (23%) e impiegato (22%). Gli studenti erano il 6%.

L'indicazione al trapianto cardiaco è stata una cardiomiopatia nel 77%, una malattia coronarica nel 19% e valvolare nel 4%.

La durata media della malattia cardiaca, che ha portato al trapianto è stata di 7 anni (minimo 7 gg, massimo 43 anni), la durata media del periodo in lista d'attesa è stato di 7 mesi (mediana 4 mesi), con un minimo di 1 gg ed un massimo di 48 mesi.

Il tempo trascorso dal trapianto è di 2 anni, minimo 3 mesi e massimo 20 anni.

La durata del periodo in lista d'attesa è stato valutato anche in base all'attività professionale del candidato al trapianto, senza però notare differenze, mentre la valutazione in base all'età ha mostrato una durata in lista d'attesa progressivamente crescente con l'età del malato. La durata è stata quindi minore al di sotto dei 20 anni con una attesa di 50 giorni e massima oltre i 56 anni con una durata media di 8 mesi.

Nella nostra casistica un ritorno alla precedente attività a tempo pieno si ha nel 22% dei cardiotrapiantati mentre Christopherson (1) rileva percentuali decisamente più elevate pari al 51%. Complessivamente i cardiotrapiantati da noi intervistati con una occupazione sono il 34%, inabili per malattia il 27% ed i pensionati il 32%, mentre per Paris (9) quelli con una attività sono il 45%, gli inabili per malattia il 13% ed i pensionati il 6%. La casistica di Paris mostra come il 13% abbia cambiato lavoro mentre da noi solo il 6%. Anche secondo Harvison (5) il 53% ritorna ad un'attività contro il 34% della nostra casistica. Secondo Paris (9) non vi sono differenze significative fra età e livello scolastico ed occupazione dopo il trapianto, il che non concorda con quanto da noi rilevato, risultando dai nostri dati differenze statisticamente significative ($P = 0.00$) fra tipo di occupazione/livello scolastico ed età e attuale attività lavorativa.

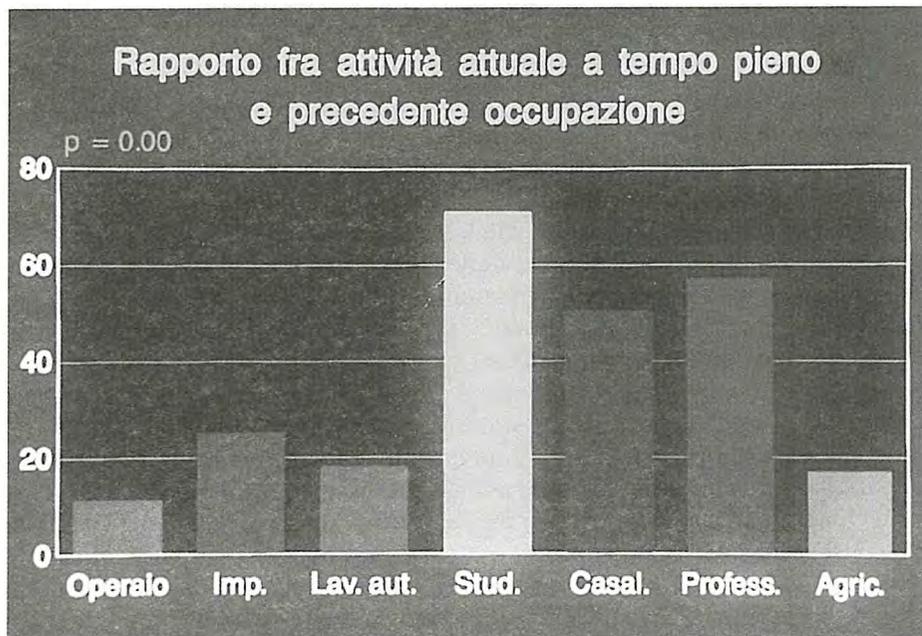


Fig. 1

Come si vede nella Fig. 1, gli studenti per il 71% ed i professionisti per il 57% ritornano alla loro precedente attività contro solo l'11% degli operai. Ugualmente i soggetti più giovani con meno di 20 anni e quelli del gruppo 36-45 anni ritornano più facilmente ad una attività a tempo pieno, nel 70% dei primi e nel 48% dei secondi contro solo il 15% al di sopra dei 46 anni.

I nostri dati mostrano come il 15% dei cardiotrapiantati versino in una situazione economica insufficiente contro il 38% della casistica di Harvison (5). Nonostante che in Italia sia più difficile un ritorno ad una attività lavorativa la situazione economica sembra migliore che in altri Paesi.

Nel nostro studio la notizia che la malattia cardiaca era giunta allo stadio finale con necessità di trapianto cardiaco ha provocato prevalentemente sentimenti di speranza nel 56% degli intervistati, contrariamente per Shapiro (12) prevalgono sentimenti di ansia e di angoscia.

Abbiamo valutato queste risposte anche in base al sesso ed abbiamo riscontrato differenze statisticamente significative ($P = 0.04$) con sentimenti di speranza più frequentemente nei maschi (59%), rispetto alle femmine (39%) nelle quali sono invece prevalenti sentimento di rassegnazione, shock, incredulità. Le risposte valutate in base all'età non hanno mostrato differenze significative salvo prevalenza di sentimenti di speranza maggiori nelle fasce

di età 36-45 anni con il 76%, mentre nei più giovani al di sotto dei 20 anni questo sentimento era presente solo nel 31%.

La decisione al trapianto ha provocato speranza nel 70%, sollievo nel 13% e nuovo vigore nel 11%, mentre ansia e depressione solo nel 14%.

Il periodo di attesa è stato ugualmente caratterizzato da sentimenti positivi, con fiducia nelle strutture sanitarie nel 55%, speranza nel 42% e sentimenti negativi come apprensione nel 18% e senso di impotenza nel 16%. Contrariamente in altri studi come per Majani (7) prevalgono senso di precarietà dell'esistenza e paura della morte e delle sofferenze; anche per Shapiro (12) prevalgono l'apprensione e la depressione e per Kuhn (6) nel 47% vi sono disturbi emozionali, nel 61% ansietà e nel 38% problemi comportamentali.

Fra i provvedimenti da noi proposti per alleviare la situazione dei malati in queste fasi vengono preferiti un maggior colloquio con i medici e la necessità di contatti con altri cardiotrapiantati.

Nel post-operatorio, in Terapia Intensiva, i sentimenti più frequenti sono ottimismo per il futuro (77%), gratitudine (43%), senso di sicurezza (39%) ed euforia (13%); sentimenti negativi come incertezza per il futuro nel 12%, paura nel 10% e ansia nel 0.5%.

Come si vede i nostri intervistati in Terapia Intensiva hanno avuto sentimenti prevalentemente orientati all'ottimismo. Per altri Autori come Freeman (3) prevalgono invece ansietà e senso di isolamento e per Shapiro (12) disturbi dell'umore, alterazione dell'immagine corporea ed euforia.

Attualmente i sentimenti più frequentemente provati dai cardiotrapiantati sono prevalentemente positive come riconoscenza nel 49%, desiderio di vivere più intensamente nel 38%, ottimismo per il futuro nel 37%, mentre depressione-ansietà-rabbia-ostilità sono presenti solo nel 12%. Per Shapiro (12) prevale la tristezza e per Mc Alleer, citato da Shapiro, il 57% ha disturbi dell'umore.

I problemi maggiormente sentiti sono l'effetto collaterale dei farmaci (50%), la perdita di lavoro (24%), la perdita di guadagno (21%) e l'alterazione dell'immagine corporea solo nel 14%.

Altri Autori hanno riscontrato problematiche differenti. Per Shapiro (12) in Letteratura l'alterazione dell'immagine corporea varia dal 25% al 50% dei cardiotrapiantati. Anche per Mc Aleer citato da Shapiro nel 39% vi sono alterazioni dell'immagine corporea.

I nostri dati valutati in base al sesso dei cardiotrapiantati hanno evidenziato differenze statisticamente significative ($P=0.00$), con prevalenza di effetti collaterali dei farmaci nel sesso femminile (64%) rispetto al sesso maschile (47%) e alterazioni dell'immagine corporea prevalentemente nelle femmine (24%) rispetto ai maschi (11%).

I nostri intervistati riferiscono un miglioramento dell'attività fisica dopo il trapianto nel 73%, quella sessuale nel 41% e finanziaria solo nel 11% (Fig. 2).

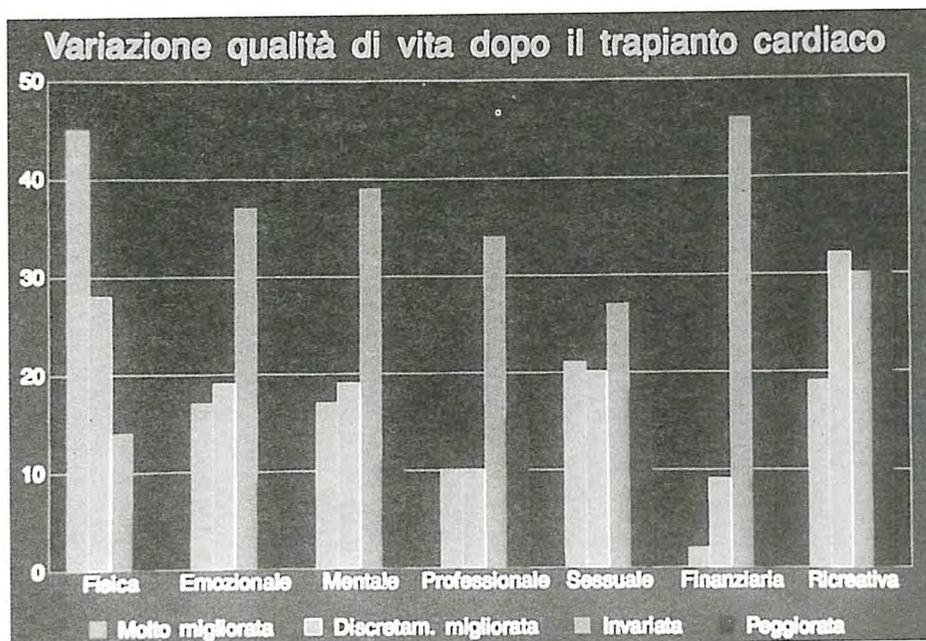


Fig. 2

Secondo Harvison (5) l'attività sessuale migliora solo nel 20% dei cardiotrapiantati; il miglioramento dell'attività fisica concorda con i nostri dati. Anche per Mc Aler, citato da Shapiro (12), si ha riduzione della libido nel 40% mentre nella nostra casistica un peggioramento si ha solo nel 18%. Anche per Christopherson (2) è molto frequente l'impotenza e la riduzione dell'interesse sessuale che sono causa di grave stress personale per i cardiotrapiantati.

Il reinserimento sociale dei cardiotrapiantati può essere aiutato principalmente dai seguenti provvedimenti da noi proposti: Associazione Cardiotrapiantati per il 45%, sport e tempo libero per il 32%, orario di lavoro flessibile per il 25%, ridotto per il 18% (fig. 3). I nostri dati concordano con quelli di Sepich (11).

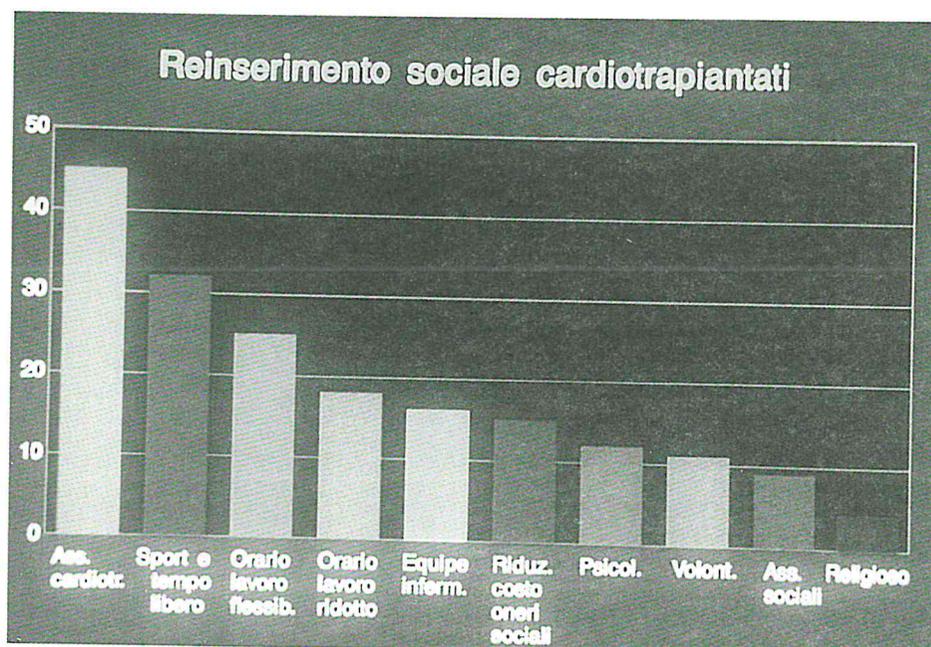


Fig. 3

Gli aspetti che possono migliorare la qualità di vita sono una maggiore informazione sui rischi e possibilità dopo il trapianto per il 43% degli intervistati, una maggiore fiducia nella vita per il 36% ed una migliore esercitazione muscolare per il 30% (Fig. 4).

Come si vede nella Fig. 5, le capacità infermieristiche in Terapia Intensiva sono giudicate ottime/buone dal 90% dei cardiopiantati per quanto riguarda la capacità di assicurare nonostante gli alti rischi e nella sorveglianza dei parametri clinico-dinamici e dal 70% nella capacità di assicurare sul decorso e nello svezzamento dal respiratore.

Capacità infermieristiche ottime/buone sono state giudicate dal 90% degli intervistati anche quelle atte a gestire i problemi fisici, dal 60% nella gestione del dolore e dal 57% nella gestione dei problemi psicologici (Fig. 6). Anche gli infermieri professionali ritengono minore la loro capacità nella gestione dei problemi psicologici rispetto ai problemi fisici, come risulta da un'indagine conoscitiva eseguita fra gli infermieri delle Terapie Intensive di Ospedali del Veneto da Morini (8).

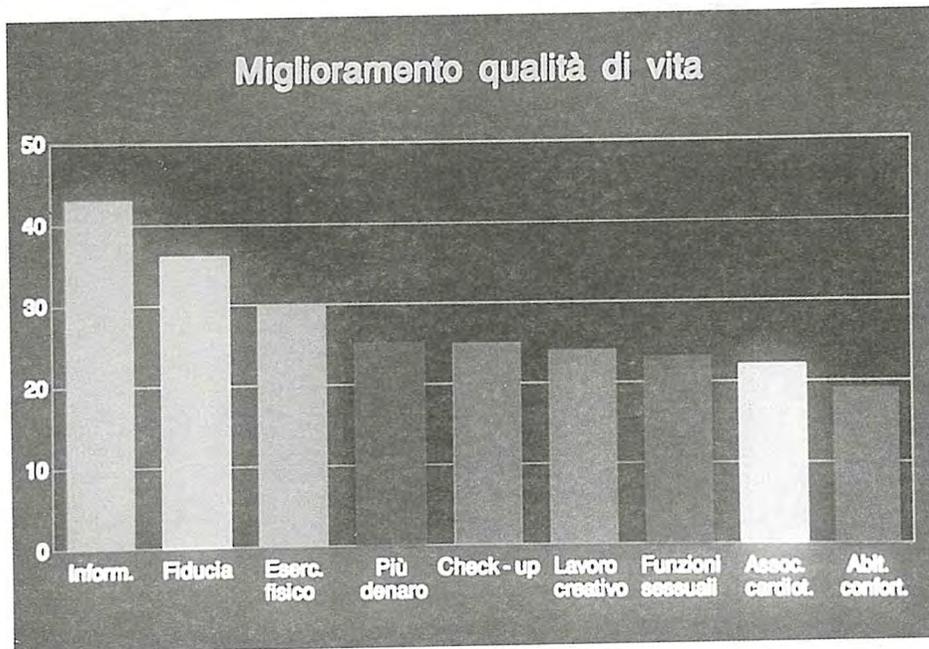


Fig. 4

Alla domanda, quale aspetto assistenziale ritiene sia stato maggiormente soddisfatto in Terapia Intensiva?, il 74% dei cardiotrapiantati risponde l'assistenza infermieristica seguita da quella medica per il 70%. Ugualmente, alla domanda di quale tipo di assistenza il paziente avesse più bisogno in Terapia Intensiva la preferenza è andata all'assistenza infermieristica per il 63% degli intervistati, quella medica per il 48% e quella psicologica per il 13% (Fig. 7).

Sicuramente questi dati servono a spiegare quanto vedremo più avanti, su come l'assistenza infermieristica sia per lo 87% dei pazienti motivo di attrazione di una struttura ospedaliera.

Il 57% afferma di aver goduto in Terapia Intensiva di un tempo sufficiente da trascorrere con i familiari ed amici e per l'81% era sufficientemente rispettata la necessaria intimità.

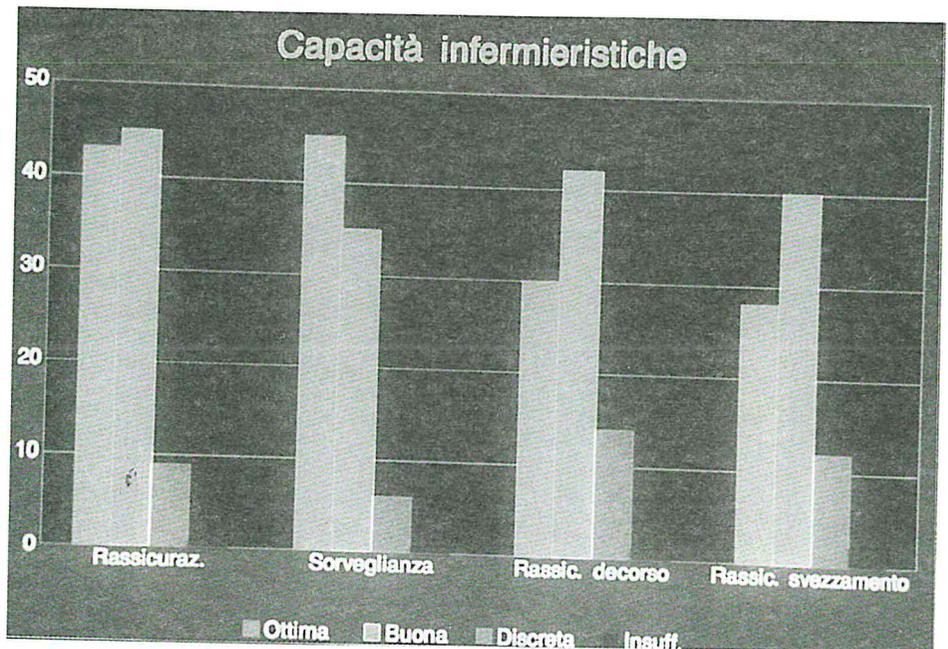


Fig. 5

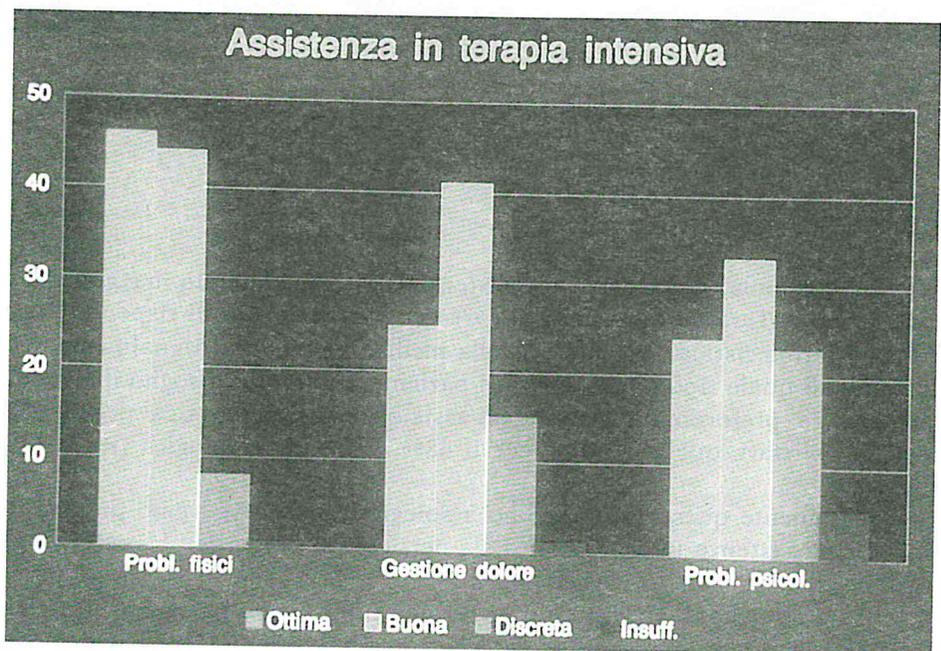


Fig. 6

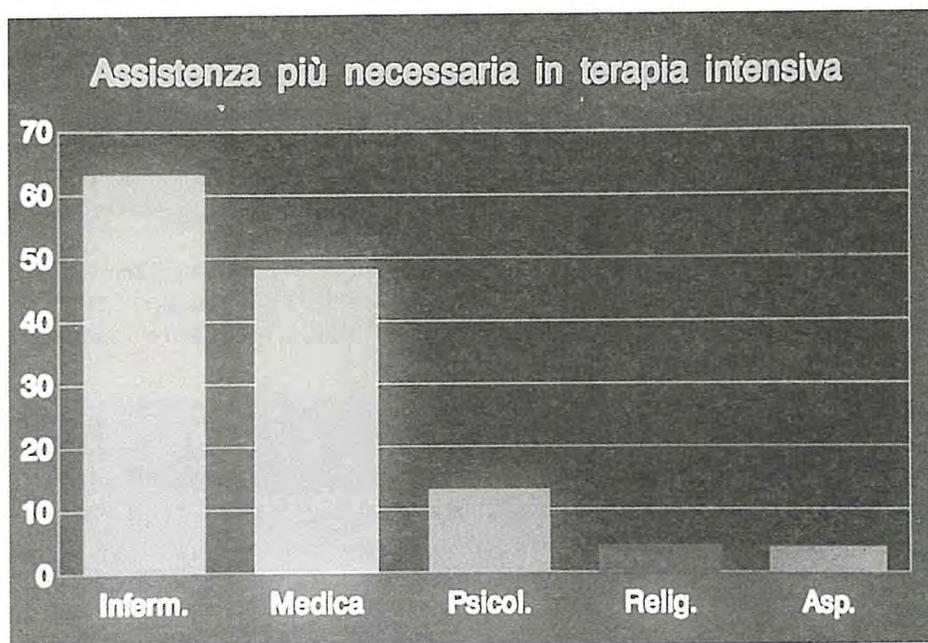


Fig. 7

La situazione delle Terapie Intensive Cardiochirurgiche sembra particolarmente fortunata dal punto di vista del tempo disponibile e dell'intimità dei malati, perché alle medesime domande rivolte agli infermieri dei reparti di Terapie Intensive e Rianimazioni che seguivano malati critici, solo il 22% ritiene sufficiente il tempo dei malati da trascorrere con i parenti e solo il 29% ritiene che sia sufficientemente rispettata l'intimità dei malati come risulta da un'indagine di Morini (8).

Il 79% dei cardiotrapiantati sarebbe più tranquillo sapendo di poter essere seguito a domicilio da infermieri già conosciuti in Ospedale e l'81% vorrebbe essere seguito a domicilio da infermieri già conosciuti in Cardiochirurgia o Cardiologia.

Per il 70% una disponibilità infermieristica a domicilio sarebbe utile/indispensabile, anche se attualmente l'80% ritiene che non vi sia disponibilità infermieristica domiciliare.

Queste risposte dei pazienti concordano con la necessità di ridurre le degenze ospedaliere in base all'applicazione dei DRG anche in Italia. Come riferisce Handy (4), negli USA sin dal 1970 l'assistenza domiciliare a pazienti con necessità infermieristiche tecnicamente complesse è una tendenza dell'assistenza sanitaria basata su problemi economici dovuta alla riduzione della durata dei ricoveri con la nascita del sistema di pagamento prospettico in base

al quale un Ospedale non può più fatturare retrospettivamente i servizi forniti ma ricevere quantità di denaro predeterminata per paziente in base alla diagnosi. Tutto ciò ha fornito agli ospedali un ulteriore incentivo a dimettere i pazienti il più rapidamente possibile per cui gli infermieri professionali si devono preparare a fornire servizi complessi a domicilio, servizi che sino ad ora venivano forniti solamente in ospedale. Anche per Handy tale compito dovrebbe essere svolto da personale composto da infermieri ospedalieri, come richiesto dai nostri intervistati.

Per il 45% una maggiore qualificazione e specializzazione infermieristica potrebbe ridurre le complicanze e la durata di degenza ospedaliera (Fig. 8), e per l'87% l'assistenza infermieristica concorre molto a formare l'immagine dell'Ospedale (Fig. 9).

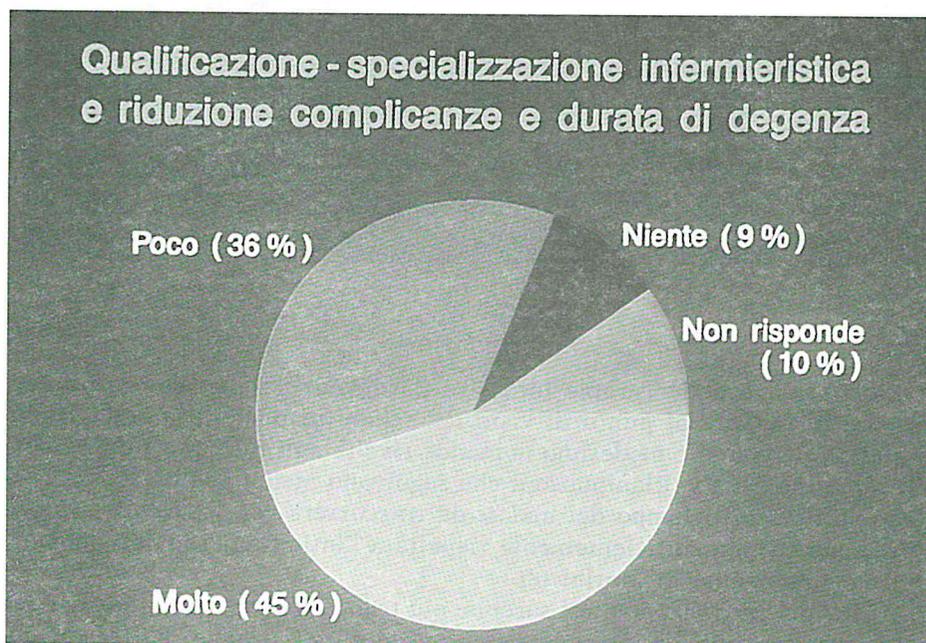


Fig. 8

Gli intervistati affermano che le qualità e le caratteristiche maggiormente attrattive di una struttura ospedaliera sono per il 65% la fama dei medici, per il 50% la professionalità degli infermieri e per il 13% la vicinanza dell'ospedale (Fig. 10).

Alla domanda sui motivi della scarsità di donazioni d'organo in Italia i cardiotrapiantati hanno risposto nel 73% ignoranza sul concetto di morte cerebrale, nel 50% indifferenza dei politici e nel 40% ruolo negativo di giornali e televisione (Fig. 11)

Alla domanda se gli organi politico-sanitari preposti al problema delle donazioni d'organo e dei trapianti siano stati all'altezza del loro compito, la risposta è stata negativa per il 64% (Fig. 12). Gli infermieri alla stessa domanda nel lavoro di Morini (8) hanno risposto negativamente addirittura per l'80%.

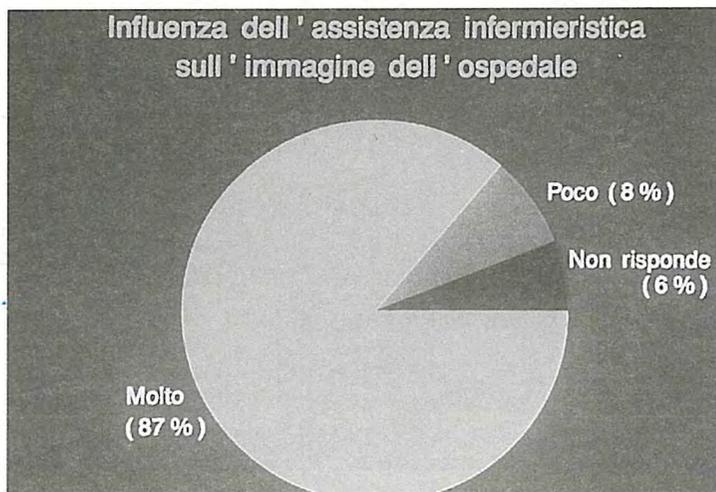


Fig. 9

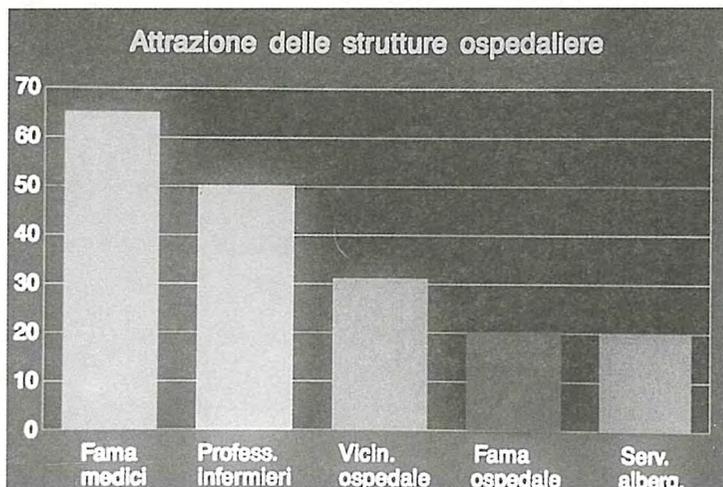


Fig. 10

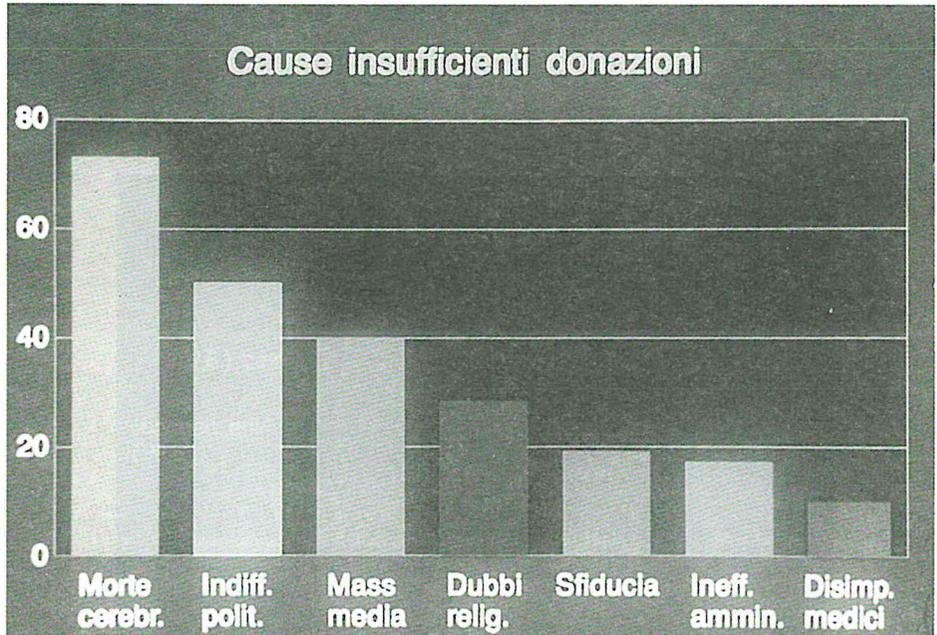


Fig. 11

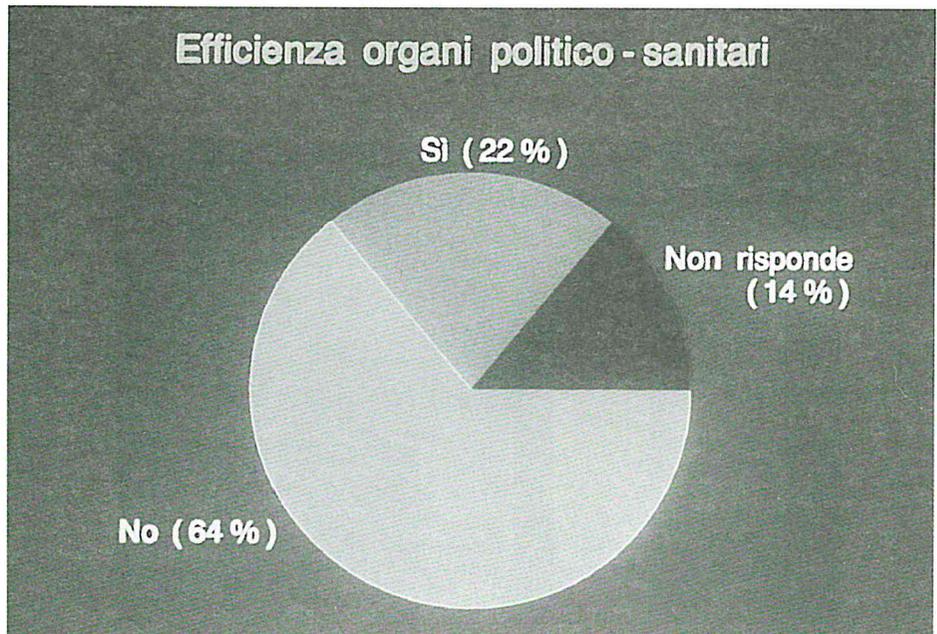


Fig. 12

Per Perlmutter (10) una diminuita ansia da parte delle famiglie ed una sua maggiore partecipazione sono associate ad un effetto positivo su alcuni comportamenti dei pazienti per cui auspica la creazione di gruppi di supporto costituiti dall'Ospedale per le famiglie dei pazienti.

I cardiotrapiantati intervistati da noi ritengono utile per l'81% che il partner/familiare venga coinvolto in riunioni informative e nei processi decisionali.

Alla domanda come i familiari siano stati informati, rassicurati e supportati nelle varie fasi, le risposte sono state in media, adeguatamente per il 50% dei familiari intervistati e discretamente per il 25%.

Per il 90% sarebbe utile la creazione di uno staff specializzato per risolvere queste problematiche.

Nel periodo di degenza ospedaliera i familiari hanno sentito maggiormente i seguenti problemi: il 43% difficoltà di soggiorno lontano da casa, il 32% difficoltà familiari ed il 28% difficoltà economiche.

Il rapporto con gli infermieri durante il ricovero viene descritto come amichevole dal 60%, come rapporto di fiducia dal 49% e solo dal 10% come distaccato e conflittuale (Fig. 13).

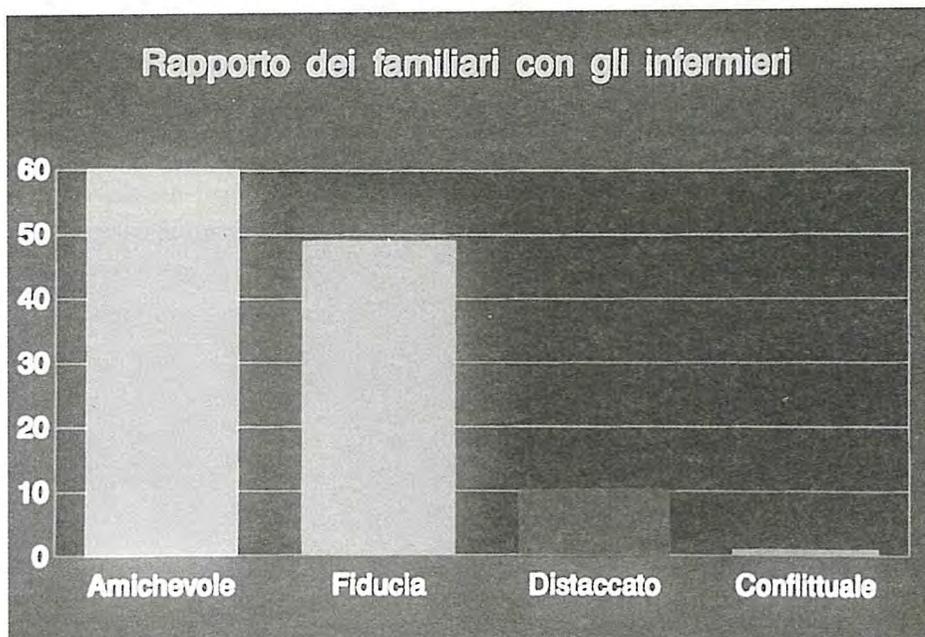


Fig. 13

Lo stress dei familiari potrebbe essere ridotto per il 40% da riunioni con altri cardiotrapiantati, per il 25% da cicli di sessioni informative di gruppo (Fig. 14).



Fig. 14

I familiari ritengono che gli infermieri professionali delle Terapie Intensive abbiano svolto in maniera ottima/buona per il 57% la funzione di spiegazione delle linee di condotta dell'unità di T.I., per il 65% la funzione di infondere sicurezza, per il 57% la funzione di intermediari con i medici (Fig. 15)

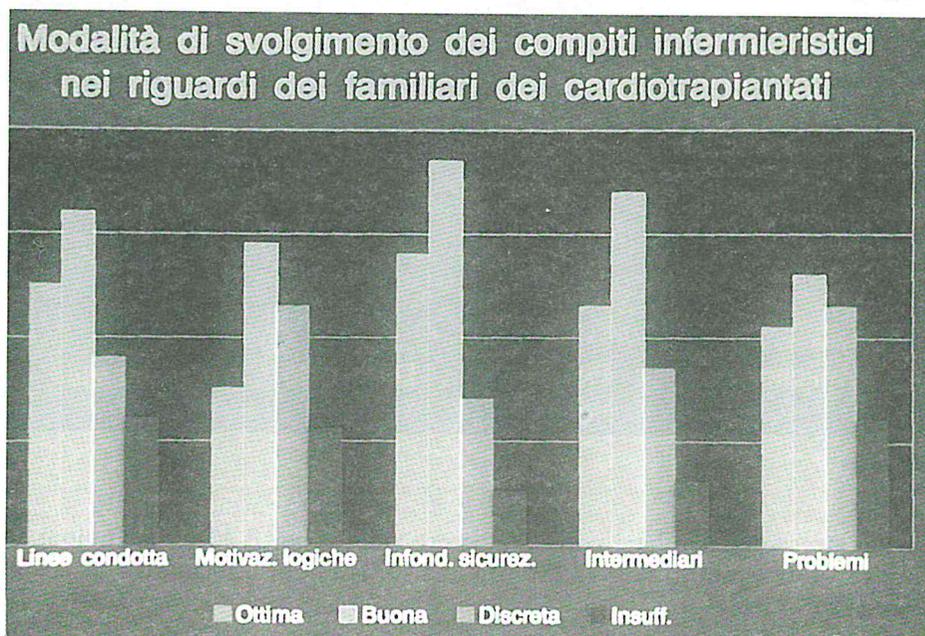


Fig. 15

Conclusioni

I cardiotrapiantati partecipanti all'indagine conoscitiva hanno manifestato prevalentemente sentimenti e sensazioni positive nelle varie fasi della malattia e del trapianto, incentrate su speranza, ottimismo per il futuro, fiducia nella struttura sanitaria e gratitudine con differenze statisticamente significative nelle varie risposte valutate in base al sesso.

Dopo il trapianto cardiaco vi sono differenze statisticamente significative nel ritorno alla precedente occupazione a tempo pieno e a tempo ridotto in rapporto all'età e alla precedente attività lavorativa.

Il problema globalmente più sentito è l'effetto collaterale dei farmaci e l'alterazione dell'immagine corporea solo nel sesso femminile.

Nella totalità, senza differenze significative di sesso ed età, vi è stato un netto miglioramento dell'attività fisica, ricreativa/svago e sessuale.

I cardiotrapiantati giudicano nell'80% ottima/buona la capacità infermieristica in Terapia Intensiva nel rassicurare sui rischi, sulla normalità del decorso, sullo svezamento dal respiratore automatico e sulla sorveglianza dei parametri clinico dinamici.

Il 71% giudica ottima/buona l'assistenza infermieristica ricevuta in Terapia Intensiva nella gestione dei problemi fisici, nella gestione del dolore e dei problemi psicologici.

L'aspetto assistenziale maggiormente soddisfatto in Terapia Intensiva è stato quello infermieristico per il 74% e per il 63% l'assistenza infermieristica era il bisogno più necessario.

Per il 70% dei familiari le informazioni infermieristiche sono state adeguate con un rapporto nei riguardi degli infermieri giudicato amichevole nel 60% e di fiducia nel 49%.

Alla conclusione di questo lavoro ci sembra di poter proporre i seguenti provvedimenti per un miglioramento della qualità di vita e di assistenza del cardiotrapiantato e dei familiari:

- 1) maggiore colloquio con i medici e contatti con altri cardiotrapiantati nelle fasi della notizia, decisione e attesa;
- 2) reinserimento sociale attraverso l'Associazione dei Cardiotrapiantati, sport e tempo libero, orario di lavoro flessibile;
- 3) miglioramento della qualità di vita attraverso maggiori informazioni, maggior fiducia, miglioramento dell'esercitazione muscolare per i cardiotrapiantati, per i familiari rapporto sempre con la stessa équipe infermieristica, riunioni con altri cardiotrapiantati e cicli di sessioni informative;
- 4) creazione di équipe infermieristiche ospedaliere con compiti sul territorio nelle fasi di attesa e dopo la dimissione, possibilmente formate dagli stessi infermieri già conosciuti dal paziente;
- 5) miglioramento assistenziale in Terapia Intensiva attraverso l'aumento del numero degli infermieri, riduzione del sovraffollamento di malati, mag-

gior autonomia infermieristica, assistenza del paziente da parte della stessa équipe infermieristica;

6) riduzione dello stress del paziente durante la degenza attraverso un'adeguata informazione ed il coinvolgimento del partner/familiare in riunioni informative e nei processi decisionali;

7) creazione di assistenza infermieristica domiciliare specializzata in vista di dimissioni sempre più precoci di pazienti sempre più impegnativi;

8) riduzione delle complicanze e della durata di degenza attraverso una maggiore qualificazione e specializzazione infermieristica;

9) riconsiderazione della figura professionale infermieristica che per l'87% degli intervistati concorre a formare l'immagine di un ospedale e per il 50% la professionalità infermieristica è motivo di attrazione di una struttura sanitaria.

Bibliografia

1. CHRISTOPHERSON L.K., GRIEPP R.B., STINSON E.B., *Rehabilitation after cardiac transplantation*, JAMA 236:2082-2084, 1976.
2. CHRISTOPHERSON L.K., *Cardiac transplantation: a psychological perspective*. *Circulation* 75:57-62, 1987.
3. FREEMAN A.M., WATTS D., KARP R., *Evaluation of cardiac transplant candidates: preliminary observations*, *Psychosomatics* 25:197-207, 1984.
4. HANDY C.M., *Assistenza domiciliare dei pazienti con necessità infermieristiche tecnicamente complesse*. *L'Assistenza Infermieristica del Nord America* 3:617-633, 1989.
5. HARVISON A., JONES B.M., MC BRIDE M., TAYLOR F., WRIGHT O., CHANG V.P., *The Australian experience*. *J Heart Transplant* 7: 337-341, 1988.
6. KUHN W.F., BRENNAN A.F., LACEFIELD P.K., BROHM J., SKELTON V. D., GRAY L.A., *Psychiatric distress during stages of the heart transplant protocol*. *J Heart Transplant* 9:25-29, 1990.
7. MAJANI G., *La condizione psicologica dei pazienti in attesa di trapianto cardiaco e/o polmonare*. In: *Atti del Convegno Internazionale AIDO*. Brescia 30 aprile-2 maggio 1993, pp. 43-44.
8. MORINI C., *L'infermiere di Area Critica ed il processo del morire: indagine conoscitiva*, in: *Atti del XIII Congresso Nazionale Infermieri di Area Critica ANIARTI*. Firenze 3-11 novembre 1994, pp. 153-178.
9. PARIS W., WOODBURY A., THOMPSON S., LEVICK M., NOTHEGGER S., HUTKIN-SLADE L., ARBUCKLE P., COOPER D.K.C., *Social rehabilitation and return to work after cardiac transplantation - a multicenter survey*. *Transplantation* 53:433-438, 1992.
10. PEARLMUTTER D.R., LOCKE A., BOURDON S., GAFFEY G., TYRRELL R., *Modelli di assistenza incentrati sulle famiglie in un Centro di Terapia Intensiva*. *L'Assistenza Infermieristica del Nord America* 5:911-930, 1985.
11. SEPICH F., *I problemi sociali del post-trapianto cardiaco*, in: *Atti del Convegno Internazionale AIDO* Brescia, 30 aprile - 2 maggio 1993, pp. 44-45.
12. SHAPIRO P.A., *Life after heart transplantation*. *Progr. Cardiovasc. Dis.* 32:405-418, 1990.

DIBATTITO

D.: Signora di Napoli (ostetrica) - Voglio sottolineare che, come operatori sanitari non medici, le ostetriche è da tempo che si pongono in un atteggiamento critico. Abbiamo più volte valutato il percorso-nascita e siamo stati direi perspicaci, perché abbiamo coinvolto in più momenti anche la valutazione e posto in crisi diciamo, quello che era il giudizio che l'utente poteva dare sulla prospettiva e sul ginecologo. Da un'ultima indagine è venuto fuori che l'insoddisfazione maggiore è proprio verso il medico e, che la maggiore necessità era legata al rispetto per la privacy, alla maggior disponibilità al colloquio e alla maggiore attenzione alle proprie necessità.

Io mi soffermo sul percorso-nascita perché è un momento estremamente coinvolgente nell'esistenza di una persona e vorrei concludere dicendo che sicuramente è un momento importante questo, perché il DL 502 e 517 metteranno ulteriormente in evidenza la possibilità degli indicatori di qualità.

Se questo è un primo momento che storicamente ci avvicina all'uso degli indicatori di qualità, ben vengano questionari come questo che è stato oltremodo utile e particolare. Qui vorrei soprattutto stimolare, magari potrebbe essere lo spunto per un prossimo lavoro, quello di coinvolgere anche il momento formativo nella valutazione del proprio operato, non solo quello dell'infermiere una volta diplomato.

D.: LORENZON, Mestre - Mi rivolgo al presidente. Ha introdotto, insieme alla collega Silvestro, il problema dell'aziendalizzazione e quindi il concetto di economia diventa un concetto importante. Nella Sua relazione ha introdotto anche il problema della necessità di accorpamento delle specializzazioni e quindi il loro ridursi all'area critica. Ritieni Lei, quale presidente di questa associazione, che sia importante per trovare dei rimedi o delle soluzioni, magari a livello regionale, dare dei numeri minimi di terapie intensive necessarie in ogni stato e comunque in ogni regione?

D.: FAVERO WALTER, Padova - Volevo chiedere alla signora Patrizia Taddia: nella Sua relazione Lei ha parlato di responsabilità di un infermiere per quanto riguarda il piano dell'assistenza data ad una sola persona; il mio pensiero si rivolge un po' a tutta l'équipe che ci lavora dietro e che potrebbe magari anche un po' risentirsi di questo. E volevo chiedere un'altra cosa sempre a Lei: a chi dovrebbe essere dato questo incarico? L'80% dell'assistenza è dei turnisti e si sa che i turnisti non sono costantemente presenti e questo potrebbe creare condizioni un po' particolari. In caso di fallimento del piano di assistenza, che sicuramente non è voluto, quali possono essere i rischi legali e soprattutto, come affrontare questo tipo di rischi?

R.: E. DRIGO - Direi che il problema non è tanto nel fatto che esistano tante strutture di tipo intensivo o un numero predefinito di queste, quanto che incominci ad esistere una certa mentalità e una modalità di operare che ponga attenzione all'integrazione di queste strutture. Se poi queste strutture sono molte e sono dedicate a problemi particolari, credo che questo entro certi limiti, sia necessario ed anche indispensabile.

Direi che l'aspetto fondamentale per cui si è iniziato a parlare di area critica, è l'esigenza di integrazione tra queste strutture, l'esigenza di utilizzare tutte le risorse disponibili, sia in termini di qualità e quantità di personale, di capacità di risolvere problemi, sia in termini di attrezzature e risorse di varia natura; questo credo sia il problema.

D.: LORENZON - Io mi ponevo il problema contrario. Cioè che l'aziendalizzazione prevede un'economia; le economie nelle nostre aziende si sono già viste nelle terapie intensive, i materiali e i mezzi sono stati ridotti, può darsi che siano stati materiali o mezzi di spreco, ma credo che abbiamo raggiunto un limite che non è più possibile ridurre. Lei ha parlato del fatto pratico, opportuno forse, che troppe specializzazioni portavano ad una degenerazione soprattutto negli anni 70.

A forza di tagliare, le aziende, taglieranno sicuramente i reparti più costosi, quindi le terapie intensive. Mi pongo il problema se forse non è opportuno porre dei correttivi a livello nazionale o perlomeno a livello regionale, perché dei numeri minimi vengano mantenuti o venga conservato uno standard minimo di terapie intensive necessario in rapporto a qualche determinato indice?

R.: DRIGO - Credo che, guardando le esperienze di altri paesi ma ormai direi anche la nostra, le strutture sanitarie, intese come ospedali, si stanno orientando sempre di più a trattare malati acuti. Di conseguenza le strutture a carattere intensivo probabilmente, anziché ridursi, si dilateranno, anche in considerazione delle caratteristiche che la nostra popolazione ha assunto. Certamente questo si scontra con il problema della riduzione della disponibilità delle risorse, ma credo che in questa direzione si tratti di andare, e, probabilmente questa è anche una grossa richiesta che sta venendo dalla popolazione, dai cittadini.

Questo credo sia un trend dal quale difficilmente ci si scosta. Sicuramente le strutture intensive assorbono molte risorse. È questo anche un ambito nel quale i bisogni sono reali; in altri ambiti è molto più semplice indurre bisogni di assistenza sanitaria con problemi di deviazione dai fini istituzionali. Direi che l'area critica ha anche questo vantaggio su cui giocare.

R.: SILVESTRO - Ospedali che diventeranno sempre più luoghi di risposta a patologie di tipo acuto, aumento della complessità del processo assistenziale.

Non grossi problemi dal punto di vista posto dal collega Lorenzon, quanto invece il discorso dovrà essere fatto sul tentativo di ridurre l'eccessiva fram-

mentazione delle unità operative di tipo intensivo, perché, fenomeno molto diffuso anche nella nostra area e nel territorio nazionale, è che molte volte abbiamo «inventato» la terapia intensiva e sub intensiva al di là della reale esigenza epidemiologica di averla. Ci sono già dei dettati normativi che danno degli standard; quindi il problema non è tanto «chiuderanno le terapie intensive?» il problema è: risorse definite, analisi epidemiologiche, problematiche da affrontare, composizione di queste tre variabili.

Se poi cominceremo a pensare a come nelle terapie intensive si utilizza la risorsa tecnologica, tante volte non congruente al bisogno, con aumento vertiginoso dei costi, certo che qui ci saranno dei problemi. Cominciare ad avere un uso più razionale della risorsa: questo è un obiettivo. Il problema si pone molto di più con i reparti di base che con reparti o servizi di area critica, purtroppo. Non è che il problema non ci sarà, ma non credo che sia tanto collegato alla nostra area, per ora, se correttamente gestita. Non si potrà più assistere all'esplosione continua di nuove strutture anche perché, come Lei sa e i colleghi sapranno, fino a non molto tempo fa il riscontro economico era sul posto letto, cosa che adesso sta mutando. Adesso il riscontro economico è sul DRG quindi sul tipo di prestazione erogata con riferimento alla patologia affrontata. Questo andrà senz'altro a modificare il tipo di impostazione che avevamo. Certo è un rischio, però, valutiamo anche i riscontri dall'altro lato.

Volevo sottolineare un'ultima cosa. Purtroppo, siccome era d'uso nelle nostre strutture sanitarie andare a certificare la tipologia di attività, il costo/beneficio sull'attività e il risultato della prestazione, diventa difficile tagliare in maniera mirata; purtroppo si tende a tagliare in maniera generalizzata.

Vengono tagliati allo stesso modo servizi ed unità operative non funzionali ed inefficienti.

R.: TADDIA - Immaginavo che risultasse abbastanza provocatorio questo discorso della responsabilizzazione individuale. Infatti, sul lucido, avevo fatto questo tipo di proposta: da un lato orientamento al paziente, dall'altro lato orientamento ad un certo tipo di interventi, che comunque vanno effettuati. Ci troviamo davanti ad una situazione dove tutti i modelli assistenziali presentati, sono modelli descritti da un punto di vista teorico, cioè bisognerebbe lavorare così; ma quando andiamo a vedere nella pratica chi li ha adottati, come li ha adottati? Li ha adottati in maniera originale, integrati un po' al contesto. Se vado a vedere nel reparto che dice di aver adottato il «primary nursing», là dove c'è un rapporto di personalizzazione e l'infermiere si prende carico di uno o due pazienti vedo che sono state fatte scelte organizzative diverse. Sono scelte che nel contesto dove c'è la possibilità di giocare su un nucleo fisso durante le prime dodici ore della giornata e un nucleo flessibile durante la notte, personale a part-time e cose di questo genere, hanno scelto che un gruppo di infermieri copre l'arco della giornata, questi sono quelli che hanno un rapporto di personalizzazione.

In altre realtà più vicine a noi, come l'Inghilterra, dove il gioco del contratto del part-time o della libera professione è un pochino meno pesante, hanno proposto modelli dove il rapporto per l'area critica è un infermiere per due pazienti o un infermiere per quattro pazienti.

Ad esempio dove comunque tutti gli infermieri «fissi» del reparto si prendono carico dei pazienti, di uno, due, tre o quattro, tutti e mantengono logicamente la turnistica, sono comunque responsabili della pianificazione, cioè sono loro che designano le strategie e gli interventi. Gli infermieri da un lato sono responsabili di quattro pazienti, ma dall'altro lato sono anche coloro che eseguono un certo tipo di pianificazione in maniera critica, ragionando su quello che il collega ha fatto rispetto a quattro o cinque pazienti. Quindi quello che viene chiamato «primary nursing», che sul testo è scritto benissimo e chiaro, poi nelle realtà operative viene applicato in maniera originale, cioè ognuno cerca di fare il meglio. Il discorso della ristrutturazione. Noi non abbiamo una soluzione per l'unità operativa cioè rianimazione piuttosto che cardiocirurgia.

Il discorso sulla personalizzazione. Io, infermiere che mi prendo carico della pianificazione dell'assistenza ad un paziente. Secondo me è quello che tutela nell'autonomia clinica. Noi invece siamo abituati, avendo modelli dove siamo un'équipe fissa e seguiamo uno, due, dieci pazienti e ruotiamo, al fatto che in realtà la pianificazione non ce l'ha in mano nessuno. Anche il rapporto dell'infermiere in terapia intensiva dove il rapporto è uno a uno o uno a due e turna, e i tre infermieri del turno sono alla pari, la pianificazione non ce l'ha in mano nessuno, cioè ce l'hanno in mano tutti, ma che è il responsabile, chi è che ha delineato strategie? Tutti possono intervenire o non intervenire.

Un'alternativa sarebbe quella di giocare in un team di tre o quattro, come in genere viene fatto, sui turni. La responsabilità di prendere le decisioni di pianificazione, cioè la presa di decisioni, non ce l'ha realmente nessuno, oppure ce l'ha un gruppo con possibilità di comunicazione allo scambio dei turni, ecc.

La pianificazione è un processo a lungo termine, non è il singolo intervento, non è la cura igienica, perché la cura igienica la faccio quando il paziente ne ha bisogno, lo vedo, non ho bisogno che sia pianificato quante volte gliela devo fare.

Questo è un po' il discorso che noi molto spesso, quando pianifichiamo, facciamo in maniera molto dettagliata, su dei bisogni fisici, che in realtà non stanno nella pianificazione perché sono interventi standardizzati. La pianificazione è qualcosa di molto più orientato sull'insegnamento, sullo sviluppo, sulla crescita del paziente, non è solamente un bisogno fisico, il quale se è standardizzato può anche essere erogato in maniera standardizzata. Non è sempre detto che l'infermiere che si prende carico di dieci pazienti è quello che gli deve fare tutto; non è vero. Gli deve fare la pianificazione, li deve seguire, ma non è che gli deve fare direttamente tutto, lo può anche delegare a qualcun altro, però l'ha pensato, l'ha progettato e lo verifica.

Il discorso delle responsabilità è vero. Chi pianifica, decide, scrive, valuta, ha delle responsabilità che ricadono nella scelta strategica di intervento, forse non conseguente o addirittura sbagliata; ma noi di responsabilità ne abbiamo e ne avremo sempre di più, ma non è questo discorso che fa avere o meno più responsabilità. È il profilo che ha delineato un gioco di responsabilità diverso; e poi comunque gli infermieri si assumono una serie di responsabilità che proprio non gli competono. Queste gli competono e quindi si assumono delle responsabilità.

La professione, forse non in Italia, ma all'estero, sta valutando un discorso di responsabilità e di protezione di tipo assicurativo; perché oggi come oggi l'infermiere può proteggersi con un'assicurazione, anzi, un professionista in genere lo fa.

D.: GOGlici FRANCESCO, Oristano - Volevo parlare sull'aziende. Penso che smantellare la 833 sia stato un danno incalcolabile. Chi ha voluto smantellare è stato il ministro De Lorenzo che ha fatto la 502. Sicuramente questo processo di aziendalizzazione porterà alla rovina della sanità italiana, perché infatti creerà delle fasce di serie A e delle fasce di serie B. Ci saranno delle persone che non avranno più accesso agli ospedali pubblici. Ad esempio ad Oristano c'è un solo ospedale civile e c'è una clinica privata. Nell'ospedale civile mancano parecchie strutture primarie tipo neurologia, oculistica ... mentre, in un ospedale provinciale dovrebbero esserci, però c'era la clinica. Con questo processo di aziendalizzazione, con i nuovi piani sanitari regionali, sicuramente se prima la struttura privata prendeva dei soldi in concessione dall'USL, oggi li prenderà direttamente dalla Regione. L'unica cosa che fanno, tengono il paziente ricoverato per 15 o 30 giorni per prendere più soldi in convenzione dalle strutture.

Proporrei un referendum per l'abolizione dell'502 e per il ritorno alla 833, dove almeno c'erano dei principi ispiratori sulla prevenzione, anche se non saranno mai stati applicati, però, a non volerli applicare sono stati gli stessi che l'hanno smantellata.

R.: A. SILVESTRO - Più che una risposta è un'altra considerazione. Concorro in parte con quanto è stato detto dal collega; ricordo però che anche se la riforma è stata voluta da alcuni personaggi, tra cui quello citato, di cui possiamo tutti fare un giudizio, ricordo però che il decreto legislativo 502/517, è stato emanato su delega del Parlamento; comunque c'è stato un coinvolgimento dei cittadini attraverso i loro rappresentanti, e questo va sottolineato.

Rispetto al discorso della situazione sanitaria di tipo pubblico e di tipo privato, c'è un problema, però io ricordo che ci sono regioni, ad esempio il Friuli Venezia Giulia, dove c'è praticamente solo sanità pubblica e dove, con tutte le carenze, i buchi, le storture, comunque la sanità non andava male, ma non andava male non perché era un dono caduto dal cielo, ma perché operatori, amministratori, comunque i protagonisti del mondo sanitario una qualche rigerosità l'avevano mantenuta.

Quanto al fatto che se non riusciamo ad implementare il processo di aziendalizzazione le cose potrebbero andare male, è certo un mio parere personale, ma è suffragato dal parere di tanti altri operatori e studiosi della materia, perché dobbiamo ricordare anche che i bisogni aumenteranno sempre di più anche per l'andamento demografico della nostra popolazione.

Le risorse non sono illimitate; sono limitate purtroppo e uno scorretto utilizzo di una risorsa impedirà qualsiasi altro utilizzo della stessa. Bisogna porre particolare attenzione alla parte economica. Noi dobbiamo metterla questa attenzione, questo non significa subire passivamente, né farci guidare e orientare da gruppi professionali di diversa area che su questo processo di aziendalizzazione stanno facendo certo tutta un'altra serie di valutazioni.

Rispetto al pagamento che le Regioni daranno direttamente alle case private, c'è un grosso rischio e un grosso problema, però ricordiamo che in teoria il pagamento avviene sulla prestazione rispetto ai gruppi di diagnosi correlata.

Gli elementi perché le cose non diventino drammatiche ci sono; siccome succede in Italia che si fanno le leggi, poi nessuno si preoccupa di farle applicare nella loro giusta dimensione, allora posso concordare con Lei che ci aspetta un futuro non tanto luminoso.

LA FLESSIBILITÀ ORGANIZZATIVA DI UNA TERAPIA INTENSIVA: OBIETTIVO O FRUSTRAZIONE PER L'INFERMIERE?

F. BACCARIN, L. DONÀ, S. GUARDA, C. RIZZI

Terapia Intensiva 2^a - Ospedale «S. Bortolo» Vicenza, con la consulenza per la stesura di E. Drigo.

L'intervento che abbiamo preparato si propone di analizzare un processo di trasformazione intervenuto nel contesto di un presidio ospedaliero, che ha determinato la riorganizzazione dell'assistenza sanitaria di tipo intensivo.

Abbiamo cercato di individuare il percorso fatto dagli infermieri come singoli e come gruppo, per ristrutturare l'assistenza ed adeguarla alle nuove esigenze dell'organizzazione.

Presenteremo alcuni aspetti fondamentali che consentono di spiegare in forma sintetica e comprendere il fenomeno:

- la situazione prima e dopo la riorganizzazione;
- la reazione del gruppo al cambiamento;
- i problemi organizzativi determinati dal cambiamento;
- le nuove necessità di formazione del gruppo;
- i problemi di integrazione e relazione della struttura.

Presentazione della situazione funzionale e logistica prima della riorganizzazione, dopo la riorganizzazione

La situazione in origine vedeva l'esistenza di un'unica terapia intensiva generale, suddivisa tra due distinti Servizi di Anestesia e Rianimazione, che gestivano un eguale numero di posti-letto, alcune strutture di servizio ed il personale ausiliario in comune.

L'accoglimento dei malati avveniva nei due Servizi a giorni alterni per i casi urgenti e secondo le rispettive necessità di assistenza post-operatoria.

Il 2° Servizio di Terapia Intensiva, del quale specificamente viene qui presentata l'esperienza, aveva riservati 4 posti letto per l'assistenza post-operatoria per la Cardiochirurgia ed altri 9 per i casi di malati traumatizzati o comunque acuti e che richiedono un intervento d'urgenza.

Il personale infermieristico era composto da 33 unità ed un caposala.

Dal 2 agosto 1994 l'attività di assistenza intensiva è stata suddivisa in base al criterio della situazione di criticità reale o potenziale in casi «di elezione» e la situazione di criticità vitale in seguito a traumatismi o ad aggravamento delle patologie di base.

Il Servizio di Anestesia e Rianimazione di cui facciamo parte, fornisce l'assistenza di tipo intensivo ai malati post-operati, sia dall'attività cardiocirurgica che di chirurgia generale.

Sulla trasformazione della funzione, della struttura e del personale in questa specifica esperienza concentreremo ora la nostra attenzione.

Logisticamente l'attività del Servizio si svolge in due diversi ambienti:

— una parte, 5 posti letto riservati ai malati post-operati in cardiocirurgia, nella struttura della Terapia Intensiva generale, con la formula già precedentemente consolidata della condivisione di alcuni servizi, strumenti di lavoro e del personale ausiliario;

— una seconda parte di 6 posti letto, dislocati lontano dai primi, all'interno del blocco operatorio, per i post-operati delle altre specialità chirurgiche.

Ai 33 infermieri del gruppo iniziale è stata data facoltà di scegliere se operare nell'ambito del 1° Servizio di Terapia Intensiva con i malati a patologia critica acuta o post-traumatica oppure con il 2° Servizio di Terapia Intensiva ad assistenza post-operatoria.

L'organico del nostro 2° Servizio è stato ridotto a 22 unità infermieristiche ed un caposala. La definizione del gruppo non ha tenuto conto dell'anzianità di servizio né dell'esperienza maturata dai singoli.

La reazione del gruppo al cambiamento: qual è stata?

Da che cosa è stata determinata?

Valore positivo e/o negativo della reazione

La prima percezione generale del cambiamento è stata il senso di perdita delle certezze acquisite con le abitudini instauratesi nell'esercizio professionale precedente.

Il turbamento iniziale intervenuto ha provocato un innalzamento del livello di stress anche nell'erogazione dell'assistenza e la sensazione di incapacità a soddisfare nuovi bisogni; questo riferito sia alla tipologia relativamente nuova di malato, sia all'organizzazione, che poneva richieste di servizi inconsueti.

La preoccupazione è stata provocata per i singoli e per il gruppo anche dalla inadeguata preparazione sia relativamente ad alcune specifiche conoscenze scientifiche ed abilità tecniche, che relativamente ad alcuni strumenti di tipo organizzativo che permettessero di operare fin dall'inizio in situazione di efficienza e di sicurezza.

Certamente non è stato positivo che l'istituzione non abbia progettato adeguatamente la trasformazione delle strutture, dell'organizzazione e delle persone/professionisti. Questo se inizialmente ha generato una certa frustrazione, ha prodotto in un secondo tempo un forte stimolo all'autoformazione dei singoli e dell'équipe ed uno spirito d'integrazione determinante.

*Presentazione dei problemi organizzativi determinati dal cambiamento.
Quali sono stati? Loro dimensione e caratteristiche.*

Il problema organizzativo di maggior rilievo intervenuto è rappresentato dalla dislocazione del Servizio in due diversi ambienti separati e distanti tra loro.

Questo ha comportato che gli scambi ed i contatti necessari avvengono con difficoltà richiedendo degli spostamenti continui.

Inoltre l'utilizzazione del personale disponibile ha dovuto tener conto della massima razionalizzazione dei tempi e delle risorse materiali.

La tipologia dei malati con interventi d'elezione e le caratteristiche dell'assistenza post-operatoria richiedono la strutturazione degli orari e dei turni di servizio del personale in modo tale da concentrare la presenza degli operatori nelle giornate di maggiore attività operatoria e quindi di presenza di malati e di ridurla ad esempio nei fine-settimana. È stato necessario fare molta attenzione al «risparmio» di personale giocando anche sulla «disponibilità generica» degli operatori.

Da un punto di vista assistenziale è stato necessario creare o ridefinire procedure e protocolli per attività e prestazioni precedentemente non abituali.

Un problema di adeguamento di mentalità, ha rappresentato anche la necessità di accettare procedure e protocolli già costruiti da altri pur sostanzialmente corretti.

Si è resa necessaria una raccolta dei dati relativi ai malati che consentisse la conoscenza in tempo reale delle condizioni degli stessi, dei loro problemi e dei provvedimenti presi per il loro controllo. Oltre alla cartella clinica del malato quindi, allo scopo è stata ideata, testata ed adottata in via definitiva una scheda grafica integrata medico-infermieristica che raccoglie le informazioni relative ad ogni singola giornata di assistenza.

È stato necessario ristrutturare tutti i processi delle varie attività di tipo generale per adeguarle allo sdoppiamento della struttura (attività di pulizia ambientale; recupero, stockaggio e distribuzione dei materiali; reciproca integrazione del personale sulla base dell'intensità e delle caratteristiche delle necessità assistenziali; ecc....).

L'inserimento degli infermieri neo-assunti avvenuto contestualmente al cambiamento organizzativo è stato di non poca complessità, in considerazione del fatto che anche il gruppo di base stava maturando il cambiamento e doveva adeguarsi alle nuove situazioni e modalità operative. Gli infermieri inseriti dall'esterno nel gruppo neoformato hanno subito quindi l'impatto più forte con la situazione di incertezza, che poteva essere più facilmente superata da chi era in possesso di una certa esperienza.

Ulteriore situazione problematica è stata quella della presenza degli allievi infermieri in fase di tirocinio. Il loro numero dai 5 preventivati è stato ridotto a 3; è stato possibile così gestire in modo maggiormente adeguato un momento formativo certamente inconsueto ma sicuramente di crescita per gli allievi presenti.

Problemi di necessità formative del gruppo per far fronte alle nuove esigenze: definizione dei bisogni formativi strumenti ideati e realizzati per rispondere alle esigenze

I bisogni formativi sono stati individuati sia nell'area delle conoscenze specifiche che nell'area delle abilità operative e dell'organizzazione del gruppo di lavoro.

La finalizzazione dell'intero Servizio di Terapia Intensiva all'assistenza post-operatoria ha orientato gli infermieri ad acquisire rapidamente tutte le più avanzate conoscenze (es. i contenuti e le possibili conseguenze sul malato dei vari tipi di intervento chirurgico, i parametri ed i bisogni da controllare costantemente e soddisfare nel modo più appropriato, ...) ed abilità operative (gestione di nuovi strumenti tecnologici per il controllo post-operatorio, tecniche di esecuzione di particolari manovre, abilità nell'individuazione delle situazioni di dolore del malato, ...) atte a garantire la sicurezza delle cure e la risposta ai bisogni tipici dei malati che sono sottoposti a qualsiasi tipo di intervento chirurgico.

Gli strumenti adottati allo scopo sono stati:

- l'invio di molti infermieri con formula di missione per alcuni giorni presso centri di cardiocirurgia;
- l'attivazione di un gruppo di lavoro per la definizione o la revisione di procedure e protocolli sulla base dei quali informare l'attività;
- l'attivazione di incontri formativi politematici quindicinali tenuti da più figure professionali con la produzione di elaborati tenuti sempre a disposizione per la consultazione futura;
- l'istituzione di meeting mensili di verifica dell'attività curativa ed assistenziale svolta, dei livelli di sopravvivenza/mortalità dei malati ricoverati anche in relazione alla patologia e la discussione dei casi maggiormente significativi;
- l'istituzione di una sorta di «autocontrollo» informale dei singoli e del gruppo sulle singole prestazioni svolte o sui processi di lavoro, al fine di valutarne il livello di qualità ed eventualmente ricercare soluzioni alternative possibilmente vantaggiose.

Problemi relazionali determinati/insorti con il cambiamento, individuazione dei problemi e loro consistenza, strumenti e strategie adottati per superarli, risultati ottenuti

Un'unità operativa strutturata nel modo che abbiamo descritto richiede una grande quantità di relazioni tra gli operatori ed una forte integrazione organizzativa. Su questo aspetto si sono evidenziati dei problemi e si sono ricercate soluzioni.

La nuova unità operativa con modalità di funzionamento autonome ha

richiesto la creazione *ex-novo* di relazioni con le altre unità operative dell'ospedale, particolarmente con i servizi ed istituti diagnostici, i servizi di supporto amministrativo, tecnico e logistico. L'operazione ha richiesto energie, pazienza e tempo prima di funzionare in modo appropriato. Si è raggiunto però l'obiettivo di creare modalità di integrazione con reparti e servizi, che consentono un ottimale funzionamento dell'attività della nostra Terapia Intensiva.

Una difficoltà emersa soprattutto inizialmente nella maggior parte del gruppo, è legata alla modalità personale di vivere la propria ricollocazione e la propria funzione nel contesto della struttura ospedaliera.

Il passaggio dall'operare in una Terapia Intensiva polivalente ad una post-operatoria di elezione poteva sembrare una sorta di declassamento o una forma di «punizione», con ripercussione sull'immagine personale e sulla validità professionale dell'équipe. Prevalva questa percezione e questo vissuto sulla scelta organizzativa e funzionale operata dall'istituzione.

Le relazioni interprofessionali all'interno dell'unità operativa sono state positive in seguito alla necessità di affrontare la comune difficoltà di iniziare un'esperienza nuova e complessa per tutti. Lo spirito di collaborazione ha prevalso sulla rigida divisione e sulla ricerca della difesa delle posizioni: questo rappresenta un precedente che ha dato frutti di efficienza ed efficacia organizzativa ed una garanzia anche per il futuro dei rapporti.

Le relazioni con i malati hanno posto nuovi problemi nella necessità di acquisire capacità specifiche nella comunicazione con persone il più delle volte coscienti del loro stato ed in grado di comunicare anche se a volte non con gli strumenti e mezzi più naturali e rapidi.

Importante è stata l'attenzione posta nella gestione del tempo fisico e nel mantenimento dell'adesione alle caratteristiche delle ore del giorno e della notte.

I rapporti con i parenti hanno dovuto essere particolarmente curati anche per l'incremento degli stessi rispetto all'esperienza precedente e per l'importanza che rivestono ai fini terapeutici per il malato.

Conclusioni, considerazioni sul processo, considerazioni sui risultati

L'esperienza maturata finora nella trasformazione organizzativa di una Terapia Intensiva in seguito alle nuove scelte dell'istituzione ci consentono di fare alcune considerazioni.

1) Una trasformazione di queste caratteristiche richiede alcune garanzie imprescindibili:

- la predisposizione delle strutture logistiche che garantisca la sicurezza e l'efficienza degli impianti;
- la definizione delle modalità e dei tempi con cui devono realizzarsi le diverse fasi della trasformazione;

— la cura della formazione, della scelta e della motivazione del personale che dovrà operare come *équipe* nella nuova unità intensiva.

2) Lo spostamento del personale tra diverse unità operative affini dell'area critica, se guidato produce effetti molto positivi per le seguenti ragioni:

— stimola l'aumento delle conoscenze scientifiche e l'acquisizione di nuove abilità tecniche degli operatori;

— induce una mentalità della disponibilità positiva al cambiamento, quando viene inteso come necessità di migliore funzionalità e finalizzazione delle strutture;

— promuove le capacità di integrazione degli operatori e di questi con le unità operative;

— consente di valorizzare la professionalità mobilizzando tutte e le migliori risorse delle persone;

— favorisce la scoperta di nuove modalità di soluzione dei problemi clinici, relazionali ed organizzativi;

— consente l'ottimale utilizzo delle risorse umane in base alle necessità che, in ambito dell'assistenza intensiva in particolare, non sono prevedibili e possono differenziarsi notevolmente sulla base della tipologia dei malati presenti.

I risultati di maggiore rilievo a nostro avviso riscontrabili nella nostra esperienza globalmente intesa, sono stati:

— l'esperienza sostanzialmente positiva di essere stati posti nelle condizioni di condividere gli obiettivi, le scelte e le strategie organizzative dell'istituzione;

— la razionalizzazione delle risorse umane ed economiche stanti le caratteristiche delle strutture disponibili e le finalità dell'istituzione;

— l'acquisizione diffusa nel gruppo di lavoro di nuove ed avanzate conoscenze e competenze tecniche e relazionali specifiche;

— il mantenimento di una buona «solidità» del gruppo, la creazione di nuova motivazione a garantire un servizio di qualità, ed il superamento della tentazione della «fuga» con la richiesta del trasferimento;

— la creazione di una prassi consolidata di incontri del personale dell'intera unità operativa per evidenziare, analizzare, discutere e risolvere i problemi clinici, assistenziali ed organizzativi più rilevanti o complessi;

— l'acquisizione da parte delle figure di coordinamento del gruppo di lavoro, di una spiccata capacità di controllare e gestire gli atteggiamenti non positivi ed i conflitti che in situazioni critiche di trasformazione normalmente si verificano;

— l'impatto positivo del servizio reso, sia sugli altri operatori sanitari che sugli utenti e la conseguente acquisizione di un'immagine di prestigio per la struttura ed il gruppo di lavoro.

EVOLUZIONE DELLE ATTIVITÀ DI PRONTO SOCCORSO DAL 1984 AL 1994 CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALL'APPROCCIO AL PAZIENTE CRITICO

G. BECATTINI, A. MAGGIALI, S. TRAMONTANA

II.PP. Pronto Soccorso Accettazione Azienda Ospedaliera Careggi - Firenze

Introduzione

Noi operiamo nel Pronto Soccorso del più grande ospedale toscano, il Policlinico di Careggi. Le attività svolte nella nostra unità operativa sono riassumibili nella successiva tabella di riepilogo.

Pronto Soccorso Accettazione Sanitaria

Azienda Ospedaliera Careggi

Accettazione medica e chirurgica	(ricoveri urgenti e programmati)
Attività ambulatoriale o di filtro	(visite mediche-chirurgiche senza ricovero)
Attività d'emergenza	(pazienti all'ingresso e nei servizi diagnostici di padiglione)
Inquadramento diagnostico e primo trattamento di tutti i pazienti ricoverati	
Assegnazione e trasferimento in «sicurezza» di tutti i pazienti	
Degenza breve per osservazione medica	(14 p.l.)
Terapia Intensiva Polispecialistica	(4 p.l.)
Stabilizzazione ed osservazione breve paziente critico in emergenza o attesa trasferimento in Unità di Terapia Intensiva	(1/2 p.l.).

Motivazioni

L'indagine ha preso avvio in un momento nel quale il nostro gruppo infermieristico, dopo un paio d'anni di produttivo lavoro scientifico e di ricerca

che aveva prodotto un discreto aumento del numero di prestazioni effettuabili nell'u.o., stava attraversando un periodo di scarsa attività probabilmente legata al fisiologico tempo di «digestione» delle acquisizioni ottenute oltre che all'esaurimento del monte ore disponibili per attività di aggiornamento e ricerca.

Inoltre la Direzione Sanitaria, alla quale chiedevamo l'autorizzazione a poter svolgere un orario di lavoro modellato sui flussi di arrivo dei pazienti in ospedale e, quindi, diverso da quello prefissato oltre a poter riprendere le attività dei gruppi di studio, ci domandava di produrre la documentazione giustificante le nostre richieste.

Abbiamo allora pensato di avviare un raccolta dati che ci consentisse di avere spunti di riflessione e confronto oltre a fornirci un bilancio dei risultati finora raggiunti in termini di miglioramento del servizio. Perciò abbiamo scelto di mettere a confronto i dati dell'anno passato con quelli di dieci anni prima: i primi disponibili nel nostro archivio.

Metodologia

Al fine di ottenere dati oggettivi e che non si prestassero a diverse interpretazioni abbiamo ottenuto i risultati statistici attraverso il Centro Elaborazione Dati aziendale e quelli riferibili alla qualità del servizio erogato da questionari somministrati a ciascuna delle componenti coinvolte nell'interazione utente-struttura ospedaliera. I questionari erano, prevalentemente a risposta chiusa e sono stati somministrati ai pazienti, agli infermieri ed ai medici della nostra u.o. ed agli infermieri delle uu.oo. di degenza e di terapia intensiva. Per ognuno di questi gruppi abbiamo preparato uno strumento appositamente costruito.

Dati ottenuti

Nel confrontare questi dieci anni di lavoro abbiamo rilevato differenze in termini di: numero degli utenti accolti, tecnologia impiegata, numero e qualità delle attività svolte, spazi a disposizione, tipologia degli infermieri.

Il numero degli utenti accolti è passato dai 12.000 del 1984 ai 34.000 dell'anno scorso cui si dovrebbero aggiungere i 13.000 cittadini medicati al Pronto Soccorso che è stato nel frattempo inglobato nella nostra u.o. (PS). L'incremento è spiegabile oltre che con l'aumentata richiesta di trattamento ospedaliero da parte della popolazione anche con l'estensione del controllo da parte del PS anche su sezioni di degenza che negli anni precedenti effettuavano le accettazioni direttamente dal territorio, offrendo una collaborazione al PS praticamente nulla. La dotazione tecnologica del PS ha visto negli ultimi anni un aumento eccezionale oltre che per il normale evolversi della tecnica anche

e, soprattutto, per le mutate esigenze del PS divenuto finalmente centro di trattamento, anche del malato critico, oltreché di smistamento.

Attrezzature elettromedicali e non, utili al trattamento del paziente critico in dotazione al PS Ospedale di Careggi - Firenze

1984		1994
1	Monitor defibrillatore	2
	Monitor ECG	2
	Monitor ECG + press	2
	Servo Ventilator 900	1
	Circuito CPAP con mask	2
	Circuiti vent. ass. manuale	6
1	Palloni autoespandibili	13
1 (monopenna)	Elettrocardiografi (tre canali)	3
	Carrello emergenza cardiologica	1
1	Carrello emergenza	2
	Pompe infusione	9
	Pompe siringa	2
	Pompa nutriz. enterale	1
	Set per ustioni, drenaggio toracico, tracheostomia, gastrolusi, intubaz. O.T., catetere vescicale, emergenza pediatrica.	

Come facilmente intuibile dai dati soprariportati la situazione è notevolmente cambiata, tanto che oggi non si assiste più alle scene, usuali tempo addietro, del paziente critico in attesa del personale delle Unità di Terapia Intensiva (UTI) nei corridoi del PS giacche fin al momento dell'arrivo in ospedale tutto il trattamento di questi pazienti era interamente demandato a medici ed infermieri delle UTI che solitamente accoglievano direttamente il paziente dall'esterno grazie ad un collegamento con i mezzi di soccorso territoriali ancor prima della nascita della centrale operativa di coordinamento. Questo collegamento non coinvolgeva affatto il PS. Le apparecchiature in dotazione erano perlopiù inutilizzate ed impiegate nell'assistenza a pazienti mediamente critici o, solo nei casi di sovraffollamento delle UTI, invero molto raro, per un breve periodo di degenza di tipo intensivo.

Attualmente il PS dispone di quattro letti di terapia intensiva e di una stanza attrezzata e dedicata al trattamento ed alla stabilizzazione delle emergenze. Siamo così arrivati a costituire un polo per l'urgenza/emergenza anche in PS che è così andato ad inserirsi tra territorio e UTI e che sta assumendo sempre più importanza con il passare del tempo; tant'è che oggi gli stessi

operatori delle UTI attestano l'importanza dell'attività di filtro e primo trattamento del paziente critico in PS.

A questo proposito, dopo l'analisi dei risultati ricavati dai questionari somministrati agli infermieri delle UTI, stiamo lavorando per l'adozione di protocolli comuni di intervento e per l'impiego di materiali analoghi in modo da rendere ancor più produttivo il nostro intervento.

Medici ed infermieri del PS hanno adottato un'organizzazione di lavoro che consente la presenza costante e dedicata di personale deputato all'assistenza dei pazienti accolti nei letti di terapia intensiva. In particolare troviamo un medico e due infermieri operanti nelle 24 ore esclusivamente in questo settore del PS.

L'impiego di questi letti è assimilabile a quello di una UTI polivalente come ricavabile dai dati sottoriportati.

		TI PS	RR	UTIC
Tasso occupazione	%	76	103	99
Degenza media	gg	1,8	6,5	2,9
Mortalità	%	7	13	7,5
Trasferimenti in 1° g.ta	%	19	4	9

Il ridotto tasso di occupazione è spiegato dalla volontà di essere sempre in grado di accogliere un'emergenza dall'esterno. I dati riguardanti la degenza media e la percentuale di trasferiti in prima giornata dimostrano come i nostri letti siano utilizzati per l'osservazione e la stabilizzazione del paziente critico che troverà poi accoglienza nelle UTI, se ancora bisognoso di cure intensive, o nelle sezioni di degenza qualora abbia risolto il suo problema acuto. La maggioranza dei pazienti accolti su questi letti ha competenza cardiologica ma rileviamo un trend in aumento per i malati bisognosi di assistenza respiratoria.

Tra le attività che svolgiamo quelle meno usuali a livello di PS riteniamo siano: la cardiostimolazione transesofagea, l'assistenza a pazienti sottoposti a PTCA anche primaria, quella a pazienti con filtro cavale temporaneo ed il trattamento CPAP con maschera. Per lo svolgimento di queste prestazioni il PS si avvale dell'opera dei diversi specialisti medici competenti che saranno sempre supportati dallo stesso staff infermieristico del PS.

In questi anni il PS è stato trasferito ma l'aumentato numero dei pazienti accolti, l'incremento delle prestazioni effettuate hanno portato ad un aumento delle volumetrie disponibili irrisorio; infatti siamo passati dai 400 mq del 1984 ai 510 mq a nostra disposizione oggi e che risultano gravemente insufficienti per consentire un adeguato standard ambientale, di comfort e di riservatezza. La situazione è aggravata dal fatto che questi spazi sono strutturati in modo assolutamente non corrispondente alle esigenze di un PS come il nostro e tutt'oggi costituiscono uno dei problemi principali per il migliora-

mento del servizio. Corre l'obbligo, anche in questa occasione, rimarcare il non coinvolgimento di coloro che avrebbero operato nella struttura nella fase progettuale o di arredamento degli spazi.

I risultati ottenuti analizzando la composizione del gruppo infermieristico dimostrano che il numero degli infermieri è rimasto praticamente invariato, mentre l'età media è scesa dai 48 a 36 anni. Ancora oggi il gruppo infermieristico è costituito in modo disomogeneo per età, profilo professionale e curriculum lavorativo, ciò nonostante attraverso il corso di aggiornamento tenuto nel 1994 ed i successivi incontri di approfondimento siamo riusciti ad ottenere un sufficiente livello di uniformità operativa.

Elemento fondamentale nella crescita della qualità di servizio erogato è l'integrazione col personale medico che ha vissuto il suo momento culminante nell'attivazione dei gruppi di lavoro interprofessionali nei quali sono stati affrontati i vari problemi, selezionati come i più importanti, considerando i diversi punti di vista ed, infine, raggiungendo una comune strategia di intervento. Questo processo ci ha permesso di soddisfare le richieste dell'utenza soprattutto per quando riguarda l'aspetto diagnostico-terapeutico del paziente critico mentre risulta ancora migliorabile la qualità dell'assistenza alberghiera.

I dati ricavati dal questionario somministrato ai pazienti dimostrano come, al momento del trasferimento, le condizioni cliniche risultano essere migliorate in una buon percentuale dei casi; infatti i colleghi delle sezioni di degenza confermano affermando che al 90% i pazienti giungono in reparto in condizioni di stabilità, con un sufficiente inquadramento diagnostico e, addirittura, nella quasi totalità dei casi con i presidi invasivi necessari al trattamento già posizionati a livello di PS.

Inoltre, sempre dal questionario-pazienti, risulta un elevato grado di soddisfazione dei ricoverati e dei loro accompagnatori, rispetto alla disponibilità dimostrata ed alle informazioni fornite che sono solitamente comprensibili ed esaurienti.

I pazienti lamentano di aver subito disagi solo eccezionalmente importanti (2%) e dall'analisi delle voci citate si può concludere affermando che nel 70% dei casi questi sono imputabili alla struttura architettonica ed in un 25% all'inquinamento acustico, elemento sul quale pensiamo di poter intervenire e stiamo quindi studiando le strategie d'intervento.

Il risultato più importante del questionario riservato ai colleghi delle degenze è stato quello di aprire una discussione finalmente costruttiva dopo anni di reciproche incomprensioni. Altro elemento significativo è quello riguardante il dato relativo al braccialetto di identità applicato nell'80% dei pazienti; infatti questa attività era stata introdotta solo recentemente nella nostra routine d'ammissione e ritrovare una così alta percentuale d'adesione al protocollo ci ha favorevolmente impressionato. Riteniamo questa operazione molto importante in quanto uno dei compiti storici del pronto soccorso è quello di provvedere all'identificazione del paziente, evento non trascurabile come dimostrato dalle periodiche campagne di stampa denuncianti «sviste»

più o meno gravi con oggetto lo scambio di pazienti. Tutto considerato ci pare che i dati rilevati facciano trasparire un livello di gradimento, rispetto a prontezza ed efficienza d'intervento, del nostro PS abbastanza elevato.

Considerazioni finali

Parallelamente all'evoluzione del PS anche nel gruppo infermieristico sono intervenute diverse differenze. Abbiamo già detto che è scesa l'età media e che il numero degli infermieri è rimasto praticamente inalterato, dato significativo per illustrare il grado d'efficienza preesistente, accennando soltanto al ricambio del personale.

In proposito è necessario puntualizzare che detto ricambio è avvenuto grazie al trasferimento in PS di un contingente, pari al 25%, di infermieri provenienti dalle UTI che assieme ai neoassunti, 10%, ha facilitato la formazione di un gruppo fortemente motivato e che ha portato all'avvio di attività scientifica fino alla messa in atto di un corso di aggiornamento, riconosciuto come tale anche dall'amministrazione, completamente curato dagli infermieri. Al corso ha fatto seguito la costituzione dei già citati gruppi di studio interprofessionali aventi come argomenti tematici l'emergenza, le macroemergenze, l'assistenza alberghiera e i protocolli terapeutici.

I risultati dei questionari dimostrano un'innalzamento della qualità dell'assistenza erogata ed un miglioramento del livello culturale professionale oltre ad una più efficace capacità collaborativa. Questo processo di crescita ha svolto anche funzione di stimolo per tutto il personale del PS che è stato coinvolto in una reazione positiva. Particolarmente importante e significativo il ruolo svolto nelle acquisizioni relative all'assistenza al paziente critico. Ci pare di particolare importanza l'attestazione di stima dei medici che hanno riconosciuto al gruppo infermieristico un'importanza cruciale nel processo di miglioramento dell'intero servizio di PS ad ulteriore dimostrazione delle capacità e delle possibilità disponibili per un'équipe infermieristica motivata ed unita nella persecuzione di obiettivi comuni.

In questo processo hanno favorevolmente influito diversi agenti tra i quali i principali riconosciamo essere: la forte motivazione del gruppo medico, la relativamente bassa età media degli infermieri, la «disponibilità» dell'amministrazione e soprattutto il ricambio della leadership infermieristica; infatti il nuovo caposala ha svolto un ruolo fondamentale particolarmente nello stimolare e coordinare le attività di gruppo.

Hanno invece agito a detrimento: l'iniziale disomogeneità del gruppo infermieristico, la poliedricità delle attività richieste allo stesso gruppo con i relativi «cambi di ritmo» necessari, l'inadeguatezza delle strutture e la bassa efficienza di alcuni servizi diagnostici. L'indagine ha fornito dati importanti nella relazione con la direzione sanitaria contribuendo alla riapertura del credito spendibile per i lavori di ricerca che sono infatti ricominciati oltre ad aver stimolato l'apertura di tavoli di discussione ed analisi critica all'interno del nostro gruppo e con i colleghi delle degenze.

ESPERIENZE ED IPOTESI ORGANIZZATIVE PER L'ASSISTENZA NEL PRELIEVO E TRAPIANTO D'ORGANO

L. PERESSONI ⁽¹⁾, M. REBI ⁽²⁾

⁽¹⁾ IPS 2° servizio di terapia intensiva Ospedale di Udine.

⁽²⁾ IPS servizio di pronto soccorso Ass. Alto Friuli.

La lettura degli obiettivi e delle tematiche poste da questo XIV Congresso ANIARTI mi hanno spinto a confrontare con voi:

— l'esperienza fatta nell'ambito del processo sanitario-assistenziale dell'espianto-trapianto d'organo;

— alcune ipotesi riorganizzative che potrebbero garantire «qualità di morte» alla persona cui verranno espianati gli organi ed umanizzazione relazionale ai congiunti.

Il trapianto d'organo rappresenta la fase conclusiva di una serie di eventi che coinvolgono numerosi operatori appartenenti sia alla disciplina medica che infermieristica.

Il processo assistenziale da porre in atto richiede:

- un'elevata integrazione professionale;
- un efficiente sistema organizzativo;
- un ruolo dell'infermiere sempre più attivo.

L'Infermiere Professionale infatti, si trova a dover affrontare quotidianamente numerosi problemi sia tipicamente professionali che di tipo strutturale e psicologico. Tra questi non sono da sottovalutare le problematiche conseguenti all'isolamento fisico del paziente, all'unidirezionalità del rapporto donatore/familiari che fa sì che a questi ultimi venga attribuito il ruolo di spettatori, quasi sempre passivi, di un dramma che li coinvolge in prima persona.

Ciò stante, l'obiettivo della relazione è quello di fornire suggerimenti di carattere organizzativo e progettuale che favoriscano il coinvolgimento dei parenti del donatore quali parte attiva ed integrante del piano d'assistenza.

Il primo problema da affrontare per una gestione assistenziale diversa dei pazienti donatori, riguarda la tipologia della struttura in cui sono ricoverati.

Creare una Terapia Intensiva superspecialistica per la gestione selettiva di tali pazienti, oppure destinare a tale funzione un numero di posti letto in una unità di terapia intensiva (UTI) polivalente?

Attivare una UTI con l'obiettivo di assistere esclusivamente potenziali donatori d'organo, espone al rischio di creare una struttura che potrebbe tendere ad autoalimentarsi, sovradimensionata in rapporto all'attuale numero di

donazioni, con naturali difficoltà di gestione e con costi insostenibili; anche qualora assumesse il carattere di centro regionale di riferimento.

Ritengo perciò economicamente ed organizzativamente preferibile dedicare un numero stabilito di posti-letto per la gestione del processo di espianto inseriti in un'UTI polivalente.

L'UTI polivalente deve necessariamente inserirsi in un presidio sanitario per malati acuti, capace di interventi rapidi, di grande complessità e specialità, con un naturale supporto clinico, laboratoristico ed organizzativo.

È auspicabile perciò, che l'UTI polivalente si collochi nell'area dell'emergenza e che abbia collegamenti con il gruppo operatorio e gli altri servizi dell'emergenza rapidi e dedicati.

L'UTI polivalente può comprendere un numero variabile di posti-letto. Il Decreto del Ministro della Sanità del 13 settembre 1988 indica 8 posti-letto per il modulo minimo al di sotto del quale la gestione si rivela antieconomica e non funzionale. Ipotizzando una UTI polivalente di 10 posti-letto, almeno 2 dovrebbero presentare le caratteristiche che permettano l'isolamento.

Il reparto di Terapia Intensiva Polivalente ipotizzato dovrebbe essere organizzato secondo il modello a gestione «aperta» e ciò per non trascurare gli aspetti di umanizzazione e comfort. Tuttavia, allo scopo di evitare forme di contaminazione, pur permettendo l'ingresso frequente dei parenti, è opportuno che i due posti-letto siano allocati in unità singole, box completamente autonomi e con possibilità di zona filtro ed isolamento totale.

Il potenziale donatore dovrebbe essere allocato in uno dei succitati box e le modalità di gestione assistenziale definite in rapporto al grado di contaminazione dei malati presenti nell'unità operativa.

Per definire la strutturazione fisica degli spazi e le modalità organizzative ed assistenziali utili a garantire un efficace processo di lavoro, è necessario individuare l'obiettivo che l'équipe infermieristica in integrazione interdisciplinare deve raggiungere: «garantire sostegno specifico ai parenti ed, al paziente, assistenza e trattamenti continuativi volti a supportare, attraverso misure speciali le funzioni vitali ed a rispondere ai bisogni globali ed inespressi, allo scopo di giungere alla fase di espianto nelle migliori condizioni cliniche possibili e nel rispetto della dignità della persona.

Spazi fisici, tecnologie e personale.

Nello strutturare gli spazi fisici vanno adottati criteri che mirino a favorire ed a facilitare ognuna delle attività proprie di ciascuno dei soggetti coinvolti, garantendo affidabilità e sicurezza sia dal punto di vista igienico e di contaminazione che tecnologico e strutturale.

Non vanno trascurati gli aspetti di comfort per il personale, di economia e razionalità nella gestione e ultimo, ma non meno importante, di umanizzazione verso il donatore ed i suoi parenti.

È stata espressa la necessità di adottare la tipologia a box singolo come spazio di degenza. Il posto-letto richiede almeno 20 mq. L'altezza del box deve

essere di almeno 4 mt per poter alloggiare l'impiantistica controsoffittata: impianto elettrico, gas medicali, condizionamento e riscaldamento, cavi di collegamento, monitor e computer, ecc... Il box dovrebbe disporre di finestra verso l'esterno per garantire un'illuminazione naturale. I benefici dell'illuminazione naturale sono stati dimostrati sia dal punto di vista clinico che del benessere psico-fisico del personale e dei parenti. L'illuminazione generale deve essere di tipo indiretto per evitare fenomeni di abbagliamento e deve essere prevista la possibilità di variarne l'intensità nelle ore notturne.

La temperatura va mantenuta intorno ai 26° C e l'umidità relativa fra il 50/60 %.

Il livello di inquinamento microbico accettabile intorno al posto-letto deve essere inferiore a 100 batteri per metro cubo.

Dovrebbe essere prevista una circolazione d'aria a flussi laminari per creare differenti valori di pressione in modo tale che l'aria circoli dal box verso gli altri locali e non viceversa.

La trave di servizio rappresenta il sistema migliore per la distribuzione dell'energia elettrica e dei gas medicali, poiché evita la presenza di cavi a terra e permette la massima libertà di movimento a personale e parenti. Vanno previste almeno 10 prese elettriche, 2 per l'ossigeno, 2 per l'aria compressa e 2 per il vuoto.

È necessario vi sia un locale di servizio, attiguo e comunicante, con circa 15 mq di superficie, con prese elettriche e scarichi idrici separati, attrezzato di presidi ed apparecchiature per la raccolta del materiale usato, eliminabile attraverso sistemi specifici. Il corridoio dedicato all'ingresso dei parenti deve permettere l'alloggiamento di un armadio per il materiale di vestizione (cuffie, camici...), il deposito di oggetti personali ed alcune poltrone per la sosta. Tale locale permette un rapido accesso al box senza dover necessariamente attraversare la zona di degenza. Le porte di accesso al corridoio ed alla zona servizi devono essere sufficientemente ampie da garantire il passaggio di letti e materiali.

Per quanto riguarda l'attrezzatura, è opportuno tenere divise le attrezzature specifiche per il posto-letto (letto, sistemi di monitoraggio, ventilazione, aspirazione, ecc...) da quelle secondarie che servono alla gestione «globale» dell'unità operativa (carrello d'urgenza, kit sterili, coperta termica, ecc...).

Il rapporto minimo infermiere/paziente per la gestione corretta del processo assistenziale dovrebbe essere di 1/1.

Sarebbe opportuna la presenza in ogni turno di servizio di almeno un infermiere specializzato in assistenza in Area Critica (I.S.A.C.), che eserciti l'attività di «cross-training», formazione ed addestramento dei colleghi, fatte salve le condizioni di urgenza/emergenza.

Il donatore ed il processo assistenziale per l'espianto d'organi

Una delle maggiori cause della carenza di donazioni d'organo è data dalla

scarsa volontà delle famiglie di accordare il proprio consenso, in quanto l'evento produce un impatto emotivo forte, che oltretutto colpisce l'immaginario collettivo ed è di difficile concezione ed accettazione.

Vi sono tre aspetti rilevanti nella relazione che si viene a creare fra infermiere, paziente e familiari, e che mi hanno sostenuto nell'elaborazione:

- l'analisi psicologica dei vissuti;
- l'integrazione fra parenti e personale;
- il possibile ruolo «terapeutico» dei congiunti verso i membri dell'équipe assistenziale.

Nel momento in cui viene esplicitata la richiesta di consenso alla donazione, il primo dato che investe i parenti è il non accettare che il congiunto sia effettivamente in una situazione di irreversibilità: morto se non artificialmente sostenuto. Il cadavere appare con il cuore battente, una temperatura corporea artificialmente sostenuta ma normale, il torace che si solleva mosso dalla ventilazione artificiale: nell'insieme un'immagine che non evoca la morte, tradizionalmente associata alla staticità del soggetto. In questa situazione è importante far comprendere il concetto di «morte cerebrale», definizione che spesso è sconosciuta o che non convince i familiari in un momento così drammatico. Non è da dimenticare il loro sospetto, e la paura che il personale sanitario sottovaluti le possibilità residue di sopravvivenza del proprio caro e non faccia il possibile per salvarlo.

Spesso il potenziale donatore è un soggetto giovane, clinicamente sano fino al momento dell'evento scatenante la morte cerebrale, quasi sempre sopraggiunta in modo violento ed improvviso. Al comprensibile dolore per la perdita del congiunto, si associano sensi di colpa dei genitori, che temono di non aver insegnato al figlio a difendersi dai pericoli della vita o di averlo educato in maniera troppo permissiva.

Altro freno psicologico per la famiglia è dato dalle voci di dissenso alla donazione da parte dei parenti ed amici.

Ulteriore vissuto psicologico molto frequente è il pensare, più o meno coscientemente, che il proprio congiunto potrà sopravvivere nel ricevente. Tale convinzione «aiuta» ad affrontare la situazione dolorosa nel primo periodo, ma dopo alcuni mesi tale illusione solitamente cade ed i familiari prendono coscienza in ritardo della definitiva assenza del loro caro.

Queste problematiche irrompono violentemente nella vita dei parenti, che si trovano simultaneamente ad affrontare la morte del congiunto e la scelta della donazione. È perciò importante che le decisioni siano precedute da un tempo utile, nel quale supportare psicologicamente i familiari. Uno dei fattori che influiscono notevolmente sullo stato d'animo è rappresentato dalla struttura dell'UTI polivalente. Troppo spesso infatti l'infrastruttura e la «tradizione ospedaliera» tendono ad organizzarsi in favore di chi cura e non tanto di chi viene curato.

Innanzitutto la presenza nell'Unità Operativa di locali confortevoli e dedi-

cati all'attesa può contribuire a rendere più umano e meno alienante un vissuto così difficile.

Rispettare il dolore dei familiari garantendo loro la privacy necessaria può risultare quanto mai opportuno, anche alla luce dei diversi atteggiamenti psico-culturali della società nei confronti della morte. Proprio per dare risposta a tali problematiche è importante prevedere una zona filtro per l'ingresso dedicato dei parenti alletto del morente (o potenziale).

L'attuale normativa (D.L. 579/93 e D.A. 582/94) riduce a 6 ore il periodo di osservazione e ciò, se da un lato costringe il personale ad accelerare l'attività clinico-assistenziale (valutazione dello stato di morte cerebrale, prelievo dei linfonodi, segnalazione del donatore, indagini cliniche, ecc. ...), dall'altro riduce il tempo per il rapporto diretto parenti/donatore. Alla luce di analisi psicologiche condotte su familiari di donatori (o potenziali tali), diviene utile associare orari di visita poco rigidi e frequenti contatti diretti con il congiunto, quando le attività assistenziali lo consentono.

Ciò presuppone una forte presa di coscienza da parte di noi infermieri, a volte restii a compiere qualsiasi attività di nursing in presenza dei parenti, e presuppone alcune modifiche di carattere organizzativo. L'ingresso dei parenti va stimolato ed incoraggiato il più possibile, affinché il processo psicodinamico del lutto abbia inizio con la sua elaborazione e vengano dissipati dubbi e sospetti, quasi sempre presenti più o meno velatamente nelle parole, nelle domande e negli sguardi dei parenti, attenti a cercare un segno sul volto del congiunto o una contraddizione tra i diversi membri dell'équipe.

Bisogni di ordine culturale e religioso vanno, quando possibile, soddisfatti.

Il momento nel quale deve essere massimo il supporto psicologico fornito dall'infermiere è senza dubbio quello in cui i congiunti ricevono le informazioni sulla irreversibilità della condizione clinica e la richiesta alla donazione.

Alla famiglia deve essere data ampia opportunità di manifestare i propri sentimenti e di fare domande in una atmosfera il più possibile tranquilla e distesa.

Accanto alla difficoltà di accettare la «morte cerebrale», spesso si associa l'incapacità di comprendere le notizie cliniche fornite per la carente relazione con il personale medico. Il bisogno di informazioni viene quindi riversato molto spesso sull'infermiere, che deve essere in grado di eliminare dubbi ed incertezze, partecipare empaticamente al dolore ed essere coerente nell'operatività.

La prassi quotidiana evidenzia come il medico responsabile spesso identificato per motivi di prestigio e sublimazione nel primario, dopo l'avvenuto assenso alla donazione, si «allontani» dai parenti, non prendendosi più cura delle loro esigenze e ritenendo esaurito il loro ruolo.

Alla luce di tale pregnante realtà appare quanto mai opportuno che al momento delle informazioni sia presente accanto al rianimatore anche l'infermiere. In questa ipotesi il coinvolgimento di figure di supporto quali lo psicologo è fondamentale poiché può migliorare la capacità di relazione ed aumen-

tare la consapevolezza e la capacità di difesa dei familiari e del personale allo stress collegato all'evento.

Infine un ulteriore aspetto da considerare è la ricaduta professionale che il processo di donazione/espianto ha sul personale infermieristico. La morte cerebrale può essere vista come una sconfitta dell'équipe assistenziale, come il segno dell'impotenza scientifica di ogni cura. Nell'operatore può crescere un senso di frustrazione e di rifiuto alla professione: tale reazione è umana e comprensibile soprattutto se si considera che in una unità di Terapia Intensiva l'approccio dell'IP con il paziente ed i familiari è diverso da quello che si attua in un reparto di base.

Un paziente terminale ed i suoi parenti vivono alcune fasi psicologiche che facilitano l'elaborazione ed accettazione della situazione del vissuto. Tali fasi sono: rifiuto ed isolamento, collera, compromesso, depressione ed accettazione. In Terapia Intensiva tutto ciò non è possibile; il paziente muore in solitudine, i parenti sono spesso tenuti lontani per motivi logistici ed organizzativi e l'infermiere vive tutta la situazione in maniera frustrante. Per superare la frustrazione ed il rifiuto, di grossa utilità può essere la comunicazione, il saper capire e rapportarsi con gli altri parimenti coinvolti, altri che spesso sono i parenti.

Appropriate interazioni in termini di tempo e disponibilità dello staff infermieristico con i parenti, possono risultare reciprocamente terapeutici nel ridurre l'ansia e lo stress. Instaurare con i parenti un rapporto empatico, attraverso lo scambio di esperienze e sentimenti, può contribuire a far fronte alle drammatiche situazioni che ogni IP di Terapia Intensiva vive ogni giorno.

Realizzare gruppi di supporto psicologico e verificare l'efficacia del rapporto con ci familiari dei pazienti donatori attraverso strumenti specifici sono, a mio parere mezzi utili per identificare e «trattare» le arre di crisi, riducendo i livelli di burn-out del personale.

Le grosse problematiche emergenti nell'assistenza globale al malato dovranno anche coinvolgere i Comitati Etici Ospedalieri. Anche questi dovranno supportare il personale sanitario ed adoperarsi perché sia possibile operare in strutture che facilitano un processo assistenziale umano e perché si diffonda la logica della solidarietà e della donazione che non può essere più delegata solo a chi opera quotidianamente sul campo.

La morte che dà la vita; infermieri di area critica e cittadini integrati per la qualità delle cure, l'umanizzazione delle strutture, l'efficacia del sistema sanitario.

CARICHI DI LAVORO: COSA SI FA IN UNA T.I. CARDIOCHIRURGICA. Sbirciamoci dentro con un cronometro in mano

P. CAPODIFERRO ⁽¹⁾, F. MINELLI ⁽¹⁾, M.C. PIERI ⁽¹⁾, G. SOLOMITA ⁽¹⁾,
C. TABANELLI ⁽¹⁾, S. SEBASTIANI ⁽¹⁾ (coordinatore del gruppo)

⁽¹⁾ I.P. Servizio di Anestesia e Terapia Intensiva Cardiochirurgica
Azienda Ospedaliera di Bologna Regione Emilia Romagna

Perché?

All'interno del nostro reparto, da tempo serpeggiava il desiderio di provarci con un lavoro di ricerca.

Il partecipare come rilevatori, spesso inconsapevoli, al lavoro di ricerca dei medici, il maturare conoscenze dopo i tanti corsi di formazione e la consapevolezza che la ricerca è a tutti gli effetti un aspetto oltremodo importante della professione, ci aveva fatto sorgere il desiderio di contribuire con un nostro lavoro.

Di fronte all'invito dell'ANIARTI alla partecipazione a questo congresso, ci siamo messi ad analizzare alcune ipotesi di lavoro nell'ambito degli obiettivi dello stesso, così la scelta è caduta sui carichi di lavoro.

Il primo gruppo che si è coagulato su questo disegno ha immediatamente sollecitato la AFD la quale ha colto l'occasione della prima riunione mensile per parlarne a tutta l'équipe infermieristica.

Problema di ricerca

Problema organizzativo

All'interno della nostra T.I. svolgiamo di routine alcuni compiti: alcuni di questi sono previsti per l'infermiere dalle normative vigenti (DPR 225/1974 e DPR 27 marzo 1992), ed altri no.

Tra i primi se ne identificano di quelli che potrebbero essere delegati ad altre figure con qualifica inferiore (in una ottica di razionalizzazione delle risorse).

Problema di salute sotteso

1) Il cittadino ha il diritto, in un momento di risorse scarse, di ottenere il massimo dai soldi che per conto suo sono spesi per la sanità.

Usare al massimo la professionalità di ogni operatore è perciò un imperativo etico.

Un OTA può svolgere mansioni ben al di là della «semplice» sanificazione o sanitizzazione: dove questi operatori esistono, si dovrebbero impiegare adeguatamente.

L'infermiere dovrebbe utilizzare l'eventuale tempo liberato per prestare un'assistenza infermieristica migliore e in maggior quantità.

Inoltre, questo potrebbe andare a vantaggio della didattica e della formazione.

2) Il cittadino ha il diritto di sapere che ogni procedura è svolta nel rispetto delle norme.

L'aspettativa del professionista è l'adeguamento delle norme al cambiamento della sua professionalità.

Revisione della letteratura

Utilizzando la banca dati dell'ANIARTI, ovvero il Centro Documentazione Infermieristica, abbiamo svolto una ricerca bibliografica che ci ha consentito di revisionare alcuni scritti: molti dei quali pubblicati su *Scenario* o su atti dell'ANIARTI stesso.

Nessuno di questi lavori si è svolto nella nostra ottica, alcuni di essi sono incentrati sul fabbisogno di personale.

In un elaborato del DAI Rossi dell'Ufficio Infermieristico di Arezzo dal titolo *Rilevazione dei carichi di lavoro nella USL 23 di Arezzo: Ipotesi di riorganizzazione del lavoro infermieristico*, pubblicato negli atti del congresso ANIARTI Toscana 1990, l'autore sostiene che il 10% del carico di lavoro è improprio.

Disegno della ricerca

- 1) Il nostro quesito è puramente descrittivo.
- 2) Abbiamo scelto di utilizzare come indice di misura i minuti.
- 3) Abbiamo deciso di crearci lo strumento per la lettura del nostro lavoro con una seduta di «Brainstorming» del gruppo, che ha dato origine ad una scheda comprendente 70 voci.
- 4) Abbiamo scelto come campione due settori, comprendenti quattro posti letto, dei quattro che vi sono nella nostra TI (l'esclusione di un settore è stato determinato dalla presenza di postazioni pediatriche l'altro invece è stato escluso con scelta arbitraria).
- 5) Occorrendoci degli osservatori esterni, ma informati del nostro lavoro, abbiamo deciso di utilizzare gli allievi infermieri frequentanti il terzo anno, presenti da più di un mese in reparto per il tirocinio.

In un secondo tempo, abbiamo «arruolato» anche due nuove colleghe giunte nel nostro reparto tramite mobilità interna (avevano già svolto il periodo di inserimento, ma non erano ancora tutti gli effetti in turno).

Agli osservatori è stata presentata la griglia di osservazione e spiegato come calcolare e codificare i tempi.

Il personale osservato era stato informato nelle riunioni precedenti del disegno di ricerca (osservazione partecipativa).

6) Abbiamo valutato le 18 schede raccolte ed eliminato dallo studio tre schede che non offrivano copertura superiore all'80% (valore arbitrario da noi scelto).

Elaborazione dei dati

Escluse le tre schede con copertura inadeguata, abbiamo ricavato una mattina media calcolando i valori medi tra tutte le mattine.

Stessa operazione è stata fatta per i pomeriggi e per le notti, quindi abbiamo sommato i valori per ricavare una giornata «media».

Successivamente si sono accorpati i dati utilizzando il modello teorico delle attività di vita (1), aggiungendo ulteriori categorie e cioè: attività amministrative, attività tecniche e attività varie (2).

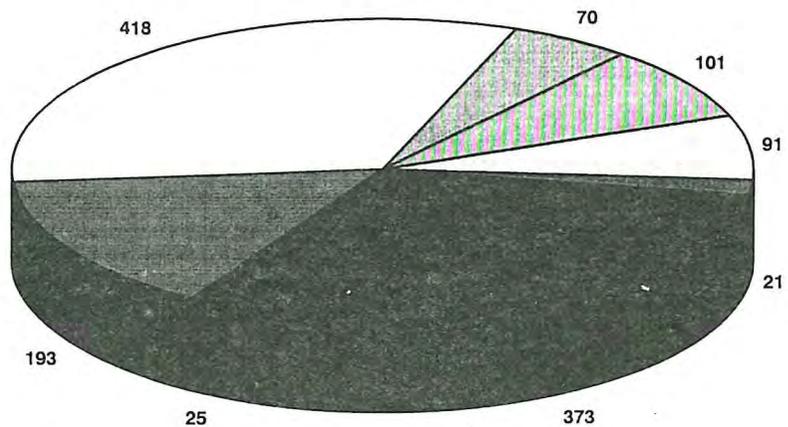
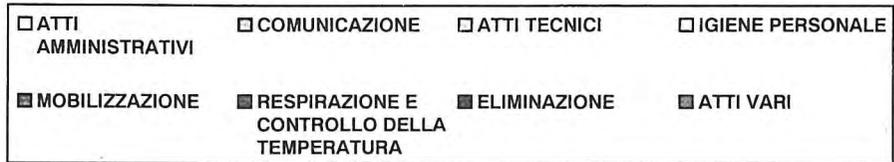
Ecco i dati che ne sono scaturiti.

ATTIVITÀ	VALORE	PERCENTUALE
Attività amministrative	418	32,30%
Respirazione e controllo della temperatura	373	28,83%
Attività varie	193	14,91%
Attività tecniche	101	7,80%
Igiene personale	91	7,03%
Comunicazione	70	5,41%
Eliminazione	25	1,93%
Mobilizzazione	21	1,62%
Alimentazione e idratazione	2	0,15%
TOTALE	1294	100,00%

(1) AGNELLI CANOSSA e altri, *La teoria infermieristica delle attività di vita*, Ed. Nettuno, Verona 1994.

(2) Al riguardo vedi Allegato.

Suddivisione per attività di vita e in varie ed atti amministrativi-tecnici



Si può notare come l'attività che ci coinvolge maggiormente sia quella amministrativa. Occorre al riguardo segnalare che nella nostra realtà molte di queste prestazioni di assistenza indiretta sono svolte da infermieri fuori turno; abbiamo però compreso in questa voce momenti come l'arrivo e la dimissione del paziente, la raccolta dei parametri e la sorveglianza.

Gli Autori del libro citato in nota connotano l'attività di vita «Respirazione e controllo della temperatura» come:

«È l'insieme delle azioni ed operazioni che permettono di mantenere l'ossigenazione tissutale ed una temperatura costante dell'organismo.

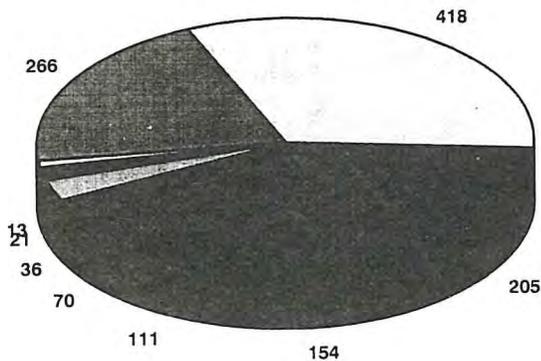
Comprende oltre all'inspirazione e all'espirazione le azioni per mantenere una buona *circolazione sanguigna* e una buona temperatura corporea in ogni ambiente...».

Quest'attività ci impegna per oltre il 28,83% del nostro tempo.

Abbiamo scorporato le voci che potrebbero essere delegate ad un OTA e quelle non previste per il personale infermieristico ottenendo i seguenti dati:

ATTIVITÀ	VALORE	PERCENTUALE
Attività amministrative	418	32,30%
Respirazione e controllo della temperatura	266	20,56%
Attività varie	205	15,84%
Comunicazione	70	5,41%
Igiene personale	36	2,78%
Mobilizzazione	21	1,62%
Eliminazione	13	1,00%
Mobilizzazione	21	1,62%
Alimentazione e idratazione	2	0,15%
Atti delegabili ad un OTA	154	11,90%
Atti non infermieristici	111	8,58%
TOTALE	1294	100,00%

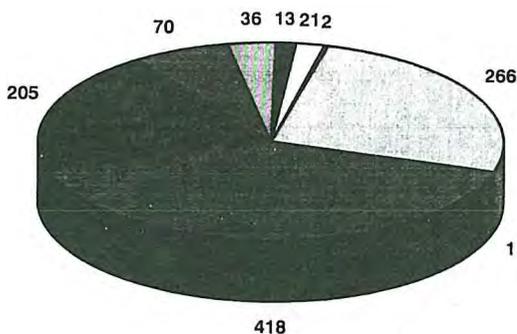
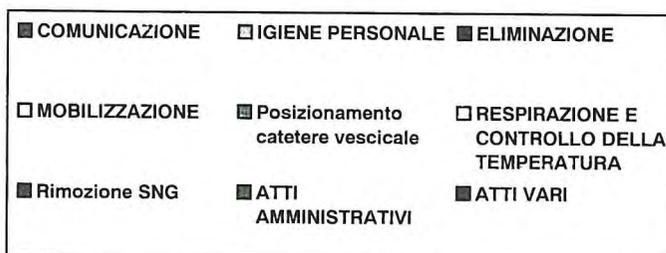
Suddivisione con scorporo atti eseguibili da altri



Analizzando le operazioni specifiche infermieristiche (comprendendo anche quelle previste per l'IP Specializzato) che otteniamo eliminando quelle che potremmo delegare ad un'OTA e quelle non previste dalle vigenti norme avremo:

ATTIVITÀ	VALORE	PERCENTUALE
Attività amministrative	418	40,62%%
Respirazione e controllo della temperatura	266	25,85%
Attività varie	205	19,92%
Comunicazione	70	6,80%
Igiene personale	36	3,50%
Mobilizzazione	21	2,04%
Eliminazione	13	1,26%
TOTALE	1029	100,00%

Solo di pertinenza infermieristica



Commento

Ci si aspettava che vi fosse una percentuale maggiore di tempo «recuperabile», invece abbiamo riscontrato un 20,48% (ben maggiore del 10% citato in letteratura) anche se a onor del vero dobbiamo riconoscere che di questo 20,48% un 8,58% sono manovre che, benché di pertinenza mediche, l'infermiere di Area critica svolge ormai da anni e senza le quali molte Intensive Care si bloccherebbero.

Il rimanente 11,9% non è completamente in scarico perché alcune manovre l'OTA le farebbe con l'IP e non al posto dell'IP.

Critiche

1) L'analisi è stata svolta per un breve periodo (dal 10 ottobre 1995 al 3 novembre 1995), il numero scarso di osservazioni ha portato ad escludere molte manovre ed a diminuire l'incidenza di altre (nello studio è entrato un solo «lungo degente» e per pochi giorni).

2) Gli osservatori non hanno avuto modo di essere formati su come misurare (abbiamo avuto codifiche diverse per le stesse operazioni e modalità diverse di conteggiare manovre ripetute più volte che però richiedevano non più di un paio di secondi per esse svolte).

3) Non abbiamo saputo presidiare il lavoro e sensibilizzare una quantità maggiore di colleghi (siamo in una trentina e noi abbiamo coinvolto, per più o meno tempo solo nove persone).

4) Non è stato osservato un numero proporzionale di minuti tra i tre turni e nei diversi giorni della settimana (era un obiettivo che ci eravamo dati per limitare l'errore dovuto alla diversa cadenza settimanale degli interventi).

5) Non abbiamo svolto lo studio nei tempi prefissati (dovevamo finirlo in ottobre, alcune schede sono state rilevate i primi di novembre).

6) Vi è scarsa capacità in noi stessi di osservare e valorizzare alcune prestazioni come, ad esempio, la comunicazione e la didattica.

In alcune schede risultano sottostimato questi due campi ed in altre stimate con frasi come: «Continue paziente collaborante» oppure «continue per presenza infermiere in inserimento», riferite a situazioni in cui i suddetti aspetti erano stati frequentemente svolti.

Conclusioni

Come prima esperienza di ricerca effettuata in reparto possiamo dire che è stata costruttiva, anche se i risultati, visto le critiche, sono scarsamente importanti (resta la percezione di qualcosa che è sfuggito allo studio).

Turno mattina <input type="checkbox"/> pomeriggio <input type="checkbox"/> notte <input type="checkbox"/>	scheda	giorno: lun. mart. mer. gio. ven. sab.
postazioni 3 - 4 <input type="checkbox"/> 7 - 8 <input type="checkbox"/>	d'osservazione	osservatore

Accoglimento paziente	
Assistenza al Paziente Durante Alimentazione	
Assistenza Posizionamento Catetere in Arteria	
Assistenza Posizionamento Catetere in Vena Centrale	
Assistenza Posizionamento contropulsatore	
Assistenza Posizionamento Drenaggi	
Assistenza Posizionamento Redon	
Assistenza Rimozione Catetere da Arteria	
Assistenza Rimozione Catetere da Vena Centrale	
Assistenza Rimozione contropulsatore	
Assistenza Rimozione Drenaggi	
Assistenza Rimozione Redon	
BREAK!	
Broncoaspirazione	
Cambio - Modifica vie infusionali	
Comunicazioni verbali col paziente	
Consegna - Rapporto	
Controllo Ventilatore	
Controllo vie infusionali	
Cure Igieniche Parziali	
Cure Igieniche Totali	
Didattica	
ECG	
Esecuzione EGA	
Esecuzione prelievo per Culturali (tamponi, urina, broncoaspirati ecc.)	
Esecuzione prelievo per EGA	
Esecuzione prelievo per Emocoltura con puntura diretta	
Esecuzione prelievo per Esami laboratoristici	
Estubazione Paziente	
Fisioterapia	
Gestione Amicon	
Gestione contropulsatore	
Gestione Dialisi	
Gestione pulsion	
Medicazione arteria	
Medicazione CVC	
Medicazione Ferita chirurgica	
Medicazione Ulcere da decubito	
Posizionamento Catetere in Vena Periferica	
Posizionamento Catetere vescicale	
Posizionamento Paziente per Alimentazione	
Posizionamento Paziente per Fisioterapia	

MATTINE	7	8	9	10	11	12	13	16	TOTALE	MEDIA
Accoglimento paziente	0	0	21	0	0	16	0	10	47	6
Aiuto ad altro collega	0	0	0	0	5	0	0	0	5	1
Assistenza al Pz. Durante Alimentazione/idratazione	0	4	0	0	5	8	0	0	17	2
Assistenza EEG	0	0	0	0	0	0	0	25	25	3
Assistenza Posizionamento Catetere in Vena Centrale	0	0	0	0	60	0	0	0	60	7
Assistenza Rimozione contropulsatore	0	0	32	0	0	0	0	0	32	4
Atti amministrativi	6	0	0	10	0	0	0	0	16	2
PAUSA	13	15	10	5	7	13	15	15	93	12
Broncoaspirazione	9	7	8	0	8	3	5	20	60	7
Comunicazioni verbali col paziente	13	20	0	0	10	2	10	0	55	7
Consegna - Rapporto	14	9	28	35	10	14	6	15	131	16
Cure Igieniche	78	15	32	40	28	24	36	63	316	39
Didattica	18	2	0	0	10	15	6	0	51	6
Drenaggi Gestione	0	10	4	0	2	0	00	0	16	2
Drenaggi Assistenza Rimozione	0	0	20	0	0	0	0	0	20	2
Drenaggi Posizionamento Pleurevac	0	6	0	0	0	0	0	0	6	1
ECG	5	7	0	7	16	17	0	10	62	8
Emoderivati Preparazione Terapia	5	4	0	0	0	4	0	3	16	2
Emoderivati Somministrazione Terapia	6	5	0	0	0	3	0	4	18	2
Esecuzione EGA	12	4	8	14	10	5	16	14	83	10
Esecuzione prelievo con venipuntura diretta	0	8	6	0	0	0	0	0	14	2
Esecuzione prelievo da arteria incannulata	17	4	4	0	5	15	12	7	64	8
Esecuzione prelievo per Culturali	0	14	6	15	0	0	0	0	35	4
Estubazione Paziente	5	0	0	16	0	0	0	0	21	3
Farmaci Preparazione Terapia	15	14	5	9	11	10	17	8	89	11
Farmaci Somministrazione Terapia	15	15	7	13	9	8	9	5	81	10
Farmaci Variazione posologia	0	0	0	0	0	2	0	0	2	1
Gestione contropulsatore	0	0	1	0	0	45	0	0	46	6
Lavaggio mani	0	0	2	0	0	0	0	0	2	1
Massaggi e fisioterapia	0	2	0	5	0	0	0	5	12	1
Materiale Lavaggio	0	0	3	0	0	0	0	0	3	1
Materiale Preparazione	7	0	0	0	31	6	16	10	70	9
Materiale Riordino	14	6	4	0	4	5	15	15	63	8
Medicazione	0	0	12	30	30	2	18	5	97	12
Posizionamento Paziente	8	5	4	10	4	8	7	3	49	6
Posizionamento Presidi anti - decubito	0	0	2	0	0	0	0	0	2	1
Rifacimento controllo carrelli	11	25	20	20	15	9	11	20	131	16
Rifacimento del Letto con Paziente	16	10	22	15	15	15	12	20	125	16
Rifacimento del Letto Vuoto	0	0	0	15	0	0	0	7	22	3
Rilevazione parametri	33	24	22	33	13	27	25	16	193	24
Rimozione Catetere da Arteria	0	8	0	5	5	0	0	0	18	2
Rimozione Catetere da Vena Centrale	0	4	0	0	0	6	0	0	10	1
Rimozione Catetere da Vena Periferica	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1
Rimozione Redon	0	0	0	1	15	0	0	10	26	3
Rimozione SNG	1	0	0	0	0	0	3	0	4	1
Sorveglianza	3	20	47	0	10	0	10	30	120	15
Sostituzione fissaggio tubo OT e/o SNG	0	0	6	0	0	0	0	10	16	2
Taratura monitor	7	3	2	9	2	6	0	0	29	4
Telefono	3	1	2	0	0	1	0	0	7	1
Trasferimento paziente	0	0	0	15	10	16	0	0	41	5
Ventilatore Rimozione preparazione assistenza	5	0	3	9	0	0	0	5	22	3
Vie infusionali Cambio - Modifica - Controllo	8	48	6	2	20	0	0	18	102	13
Visita medica e comunicazioni con medici	0	30	28	26	0	0	0	10	94	12
Visita parenti (accoglimento)	3	0	0	0	0	0	30	0	33	4
TOTALE OSSERVATO	350	349	377	359	370	306	279	383	2773	349
ORARIO OSSERVATO	375	375	375	375	375	375	300	375	2925	366
PERCENTUALE DI TEMPO OSSERVATO IN	93	93	100	95	98	81	93	102	94	95

POMERIGGIO	3	4	5	6	TOTALI	Media	15
Accoglimento paziente	15	0	30	50	95	24	16
Aiuto ad altro collega	0	10	0	0	10	2	41
Assistenza EEG	0	0	15	0	15	4	0
Atti amministrativi	0	0	1	3	4	1	0
PAUSA	28	18	15	15	76	19	0
Broncoaspirazione	15	12	13	0	40	10	0
Comunicazioni verbali col paziente	14	18	35	13	80	20	0
Consegna - Rapporto	5	10	8	5	28	7	0
Cure Igieniche	48	0	5	0	53	13	0
Didattica	37	5	15	10	67	17	0
Drenaggi Gestione	0	0	15	0	15	4	0
Drenaggi Posizionamento Pleurevac	0	0	0	0	0	0	30
ECG	0	0	5	0	5	1	0
Emoderivati Preparazione Terapia	0	5	10	0	15	4	0
Emoderivati Somministrazione Terapia	0	3	5	0	8	2	0
Esecuzione EGA	16	24	6.5	10	61	15	0
Esecuzione prelievo da arteria incannulata	12	17	6	18	53	13	0
Estubazione Paziente	0	10	16	15	41	10	0
Farmaci Preparazione Terapia	8	19	20	11	58	14	10
Farmaci Somministrazione Terapia	6	11	10	23	50	12	14
Farmaci Variazione posologia	0	0	8	10	18	4	3
Gestione contropulsatore	0	10	0	0	10	2	0
Intubazione OT e/o SNG	0	0	20	20	40	10	0
Lavaggio mani	0	18	0	5	23	6	4
Massaggi e fisioterapia	14	0	0	0	14	3	14
Materiale Preparazione	0	6	0	0	6	1	0
Materiale Riordino	6	0	20	20	46	11	0
Medicazione	0	11	1	0	12	3	0
Posizionamento Paziente	0	20	1	5	26	6	0
Posizionamento Presidi anti - decubito	0	0	5	0	5	1	0
Rifacimento controllo carrelli	0	25	20	10	55	14	0
Rilevazione parametri	32	25	7	26	90	22	46
Rimozione Catetere da Vena Centrale	0	12	0	0	12	3	0
Rimozione Catetere da Atrio Sinistro	0	0	0	5	5	1	00
Sacchetto diuresi	3	4	0	0	7	2	5
Sorveglianza	56	0	0	10	66	16	55
Taratura monitor	0	1	2	5	8	2	0
Telefono	0	5	3	0	8	2	3
Ventilatore Rimozione preparazione assistenza	7	8	4	4	23	6	0
Vie infusionali Cambio - Modifica - Controllo	13	31	5	4	53	13	0
Visita medica e comunicazioni con medici	0	0	15	0	15	4	0
Visita parenti (accoglimento)	20	0	0	0	20	5	5
TOTALE OSSERVATO	355	338	346	297	1336	329	251
ORARIO OSSERVATO	360	360	360	360	1440	360	360
PERCENTUALE DI TEMPO OSSERVATO	98	93	96	82	92	91	69

NOTTE	17	18	2	TOTALE	MEDIA	1	14
Accoglimento paziente	15	20	25	60	20	0	0
Aiuto ad altro collega	23	50	55	128	43	0	0
Assistenza Posizionamento Catetere in Arteria	0	0	15	15	5	0	0
Assistenza Posizionamento Catetere in Vena Centrale	0	0	20	20	7	0	0
Atti amministrativi	30	0	13	43	14	0	8
PAUSA	70	70	26	166	55	105	63
Broncoaspirazione	8	11	18	37	12	12	4
Comunicazioni verbali col paziente	42	33	5	80	27	7	9
Consegna - Rapporto	18	10	18	46	15	13	0
Consegna prelievi laboratorio	20	8	8	36	12	0	0
Cure Igieniche	5	5	0	10	3	10	15
Didattica	0	0	5	5	2	14	0
Drenaggi Gestione	0	0	0.5	5	2	0	5
Emoderivati Preparazione Terapia	0	1	0	1	1	5	2
Emoderivati Somministrazione Terapia	0	2	0	2	1	4	3
Esecuzione EGA	17	35	12	64	21	32	20
Esecuzione prelievo da arteria incannulata	12	22	14	48	16	28	12
Estubazione Paziente	15	7	1.5	28	9	0	0
Farmaci Preparazione Terapia	9	35	26.5	75	25	15	2
Farmaci Somministrazione Terapia	12	10	32	54	18	5	2
Farmaci Variazione posologia	1	2	2	5	2	0	5
Materiale Preparazione	7	0	3	10	3	0	0
Materiale Riordino	15	5	6	26	9	4	15
Medicazione	0	5	10	15	5	0	0
Posizionamento Paziente	10	0	0	10	3	0	32
Posizionamento catetere in vena periferica	0	0	30	30	10	0	0
Posizionamento catetere vescicale	0	0	7	7	2	0	0
Rifacimento controllo carrelli	6	0	0	6	2	0	15
Rifacimento del Letto con Paziente	0	0	0	0	0	11	15
Rilevazione parametri	24	35	85	144	48	60	73
Sacchetto diuresi	11	7	0	18	6	3	0
Sorveglianza	165	185	200	550	183	80	0
Taratura monitor	10	7	0	17	6	2	5
Telefono	14	9	3	26	9	20	2
Ventilatore Rimozione preparazione assistenza	17	16	9.5	47	16	0	10
Vie infusionali Cambio - Modifica - Controllo	0	1	8	9	3	4	10
Visita medica e comunicazioni con medici	3	0	0	3	1	17	5
TOTALE OSSERVATO	579	591	676	1846	616	451	332
ORARIO OSSERVATO	685	685	685	2055	685	685	610
PERCENTUALE DI TEMPO OSSERVATO IN %	84	86	98	89	89	65	54

Giornata media	Mattina	Pomeriggio	Notte	Totale	%
Accoglimento paziente	6	24	20	50	3,86%
Aiuto ad altro collega	1	2	43	46	3,55%
Assistenza al Pz. Durante Alimentazione/idratazione	2	0	0	2	0,15%
Assistenza EEG	3	4	0	7	0,54%
Assistenza Posizionamento Catetere in Arteria	0	0	5	5	0,39%
Assistenza Posizionamento Catetere in Vena Centrale	7	0	7	14	1,08%
Assistenza Rimozione contropulsatore	4	0	0	4	0,31%
Atti amministrativi	2	1	14	17	1,31%
Broncoaspirazione	7	10	12	29	2,24%
Comunicazioni verbali col paziente	7	20	27	54	4,17%
Consegna - Rapporto	16	7	15	38	2,94%
Consegna prelievi laboratorio	0	0	12	12	0,93%
Cure Igieniche	39	13	3	55	4,25%
Didattica	6	17	2	25	1,93%
Drenaggi Gestione	2	4	2	8	0,62%
Drenaggi Assistenza Rimozione	2	0	0	2	0,15%
Drenaggi Posizionamento Pleurevac	1	0	0	1	0,08%
ECG	8	1	0	9	0,7%
Emoderivati Preparazione Terapia	2	4	1	7	0,54%
Emoderivati Somministrazione Terapia	2	2	1	5	0,39%
Esecuzione EGA	10	15	21	46	3,55%
Esecuzione prelievo con venipuntura diretta	2	0	0	2	0,15%
Esecuzione prelievo da arteria incannulata	8	13	16	37	2,86%
Esecuzione prelievo per Culturali	4	0	0	4	0,31%
Estubazione Paziente	3	10	9	22	1,7%
Farmaci Preparazione Terapia	11	14	25	50	3,86%
Farmaci Somministrazione Terapia	10	12	18	40	3,09%
Farmaci Variazione posologia	1	4	2	7	0,54%
Gestione contropulsatore	6	2	0	8	0,62%
Intubazione OT e/o SNG	0	10	0	10	0,77%
Lavaggio mani	1	6	0	7	0,54%
Massaggi e fisioterapia	1	3	0	4	0,31%
Materiale Lavaggio	1	0	0	1	0,08%
Materiale Preparazione	9	1	3	13	1%
Materiale Riordino	8	11	9	28	2,16%
Medicazione	12	3	5	20	1,55%
PAUSA	12	19	55	86	6,65%
Posizionamento catetere in vena periferica	0	0	10	10	0,77%
Posizionamento catetere vescicale	0	0	2	2	0,15%
Posizionamento Paziente	6	6	3	15	1,16%
Posizionamento Presidi anti - decubito	1	1	0	2	0,15%
Rifacimento controllo carrelli	16	14	2	32	2,47%
Rifacimento del Letto con Paziente	16	0	0	16	1,24%
Rifacimento del Letto Vuoto	3	0	0	3	0,23%
Rilevazione parametri	24	22	48	94	7,26%
Rimozione Catetere da Arteria	2	0	0	2	0,15%
Rimozione Catetere da Atrio Sinistro	0	1	0	1	0,08%
Rimozione Catetere da Vena Centrale	1	3	0	4	0,31%
Rimozione Catetere da Vena Periferica	1	0	0	1	0,08%
Rimozione Redon	3	0	0	3	0,23%
Rimozione SNG	1	0	0	1	0,08%
Sacchetto diuresi	0	2	6	8	0,62%
Sorveglianza	15	16	183	214	16,54%
Sostituzione fissaggio tubo OT e/o SNG	2	0	0	2	0,15%
Taratura monitor	4	2	6	12	0,93%
Telefono	1	2	9	12	0,93%
Trasferimento paziente	5	0	0	5	0,39%
Ventilatore Rimozione preparazione assistenza	3	6	16	25	1,93%
Vie infusionali Cambio - Modifica - Controllo	13	13	3	29	2,24%
Visita medica e comunicazioni con medici	12	4	1	17	1,31%
Visita parenti (accoglimento)	4	5	0	9	0,7%
TOTALE OSSERVATO	349	329	616	1294	100%
ORARIO OSSERVATO	366	360	685	1411	
PERCENTUALE DI TEMPO OSSERVATO IN %	95	91	89	91	

giornata tipo	Totale	%
Accoglimento paziente	50	3,86%
Aiuto ad altro collega	46	3,55%
Assistenza al Pz. Durante Alimentazione/idratazione	2	0,15%
Assistenza EEG	7	0,54%
Assistenza Posizionamento Catetere in Arteria	5	0,39%
Assistenza Posizionamento Catetere in Vena Centrale	14	1,08%
Assistenza Rimozione contropulsatore	4	0,31%
Atti amministrativi	17	1,31%
Broncoaspirazione	29	2,24%
Comunicazioni verbali col paziente	54	4,17%
Consegna - Rapporto	38	2,94%
Consegna prelievi laboratorio	12	0,93%
Cure Igieniche	55	4,25%
Didattica	25	1,93%
Drenaggi Gestione	8	0,62%
Drenaggi Assistenza Rimozione	2	0,15%
Drenaggi Posizionamento Pleurevac	1	0,08%
ECG	9	0,7%
Emoderivati Preparazione Terapia	7	0,54%
Emoderivati Somministrazione Terapia	5	0,39%
Esecuzione EGA	46	3,55%
Esecuzione prelievo con venipuntura diretta	2	0,15%
Esecuzione prelievo da arteria incannulata	37	2,86%
Esecuzione prelievo per Culturali	4	0,31%
Estubazione Paziente	22	1,7%
Farmaci Preparazione Terapia	50	3,86%
Farmaci Somministrazione Terapia	40	3,09%
Farmaci Variazione posologia	7	0,54%
Gestione contropulsatore	8	0,62%
Intubazione OT e/o SNG	10	0,77%
Lavaggio mani	7	0,54%
Massaggi e fisioterapia	4	0,31%
Materiale Lavaggio	1	0,08%
Materiale Preparazione	13	1%
Materiale Riordino	28	2,16%
Medicazione	20	1,55%
PAUSA	86	6,65%
Posizionamento catetere in vena periferica	10	0,77%
Posizionamento catetere vescicale	2	0,15%
Posizionamento Paziente	15	1,16%
Posizionamento Presidi anti - decubito	2	0,15%
Rifacimento controllo carrelli	32	2,47%
Rifacimento del Letto con Paziente	16	1,24%
Rifacimento del Letto Vuoto	3	0,23%
Rilevazione parametri	94	7,26%
Rimozione Catetere da Arteria	2	0,15%
Rimozione Catetere da Atrio Sinistro	1	0,08%
Rimozione Catetere da Vena Centrale	4	0,31%
Rimozione Catetere da Vena Periferica	1	0,08%
Rimozione Redon	3	0,23%
Rimozione SNG	1	0,08%
Sacchetto diuresi	8	0,62%
Sorveglianza	214	16,54%
Sostituzione fissaggio tubo OT e/o SNG	2	0,15%
Taratura monitor	12	0,93%
Telefono	12	0,93%
Trasferimento paziente	5	0,39%
Ventilatore Rimozione preparazione assistenza	25	1,93%
Vie Infusionali Cambio - Modifica - Controllo	29	2,24%
Visita medica e comunicazioni con medici	17	1,31%
Visita parenti (accoglimento)	9	0,7%
TOTALE OSSERVATO	1294	100%
ORARIO OSSERVATO	1411	
PERCENTUALE DI TEMPO OSSERVATO IN %	91	

suddivisione per attività di vita e in varie ed atti amministrativi tecnici e vari	Totale	%	%
Assistenza EEG	7		0,54%
Comunicazioni verbali col paziente	54		4,17%
Visita parenti (accoglimento)	9		0,7%
COMUNICAZIONE	70	5,41%	
Cure Igieniche	55		4,25%
Medicazione	20		1,55%
Rifacimento del Letto con Paziente	16		1,24%
IGIENE PERSONALE	91	7,03%	
Massaggi e fisioterapia	4		0,31%
Posizionamento Paziente	15		1,16%
Posizionamento Presidi anti - decubito	2		0,15%
MOBILIZZAZIONE	21	1,62%	
Assistenza al Pz. Durante Alimentazione/Idratazione	2		0,15%
ALIMENTAZIONE E IDRATAZIONE			
Drenaggi Gestione	8		0,62%
Drenaggi Assistenza Rimozione	2		0,15%
Drenaggi Posizionamento Pleurevac	1		0,08%
Posizionamento catetere vescicale	2		0,15%
Rimozione Redon	3		0,23%
Rimozione SNG	1		0,08%
Sacchetto diuresi	8		0,62%
ELIMINAZIONE	25	1,93%	
Assistenza all'intubazione OT e/o SNG	10		0,77%
Assistenza Posizionamento Catetere in Arteria	5		0,39%
Assistenza Posizionamento Catetere in Vena Centrale	14		1,08%
Assistenza Rimozione contropulsatore	4		0,31%
Broncoaspirazione	29		2,24%
ECG	9		0,7%
Emoderivati Preparazione Terapia	7		0,54%
Emoderivati Somministrazione Terapia	5		0,39%
Esecuzione EGA	46		3,55%
Esecuzione prelievo con venipuntura diretta	2		0,15%
Esecuzione prelievo da arteria incannulata	37		2,86%
Esecuzione prelievo per Culturali	4		0,31%
Estubazione Paziente	22		1,7%
Farmaci Preparazione Terapia	50		3,86%
Farmaci Somministrazione Terapia	40		3,09%
Farmaci Variazione posologia	7		0,54%
Gestione contropulsatore	8		0,62%
Posizionamento catetere in vena periferica	10		0,77%
Rimozione Catetere da Arteria	2		0,15%
Rimozione Catetere da Atrio Sinistro	1		0,08%
Rimozione Catetere da Vena Centrale	4		0,31%
Rimozione Catetere da Vena Periferica	1		0,08%
Sostituzione fissaggio tubo OT e/o SNG	2		0,15%
Ventilatore Rimozione preparazione assistenza	25		1,93%
Vie infusionali Cambio - Modifica - Controllo	29		2,24%
Respirazione e controllo della temperatura	373	28,83%	
Materiale Lavaggio	1		0,08%
Materiale Preparazione	13		1%
Materiale Riordino	28		2,16%
Rifacimento controllo carrelli	32		2,47%
Rifacimento del Letto Vuoto	3		0,23%
Taratura monitor	12		0,93%
Telefono	12		0,93%
ATTI TECNICI	101	7,80%	
Aiuto ad altro collega	46		3,55%
Consegna prelievi laboratorio	12		0,93%
Didattica	25		1,93%
Lavaggio mani	7		0,54%
PAUSA	86		6,65%
Visita medica e comunicazioni con medici	17		1,31%
ATTI VARI	193	14,91%	
Accoglimento paziente	50		3,86%
Atti amministrativi	17		1,31%
Consegna - Rapporto	38		2,94%
Rilevazione parametri	94		7,26%
Sorveglianza	214		16,54%
Trasferimento paziente	5		0,39%
ATTI AMMINISTRATIVI	418	32,30%	
TOTALE OSSERVATO	1294	100%	100%
suddivisione ma con scorporo atti eseguibili da altri	Totale	%	%
Assistenza EEG	7		0,54%
Comunicazioni verbali col paziente	54		4,17%
Visita parenti (accoglimento)	9		0,7%
COMUNICAZIONE	70	5,41%	
Medicazione	20		1,55%

Rifacimento del Letto con Paziente		16		1,24%
IGIENE PERSONALE	36		2,78%	
Massaggi e fisioterapia		4		0,31%
Posizionamento Paziente		15		1,16%
Posizionamento Presidi anti - decubito		2		0,15%
MOBILIZZAZIONE	21		1,62%	
Drenaggi Gestione		8		0,62%
Drenaggi Assistenza Rimozione		2		0,15%
Posizionamento catetere vescicale		2		0,15%
Rimozione SNG		1		0,08%
ELIMINAZIONE	13		1%	
Assistenza Posizionamento Catetere in Arteria		5		0,39%
Assistenza Posizionamento Catetere in Vena Centrale		14		1,08%
Assistenza Rimozione contropulsatore		4		0,31%
ECG		9		0,7%
Emoderivati Preparazione Terapia		7		0,54%
Esecuzione EGA		46		3,55%
Esecuzione prelievo con venipuntura diretta		2		0,15%
Esecuzione prelievo per Culturall		4		0,31%
Farmaci Preparazione Terapia		50		3,86%
Farmaci Somministrazione Terapia		40		3,09%
Gestione contropulsatore		8		0,62%
Assistenza all'intubazione OT e/o SNG		10		0,77%
Posizionamento catetere in vena periferica		10		0,77%
Rimozione Catetere da Vena Periferica		1		0,08%
Sostituzione fissaggio tubo OT e/o SNG		2		0,15%
Ventilatore Rimozione preparazione assistenza		25		1,93%
Vie infusionali Cambio - Modifica - Controllo		29		2,24%
RESPIRAZIONE E CONTROLLO DELLA TEMPERATURA	266		20,56%	
Aiuto ad altro collega		46		3,55%
Didattica		25		1,93%
Lavaggio mani		7		0,54%
PAUSA		86		6,65%
Taratura monitor		12		0,93%
Telefono		12		0,93%
Visita medica e comunicazioni con medici		17		1,31%
ATTI VARI	205		15,84%	
Accoglimento paziente		50		3,86%
Atti amministrativi		17		1,31%
Consegna - Rapporto		38		2,94%
Rilevazione parametri		94		7,26%
Sorveglianza		214		16,54%
Trasferimento paziente		5		0,39%
ATTI AMMINISTRATIVI	418		32,30%	
PREVISTO DAL MANSIONARIO (ALCUNE COSE PER IP SPECIALIZZATO)	1029		79,52%	
Assistenza al Pz. Durante Alimentazione/idratazione		2		0,15%
Consegna prelievi laboratorio		12		0,93%
Cure Igieniche		55		4,25%
Materiale Lavaggio		1		0,08%
Materiale Preparazione		13		1%
Materiale Riordino		28		2,16%
Rifacimento controllo carrelli		32		2,47%
Rifacimento del Letto Vuoto		3		0,23%
Sacchetto diuresi		8		0,62%
Eseguibili da un OTA	154		11,9%	
Broncoaspirazione		29		2,24%
Drenaggi Posizionamento Pleurevac		1		0,08%
Emoderivati Somministrazione Terapia		5		0,39%
Esecuzione prelievo da arteria incannulata		37		2,86%
Estubazione Paziente		22		1,7%
Farmaci Variazione posologia		7		0,54%
Rimozione Catetere da Arteria		2		0,15%
Rimozione Catetere da Atrio Sinistro		1		0,08%
Rimozione Catetere da Vena Centrale		4		0,31%
Rimozione Redon		3		0,23%
Atti non di pertinenza infermieristica secondo le attuali norme	111		8,58%	
TOTALE OSSERVATO		1294	100%	100%
Solo di pertinenza infermieristica		Totale		
Assistenza EEG		7		0,68%
Comunicazioni verbali col paziente		54		5,25%
Visita parenti (accoglimento)		9		0,87%
COMUNICAZIONE	70		6,8%	
Medicazione		20		1,94%
Rifacimento del Letto con Paziente		16		1,55%
IGIENE PERSONALE	36		3,5%	
Massaggi e fisioterapia		4		0,39%
Posizionamento Paziente		15		1,46%
Posizionamento Presidi anti - decubito		2		0,19%

MOBILIZZAZIONE	21	2,04%	
Drenaggi Gestione	8	0,78%	
Drenaggi Assistenza Rimozione	2	0,19%	
Posizionamento catetere vescicale	2	0,19%	
Rimozione SNG	1	0,1%	
ELIMINAZIONE	13	1,26%	
Assistenza Posizionamento Catetere in Arteria	5	0,49%	
Assistenza Posizionamento Catetere in Vena Centrale	14	1,36%	
Assistenza Rimozione contropulsatore	4	0,39%	
ECG	9	0,87%	
Emoderivati Preparazione Terapia	7	0,68%	
Esecuzione EGA	46	4,47%	
Esecuzione prelievo con venipuntura diretta	2	0,19%	
Esecuzione prelievo per Culturali	4	0,39%	
Farmaci Preparazione Terapia	50	4,86%	
Farmaci Somministrazione Terapia	40	3,89%	
Gestione contropulsatore	8	0,78%	
Assistenza all'intubazione OT e/o SNG	10	0,97%	
Posizionamento catetere in vena periferica	10	0,97%	
Rimozione Catetere da Vena Periferica	1	0,1%	
Sostituzione fissaggio tubo OT e/o SNG	2	0,19%	
Ventilatore Rimozione preparazione assistenza	25	2,43%	
Vie infusionali Cambio - Modifica - Controllo	29	2,82%	
RESPIRAZIONE E CONTROLLO DELLA TEMPERATURA	266	25,85%	
Aiuto ad altro collega	46	3,55%	
Didattica	25	1,93%	
Lavaggio mani	7	0,54%	
PAUSA	86	6,65%	
Taratura monitor	12	0,93%	
Telefono	12	0,93%	
Visita medica e comunicazioni con medici	17	1,31%	
ATTI VARI	205	19,92%	
Accoglimento paziente	50	3,86%	
Atti amministrativi	17	1,31%	
Consegna - Rapporto	38	2,94%	
Rilevazione parametri	94	7,26%	
Sorveglianza	214	16,54%	
Trasferimento paziente	5	0,39%	
ATTI AMMINISTRATIVI	418	40,62%	
TOTALE	1029	100%	100%

Bibliografia

- AGNELLI CANOSSA e altri, *La teoria infermieristica delle attività di vita*, Edizioni Nettuno, Verona 1994.
- AGNELLI CANOSSA e altri, *Quaderno del nursing di base, 3^a Ed. Edizioni Nettuno, Verona 1994.*
- BAILEY, *Metodi della ricerca sociale*, Ed. Il Mulino, Bologna 1991.
- CAERAN ed altri, *Carico di lavoro dell'Infermiere di Cura Intensiva Cardiochirurgica*, Scenario 4/88.
- CARRUBA, *La legislazione infermieristica nazionale e comunitaria Europea nel contesto della legislazione Italiana*, Ed. Rassegna culturale J.M. Roma, 1989.
- CESPI, *Guida all'esercizio professionale*, Ed. Medico Scientifiche Agg. 1993, Torino.
- EMMA CARLI, *Il passo dell'OTA* (fotocopia senza riferimento alla fonte).
- NARDON ed altri, *Dal soccorso al ricovero in TI analisi del carico di lavoro e della gravità*, Scenario 2/93.
- POLETTI VIAN, *Metodologia della ricerca e statistica*, Ed. Summa, Padova 1990.
- RIGON, *Iter legislativo nella determinazione del fabbisogno di personale infermieristico*, Congresso ANIARTI Toscana 1990.
- RISALITI, *Standards infermieristici in terapia intensiva un lavoro sperimentale nella USL 10/D*, Congresso ANIARTI Toscana 1990.
- ROSSI, *Rivelazione carichi di lavoro nella USL 23 di Arezzo: Ipotesi di riorganizzazione del lavoro infermieristico*, Congresso ANIARTI Toscana, 1990.
- SILVESTRI ed altri, *Gravità, carico di lavoro e professionalità nell'emergenza: dati preliminari*, Congresso ANIARTI Veneto 1991.
- TRUDDU ed altri, *Scheda di rilevamento delle ore di assistenza infermieristica in un reparto di terapia intensiva*, Scenario 3/87.

PRESENTAZIONE DI UN SISTEMA PER RIDURRE IL RISCHIO TRASFUSIONALE DA ERRORE UMANO

L. FONTANA

I.P. Serv. Anestesia/Rianimazione II Unità Operativa Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari - (TN).

Per meglio comprendere le motivazioni che ci hanno portato ad attuare la sperimentazione che verrà esposta è necessario fare una

Premessa

Il Centro di Ortopedia e Traumatologia dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento, nel cui blocco operatorio svolgo il mio lavoro di infermiera professionale di anestesia, è situato in un edificio a sé stante (ex ospedale INAIL), distante circa 2 Km dalla sede centrale (Ospedale Santa Chiara), nel quale ha sede il Centro Trasfusionale.

Per questo motivo le sacche di concentrato eritrocitario e/o di emocomponenti che si prevede di utilizzare per i pazienti in lista operatoria, vengono prenotate il giorno precedente dal reparto di degenza ed a noi recapitate (S.O.), tramite ambulanza, il giorno della seduta, previa telefonata al Centro Trasfusionale.

Problema

- Il prelievo simultaneo di più di un campione per gruppo e/o Type & Screen per inviarlo al Servizio Trasfusionale;
- l'arrivo contemporaneo di più sacche di emocomponenti, destinate a pazienti diversi;
- la conservazione delle stesse in una frigo-emoteca, presente all'interno del blocco operatorio, comporta un aumento del

Tavola 1

RISCHIO TRASFUSIONALE da:

- *scambio di prova crociata e di emogruppo;*
- *errore di riconoscimento di paziente* (es: paz. anonimo o omonimia, paz. con ricovero emergente ecc.);
- *scambio di sacca.*

OBIETTIVO GENERALE:

individuare: *il percorso ideale ed i presidi idonei per mezzo dei quali l'errore umano possa essere ridotto o evitato.*

OBIETTIVO SPECIFICO:

impedire: *lo scambio della prova crociata o dell'emogruppo;
l'errore di identificazione del paziente (es paz. anonimo);
lo scambio di sacca al momento della trasfusione.*

I FASE: definizione del percorso

Alla luce di recenti esperienze U.S.A. in merito a metodiche di tipo meccanico, atte ad impedire l'errore trasfusionale (bloodloc) e della recente legislazione Italiana D.M. 27 dicembre 1990, art. 29 (allegato 1), Linee guida del Ministero della Sanità sul buon uso del sangue e del punto 13 della circolare del Ministero della Sanità, Commissione Nazionale per il Servizio Trasfusionale (allegato 2); che obbliga i servizi trasfusionali ad adottare ogni misura ritenuta idonea a ridurre il rischio trasfusionale; consci dell'aumento del rischio, legato alla situazione logistica, è stata accolta di buon grado la richiesta di collaborazione a noi rivolta dai componenti del gruppo di progetto (allegato 3), motivata dall'elevato numero di autotrasfusioni (1) effettuate nella nostra Unità Operativa.

Sono stati così promossi incontri *interdisciplinari* con la ditta di tecnologie informatiche, il medico della Direzione Sanitaria referente per progetti VRQ, il responsabile del Centro Trasfusionale, i capo sala e gli infermieri professionali del reparto di degenza di Ortopedia I Unità Operativa e di Anestesia/Rianimazione II Unità Operativa.

Fini espliciti degli *incontri interdisciplinari* erano:

- a) *identificare* i momenti di maggior rischio nell'iter trasfusionale (Tav. 2):
- prelievo per più pazienti contemporaneamente delle prove di compatibilità (rischio di sostituzione della provetta e di erroneo riconoscimento del paziente);
 - arrivo contemporaneo in sala operatoria, di sacche appartenenti a pazienti diversi, che vengono poi conservate insieme nella frigoemoteca di sala operatoria (rischio di sostituzione di sacca);
 - l'utilizzo successivo degli emocomponenti senza ulteriore supervisione del personale del centro trasfusionale ma solo del medico anestesista e dell'I.P. di anestesia (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10) (rischio di erroneo riconoscimento del paziente).

- b) soddisfare le specifiche necessità nei singoli ambiti operativi:
- del *centro trasfusionale*: semplicità di bloccaggio delle sacche;

- del reparto di degenza: facilità d'uso del sistema di generazione delle chiavi;
trasportabilità e maneggevolezza del sistema hardware;
- della sala operatoria: velocità di utilizzo del sistema di apertura;
volumi ridotti dello stesso, trasportabilità.

c) *Verificare* il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Tutti gli inconvenienti verificatisi nel corso della sperimentazione venivano comunicati dai vari responsabili delle équipes alla ditta di tecnologie informatiche.

d) *Rivedere* e perfezionare le apparecchiature in fase di sperimentazione alla luce dei nuovi problemi intercorsi, es.:

— la sostituzione dei sistemi di bloccaggio. I contenitori inizialmente utilizzati spesso rendevano difficoltosa e talvolta impossibile l'operazione di apertura, con conseguente mancato utilizzo delle sacche di emocomponenti;

— l'allungamento di alcuni cavi per permettere l'utilizzo del sistema di sbloccaggio, con il lettore della chiave, lasciando l'apparecchiatura appoggiata su un carrello;

— la sostituzione della chiave e del sistema ancoraggio (Tav. 3). La chiave inizialmente era assicurata al polso con un cinturino non riapribile, del tipo di quelli per l'identificazione del neonato, e comportava notevoli problemi di accesso per l'utilizzo durante l'intervento in quanto spesso veniva coperta dal campo sterile o era di impedimento nel reperire l'accesso venoso al paziente.

II FASE: sperimentazione attiva

a) *Unità di degenza:*

per ogni paziente ricoverato, per il quale si ritenga necessario il ricorso alle emotrasfusioni, viene generata una chiave elettronica (chip), per mezzo di una apparecchiatura collegata ad un computer, nella quale vengono inseriti i dati anagrafici ed il numero nosologico dello stesso paziente (Tav. 4).

La «chiave», simile ad una pila di orologio, è munita di un ocello da assicurare al collo e viene generata con i dati del paziente al momento della prima richiesta di determinazione del gruppo o della prima autodonazione.

Al momento di inviare la richiesta di emogruppo, la chiave, che non viene rimossa dal paziente, viene inserita nell'apposita loggia di un sensore che, collegato ad un computer e ad una stampante, compilerà la/le richieste di tipizzazione e delle sacche ed anche l'etichetta già applicata sulle provette del gruppo e del Type & Screen.

Solo a riempimento della provetta, rilevato da un sensore, la stampante permetterà l'estrazione della stessa dalla loggia che la contiene.

In questo modo si è riusciti ad eliminare i rischi di sostituzione di provet-

ta del gruppo o delle compatibilità Type & Screen (Tav. 5).

La ristampa, in tempi successivi, di nuove richieste di emocomponenti, si ottiene automaticamente dal sistema (n quantità) quando questo è collegato alla chiave del paziente.

b) Centro trasfusionale:

— in caso di *autotrasfusione*, le donazioni vengono subito separate in C.E.A. e P.F.A. e bloccate immediatamente con il dispositivo a chiusura elettronica nella cui memoria vengono inseriti i dati, provenienti dalla richiesta generata con la chiave;

— in caso di emocomponenti *omologhi*, individuata/e le sacche idonee al paziente, le stesse vengono chiuse in un contenitore singolo o multiplo a chiusura elettronica.

Non vengono mai bloccati in contenitori multipli sacche di diversa origine *autologa/omologa*.

c) Sala operatoria:

— per utilizzare la/le unità di sangue al momento della trasfusione, è necessario collegare la chiave, portata al collo dal paziente con il dispositivo di sblocco, che stampa un «report».

È contemplata inoltre la eventuale non utilizzazione delle unità di emocomponenti bloccate o la mancata apertura delle stesse per errori di procedura (vedi diagrammi di flusso Tav. 6a/6b - 7a/7b/7c) .

Per tale motivo è stata predisposta una chiave universale (di emergenza) che apre qualsiasi unità bloccata; da quel momento però la procedura diventa di tipo tradizionale.

Contestualmente si ha la storicizzazione di tutte le indicazioni relative alle manovre effettuate.

Per quanto riguarda la richiesta con chiave per pazienti anonimi, è stato disposto un kit con chiave a codice numerico che viene trasferito con lo stesso procedimento sulle richieste sulle provette e nel contenitore delle sacche di emocomponente.

Si è quindi chiuso il cerchio, riducendo al minimo il rischio di errore umano (l'assegnazione della sacca in emoteca), con la collaborazione di tre diverse équipes.

Impatto con il paziente

Il paziente ha accolto di buon grado questo tipo di metodica, probabilmente allertato dalle campagne stampa sui rischi trasfusionali, ma allo stato attuale non sono ancora stati distribuiti questionari per determinarne il gradimento.

Talvolta egli ha frainteso il fine della sperimentazione, in quanto interpre-

tava la «riduzione del rischio», in termini di controllo del rischio infettivo e non di controllo su una errata assegnazione della trasfusione.

In questa fase di sperimentazione, qualche paziente non sembrava sufficientemente informato, nonostante il foglio informativo a lui consegnato al momento della generazione della chiave (Tav. 8), in quanto non indossava la chiave al momento del suo arrivo in sala operatoria.

Tutto ciò accadeva soprattutto in quei pazienti per cui la chiave veniva generata in regime di Day Hospital in corso dei prelievi di autotrasfusione e per i quali l'indossare la chiave per tutto il tempo precedente al ricovero diventava scomodo.

Tale evenienza comportava il rischio teorico di scambio di chiave fra pazienti degenti nella stessa stanza, con conseguente annullamento di tutti i provvedimenti messi in atto per ridurre/eliminare il rischio da errore trasfusionale.

Preso atto del nuovo problema, ai fini di evitare l'inefficacia di tutta la procedura, le capo sala del servizio di anestesia e dell'unità di degenza si sono accordate nel far indossare la chiave al momento dell'accettazione in reparto del paziente.

Stato attuale dell'applicazione del sistema nell'Ospedale di Trento

Concluso il semestre di sperimentazione, attualmente i dati ricavati sono alla verifica dei responsabili dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari e del referente responsabile per i progetti di VRQ.

Sicuramente il passaggio di gestione del Centro Ospedaliero dall'USL all'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari ha rallentato questo *iter*.

Obiettivo dichiarato futuro è (Tav. 9):

a) a medio termine:

— l'estensione di questa metodica alle trasfusioni di emocomponenti di tutte le U.O.;

— l'ulteriore informatizzazione del servizio trasfusionale con l'utilizzo di apparecchiature computerizzate per la determinazione del gruppo sanguigno e delle tipizzazioni per la compatibilità e loro collegamento in rete dati con il sistema di generazione delle chiavi, presente in reparto.

b) a lungo termine:

— l'informatizzazione di tutte le prestazioni effettuate ad un paziente, tramite l'assegnazione di un codice personale (su chiave), per l'effettuazione, la refertazione e l'archiviazione centralizzata di ogni tipo di indagine, di laboratorio e/o strumentale.

Considerazioni conclusive

Attualmente sono state generate circa 250 chiavi e tale tipo di metodica ci ha permesso di:

Raccogliere informazioni ai fini di un progetto V.R.Q. sulla sicurezza trasfusionale in merito al comportamento degli operatori, tramite i report memorizzati nei dispositivi di bloccaggio, in quanto:

a) *impedisce* la trasfusione in caso di incongruenza fra il codice della sacca e quello della chiave, eventualità ancora più pericolosa se si tratta di *autotrasfusione*;

b) *registra* eventuali tentativi di apertura dei contenitori con sacche appartenenti ad altro paziente;

c) memorizza la successione cronologica delle reinfusioni delle autotrasfusioni (Tav. 10a/10b);

d) evidenzia la quantità ed il tipo delle emocomponenti omologhe utilizzate e la loro successione cronologica.

L'utilizzo stesso di queste apparecchiature comporta un incremento della soglia di attenzione e già per sé la riduzione del rischio trasfusionale.

Inoltre questo sistema *non* ha alcun *impatto ambientale* in quanto tutte le sue componenti sono riutilizzabili (compresa la chiave).

Il costo si limita all'acquisto iniziale del sistema.

Questo sistema aggiunge una ulteriore tutela oltre che dell'utente anche dell'operatore sanitario sia medico che infermieristico dai rischi legali, dato da non sottovalutare soprattutto in un rapporto assistenziale di tipo contrattualistico, a scapito però di un ulteriore aumento dei carichi di lavoro.

Sicuramente però determina il miglioramento della qualità di assistenza ed un maggior dialogo a fine educativo con il paziente, con conseguente incremento del rapporto di fiducia.

ALLEGATO 1

DECRETO 27 dicembre 1990

Art. 29

Il servizio trasfusionale deve adottare per ogni unità di sangue e/o emocomponenti distribuita, un sistema di sicuro riconoscimento del ricevente cui essa è stata assegnata e indicare se siano state eseguite prove di compatibilità.

Ogni unità di sangue e/o di emocomponenti, all'atto della distribuzione, deve essere accompagnata da un modulo di trasfusione, portante i dati del ricevente.

Questo modulo deve essere restituito al servizio trasfusionale con le notizie riguardanti ogni manifestazione anomala associata alla terapia trasfusionale.

ALLEGATO 2

Circolare del Ministero della Sanità, luglio 1992

COMMISSIONE NAZIONALE DEL BUON USO DEL SANGUE

punto 13

È auspicabile che la pratica trasfusionale sia supportata da strumenti informatici:

attraverso dispositivi hardware e programmi software si possono infatti conseguire gli obiettivi di seguito riportati, che possono essere raggiunti in passi successivi e che vengono indicati in ordine di priorità:

- 1) programmi per il controllo di processo nel Servizio Trasfusionale (...);
- 2) attivazioni di procedure di sicurezza sia al momento del prelievo dei campioni di sangue del paziente, sia prima della trasfusione. È possibile utilizzare a questo scopo i codici a barre (...);
- 3) compilazione di una «cartella trasfusionale» informatica in reparto, con controlli automatici di consistenza e coerenza dei dati inseriti (...);
- 4) comunicazione automatica dei dati al Servizio Trasfusionale, attraverso servizi di rete locale (LAN) o linea telefonica (modem). La comunicazione automatica dei dati consente di ottenere le informazioni in tempo reale, limitare l'impiego di personale per l'invio di richieste al S.T., migliorare la sicurezza dei dati trattati, evitare doppi caricamenti (...).

ALLEGATO 3

Componenti del gruppo di progetto (in ordine alfabetico):

Il gruppo di lavoro iniziale era costituito da:

- MAURIZIO BELLUTTI (aiuto medico Servizio di Anestesia C.T.O.);
- RUGGERO BISSON (primario Unità Operativa di Ortopedia I C.T.O.);
- ROBERTO CALLIARI (referente ditta Tecnologie Informatiche);
- FRANCA DALLAPÈ (capo sala Servizio Anestesia C.T.O.);
- GIULIANA GABBI (capo sala Unità Operativa di Ortopedia I° C.T.O.);
- GIULIANO MARIOTTI (assistente medico Direzione Sanitaria);
- MICHELE RUBERTELLI (primario Centro trasfusionale e Banca del sangue USL C5);
- GAETANO SCILLIERI (primario Servizio di Anestesia C.T.O.).

Attualmente fanno inoltre parte del gruppo di lavoro:

- MARTA ANTOLINI (assistente medico Centro trasfusionale USL C5);
- FRANCO MARAFIOTI (aiuto medico Banca del sangue USL C5);
- CRISTINA MAZZON (aiuto medico Centro trasfusionale USL C5).

Hanno collaborato attivamente all'attuazione della sperimentazione:

- gli Infermieri Professionali della I Unità Operativa di Ortopedia e Traumatologia;
- i Tecnici del Centro Trasfusionale ed Emoteca;
- gli Infermieri Professionali del Servizio di Anestesia e Rianimazione II Unità Op.

Fonti bibliografiche

1. MELE A., FERRIGNO L., STAZI M.A. et al., *SEIEVA. Sistema Epidemiologico integrato dell'Epattite Virale Acuta*. ISTISAN 90/24. Roma, Istituto Superiore della Sanità, 1990.
2. BAUMGARTEN R.K., *Elimination of the crossmatch*. *Transfusion*, 27: 445, 1987.
3. BEAL R.W., *Quality control and transfusion reaction*. *Anasth Intensive care*, 8: 1727, 1980.
4. OSBORN D.A., *Errors in blood transfusion*. *Br Med J*. 4:550-551, 1967.
5. HONIG C.L., BOVE J.R., *Transfusion-associated fatalities: review of Bureau of Biologic Reports 1976-1978*. *Transfusion*, 20:653-61, 1980.
6. BINDER L.S. et al., *A six year study of incompatible blood transfusion*. *Surg Gynecol. Obstet*, 108:19-34, 1959.
7. SAZAMA K., *Reports of 355 transfusion-associated deaths: 1976 through 1985*. *Transfusion*, 30: 583-90 1990.
8. SHERWOOD W.C., *To err is human... (editoriali)*. *Transfusion*, 30: 579-80, 1990.

9. WENZ B., BURNS E.R., *Improvement in transfusion safety using a new blood unit and patient identification system as part of safe transfusion practice. Transfusion*, 31: 401-3, 1991.
10. BAELE P.L., DE BRUYERE M., DENEYS V. et al., *Bedside Transfusion Errors. A Prospective Survey by the Belgium Sanguis Group. Vox Sang*, 66:117-21, 1994.

TAVOLA 2: Procedura tradizionale

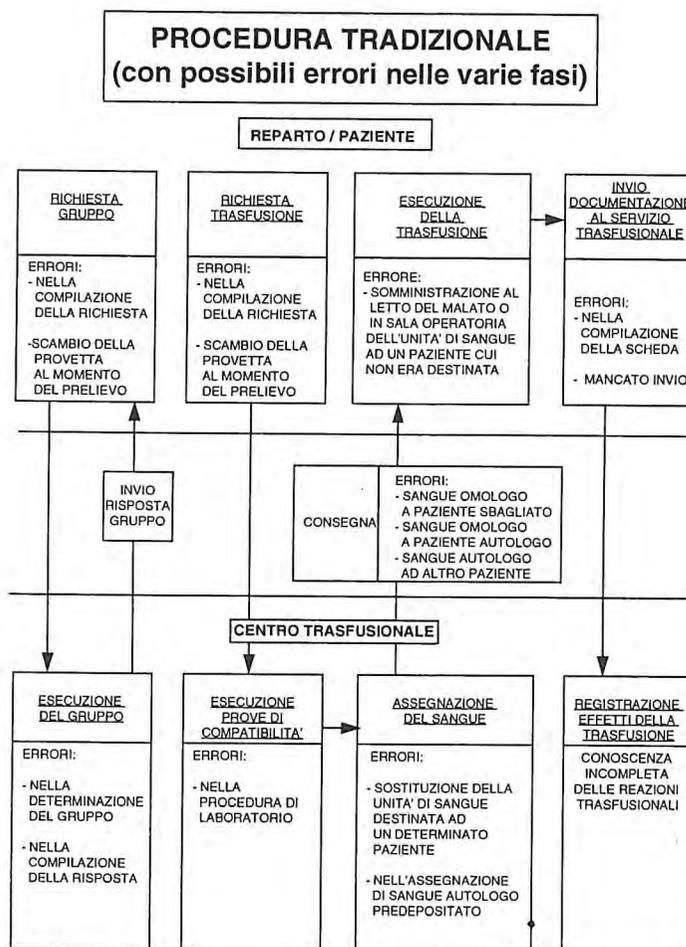


TAVOLA 3: *Tipi di chiavi*

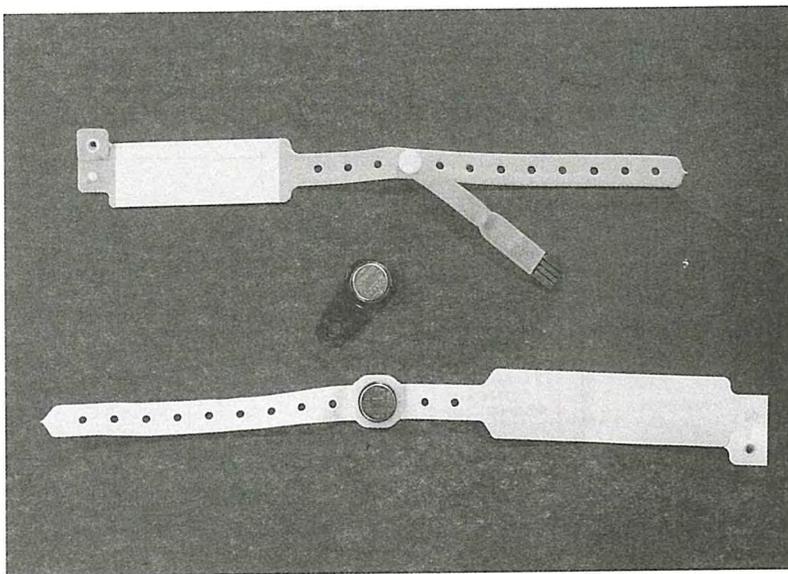


TAVOLA 4: *Sistema hardware*



TAVOLA 5: Procedura con il CARU™ Blood-Check Safety System

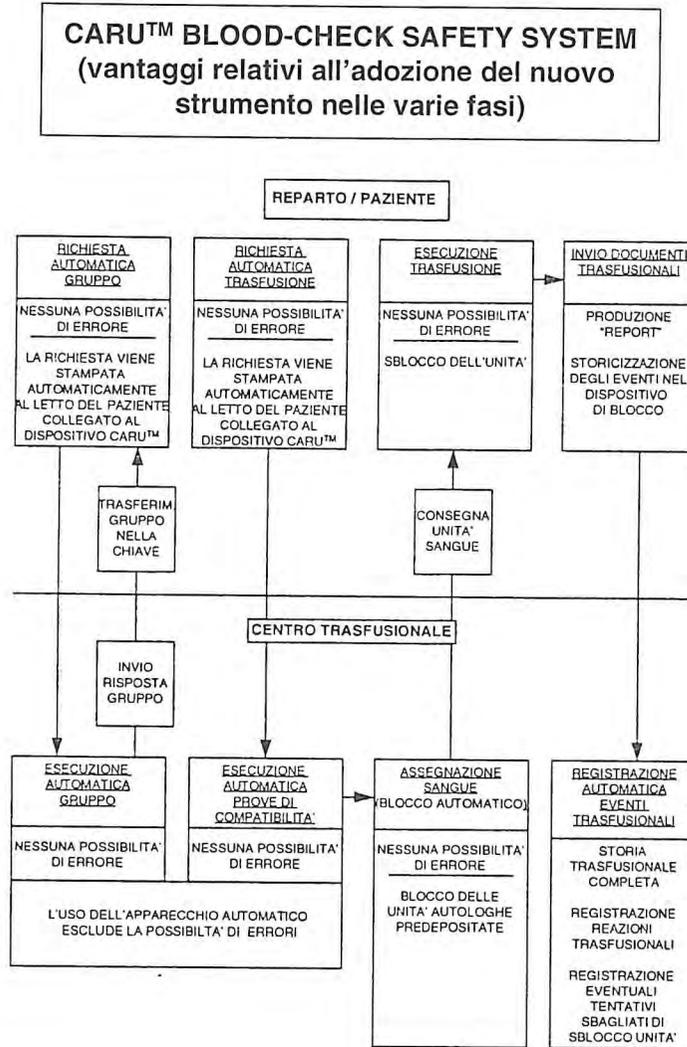
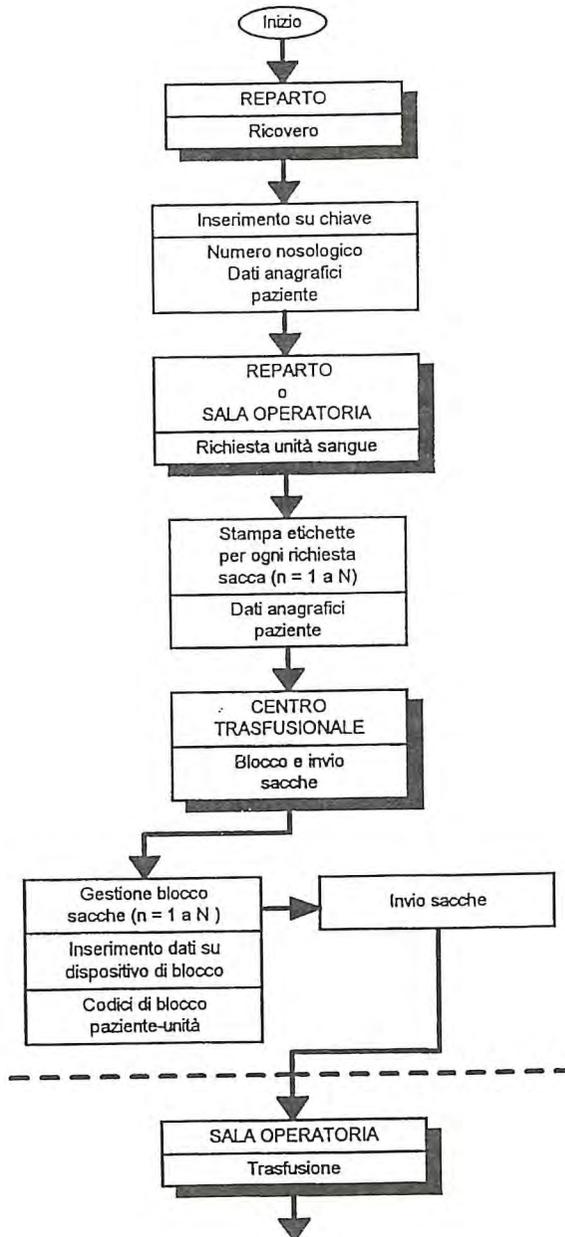


TAVOLA 6a: Flusso operativo attuale con progetto CARU - Trasfusione sangue omologo



Segue

Continua da pagina precedente

TAVOLA 6b

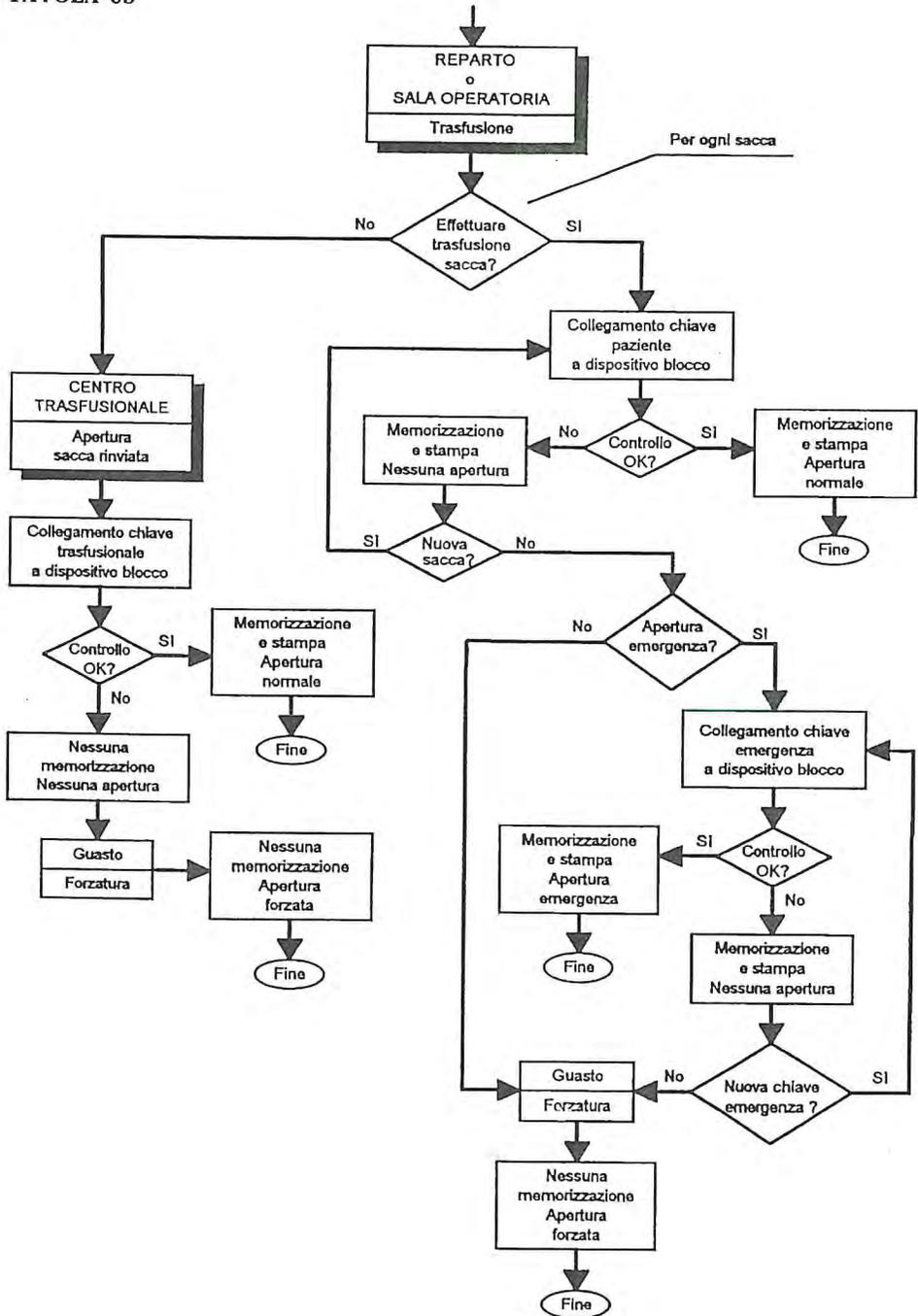
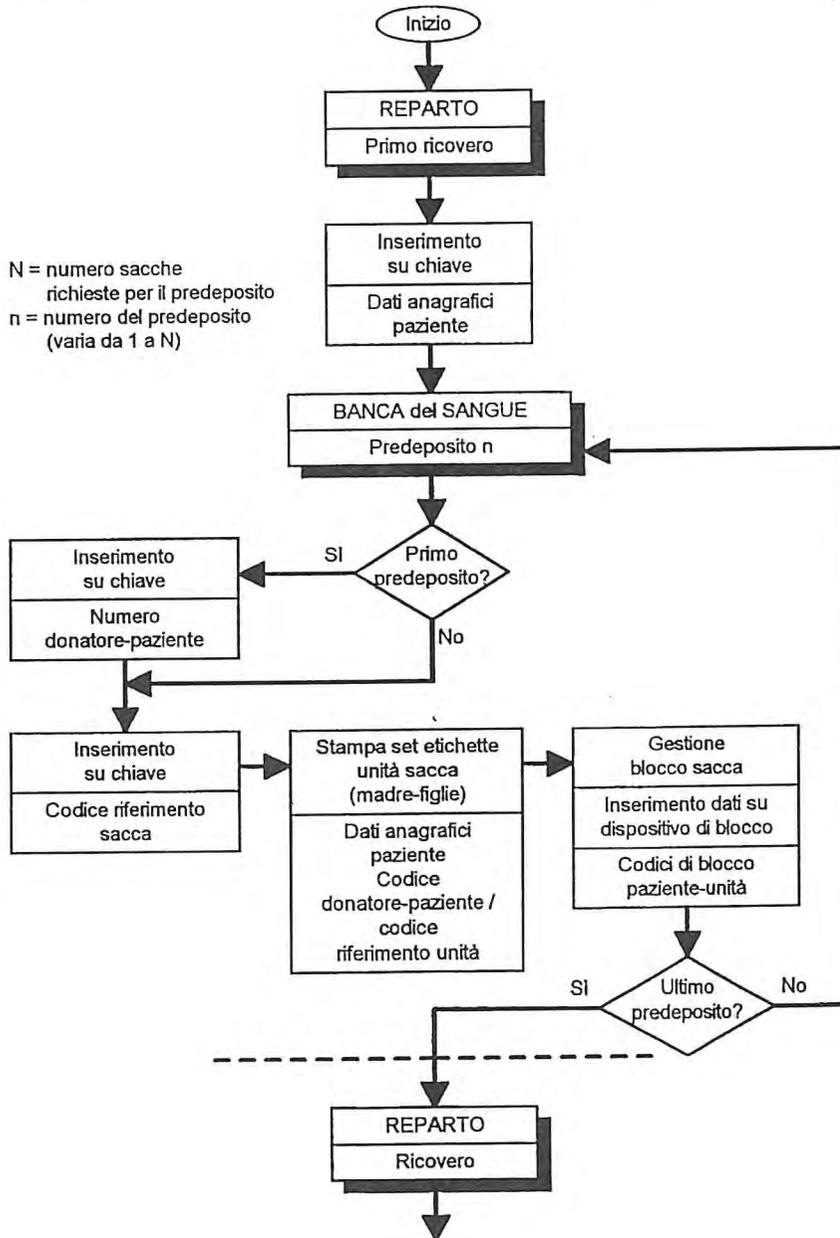


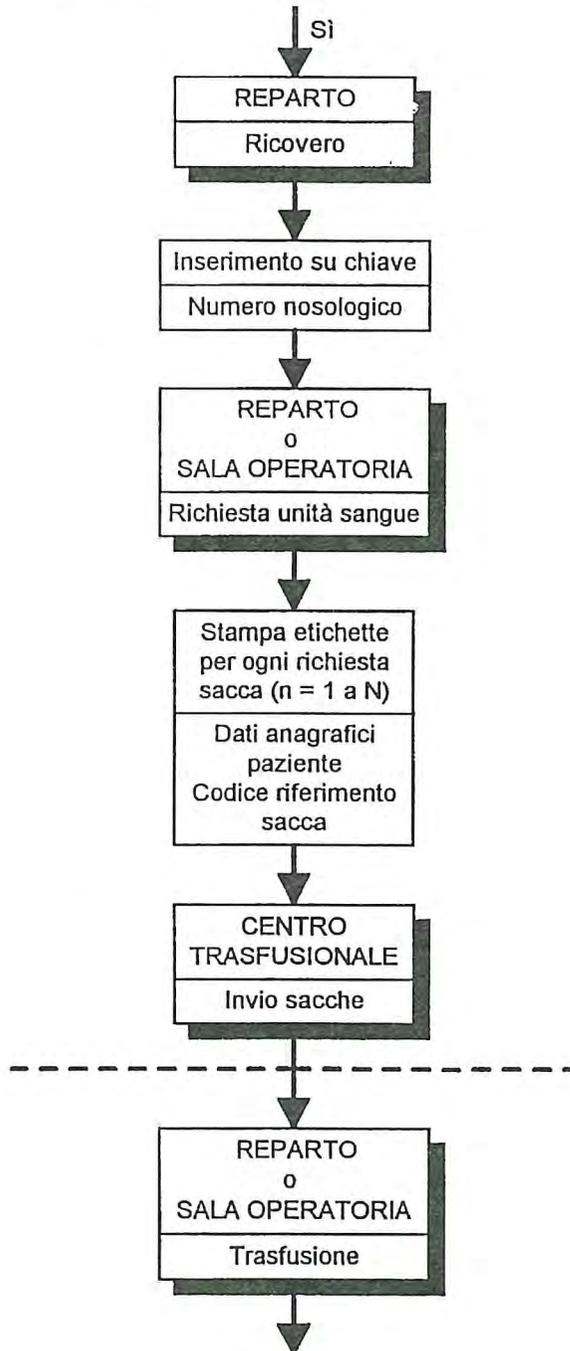
TAVOLA 7a: Flusso operativo attuale con Progetto CARU - Autotrasfusione



Segue

Continua da pagina precedente

TAVOLA 7b



Segue

Continua da pagina precedente

TAVOLA 7c

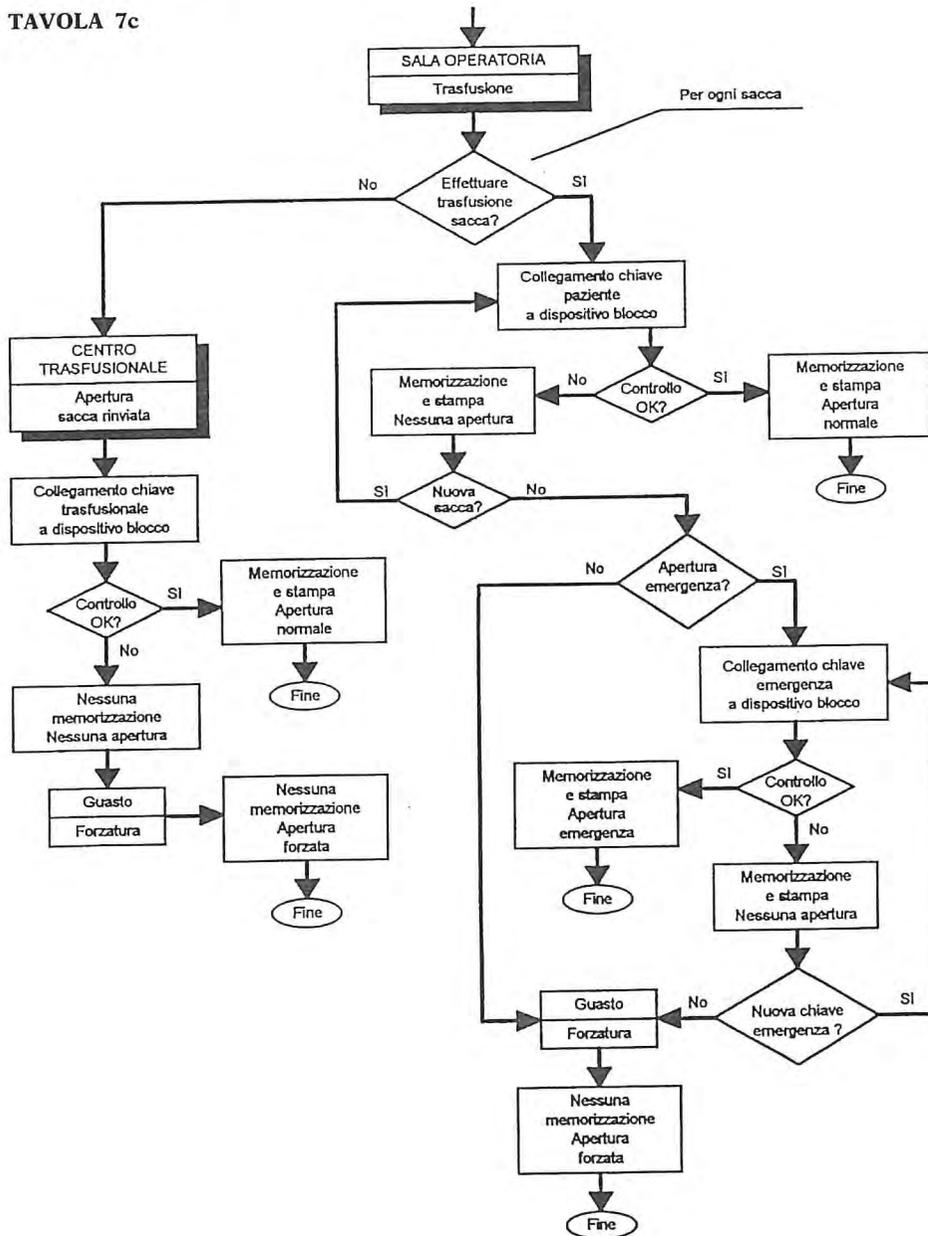


TAVOLA 8: *Foglio informativo al paziente*

**BANCA DEL SANGUE
E CENTRO TRASFUSIONALE
TRENTO**

**CENTRO TRAUMATOLOGICO
ORTOPEDICO
VILLA IGEA**

Gentile Signora/Egregio Signore

Allo scopo di effettuare una trasfusione di sangue con la massima sicurezza, Le viene applicata al polso tramite un braccialetto di plastica una piccola chiave elettronica.

La chiave ha una «memoria elettronica», e su di essa sono memorizzati i Suoi dati personali. Ciò consentirà di riconoscere con precisione il tipo di sangue che Le verrà somministrato.

La chiave elettronica serve ad eliminare ogni possibile causa di errore o di scambio di persona, rendendo quindi la trasfusione di sangue una pratica terapeutica più sicura.

Il braccialetto di plastica le verrà tolto al momento della dimissione.

Se avrà bisogno di chiarimenti od informazioni La preghiamo di rivolgersi senza esitare al personale medico ed infermieristico del reparto.

TAVOLA 9: Estensione del sistema CARU™ e integrazione.
 Percorso nel caso di richiesta gruppo e compatibilità.

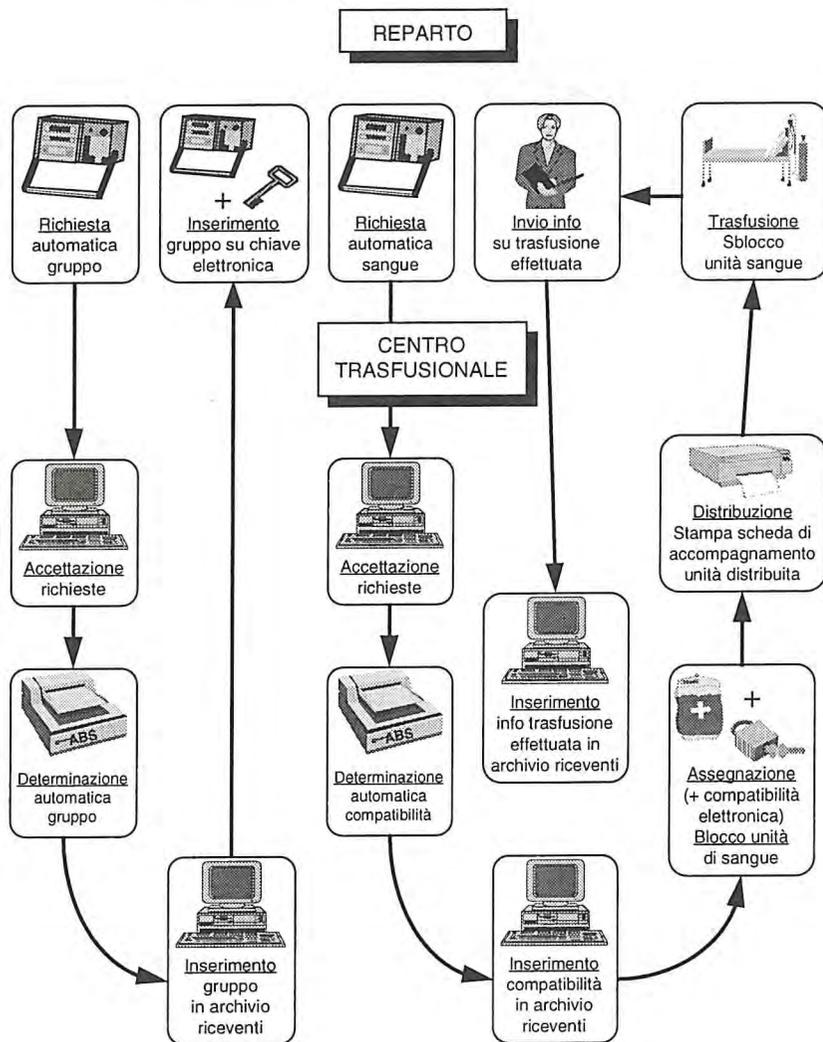
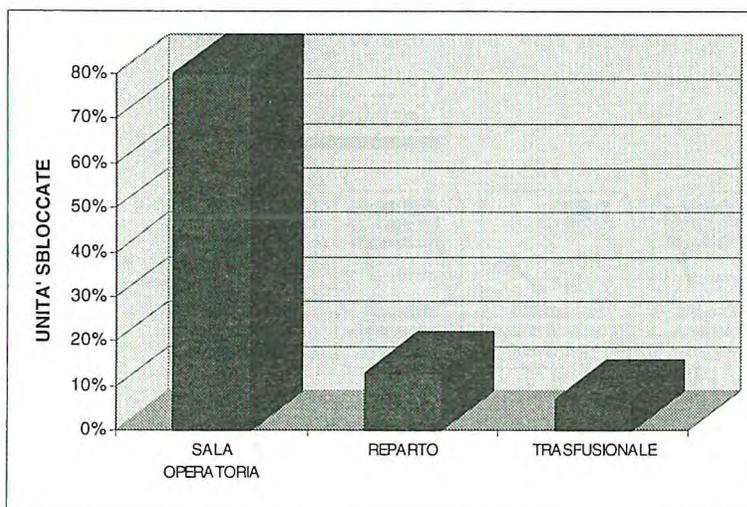


TAVOLA 10a/b: Diagramma dati storicizzati

LUOGHI APERTURA UNITA



PERCORSO E TEMPI APERTURA/CHIUSURA DISPOSITIVO PER UN SINGOLO DONATORE AUTOLOGO										
CODICE DONATORE=16473										
DATA E ORA DI CHIUSURA					DATA E ORA DI APERTURA					
P										
R				9539PFA				9539PFA		
O				16:58h				16:33h		
D				9539CEA				9539CEA		
O				16:53h				9:20h		
T				9588CEA				9588PFA		
T				17:02h				16:30h		
O				9588PFA				9588CEA		
				17:01h				10:43h		
				9586PFA				9586PFA		
				15:46h				10:39h		
				9586CEA				9586CEA		
				15:44h				10:36h		
		20-gen	25-gen	30-gen				02-feb	03-feb	16-feb
DATA E ORA DI CHIUSURA					DATA E ORA DI APERTURA					

TAVOLA 11: Statistiche CARU™

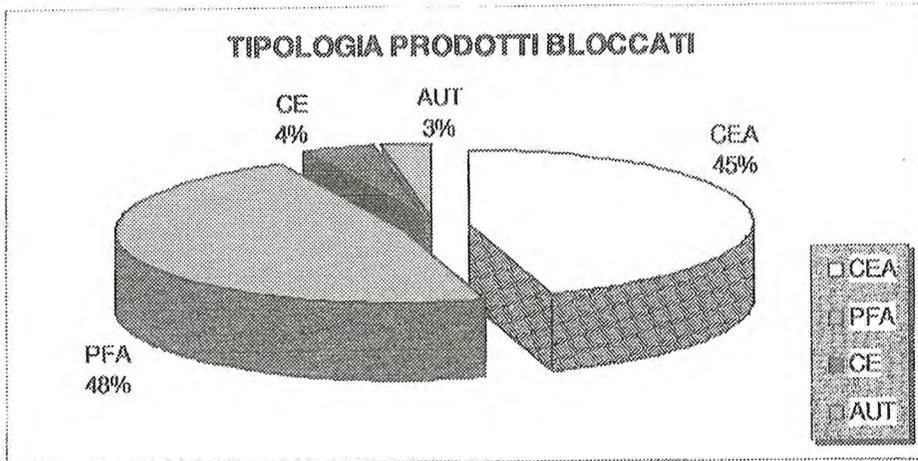
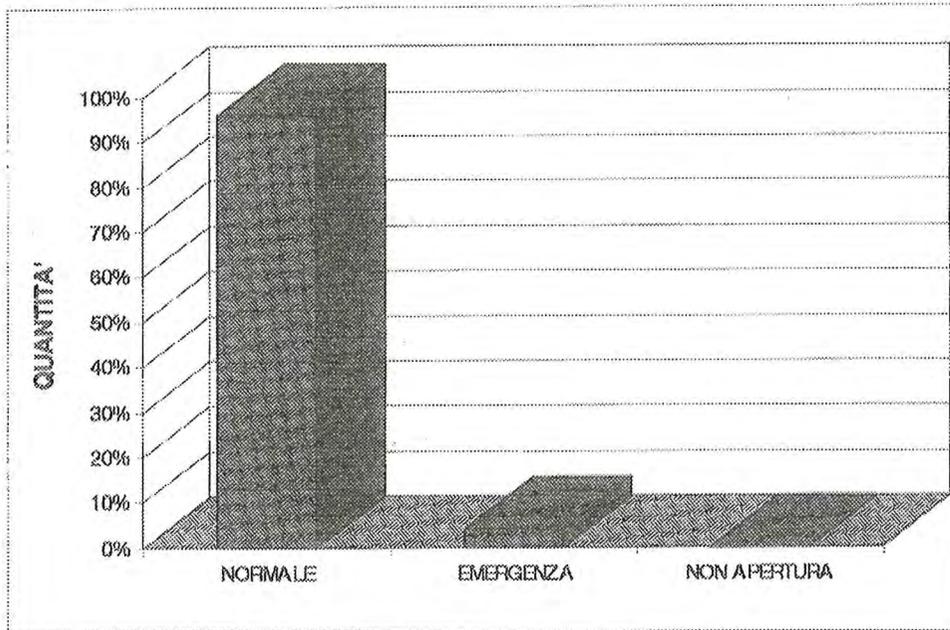


TAVOLA 12: Caratteristiche aperture unità



DIBATTITO

D.: BIASI, rianimazione Venezia - Volevo chiedere alla collega che ha parlato dei candidati all'espianto: se nel momento dell'espianto questo rapporto 1 a 1 viene garantito infermiere/paziente, se esiste una reperibilità per l'infermiere e come viene realizzata questa assistenza dell'infermiere?

D.: GIULIANA PITACCO - Volevo una spiegazione dalla collega Rebi di Udine, riguardo ad una frase che mi ha molto colpita; il concetto era: «i parenti hanno un rapporto terapeutico nei confronti dell'infermiere».

D.: CINCIARELLI, rianimazione Sandro Pertini, Roma - Io ho una perplessità: ho sentito l'intervento della collega di Verona. Il primo collega parlava di una situazione di un anno fa in cui c'era un numero di posti letto e un numero di infermieri che era sicuramente ottimale. Mi sembrava che all'inizio fosse contrariato e poi durante l'esposizione era, almeno io così ho compreso, che alla fin fine, pur essendo diminuito il numero degli infermieri, la questione andava sicuramente meglio. Forse ho capito male.

Per quello che riguarda il collega di Firenze, praticamente era la stessa cosa, nel senso che gli infermieri non sono diminuiti, però non sono aumentati, pur aumentando tantissimo il lavoro.

Quindi mi viene una perplessità. Dove sta l'errore? Come funziona? Noi ci utilizziamo male, nel numero che dicono che sia ottimale rispetto alle leggi precedenti, al decreto Donat Cattin che dovevamo essere, per 8 posti di rianimazione, 24 infermieri, che vuol dire? Dov'è l'errore? Non riesco a capire.

D.: BIANCHI, Napoli, caposala di rianimazione - Volevo far presente alla collega di Udine che ha parlato sugli espianti. Noi in tre anni abbiamo fatto 15 espianti, un numero considerevole, considerato la rianimazione con soli sei posti letto. Questo ci è costato tantissimo dal punto di vista di sacrifici professionali e personali, però il corpo medico, che è la parte che ci osteggia di più in questo tipo di intervento, ci tiene sempre in disparte con quello che è il centro del problema, cioè il rapporto con i parenti, le notizie che ci danno al momento della richiesta d'espianto. Qual è il sistema migliore per cercare di non subire questo, di non farci annientare dal corpo medico? È una situazione molto difficile nonostante che 15 espianti in tre anni siano tanti, però esiste questo problema che il medico o l'équipe, il primario, una volta ottenuto il consenso quasi si scordano dei parenti e del problema, del dramma che vivono.

Allo stesso modo il primario e il corpo medico non tengono nella giusta

considerazione quello che è il lavoro dell'infermiere. Quali sistemi si possono adottare per ovviare a tanto?

R.: REBI - Io credo di poter rispondere contemporaneamente a più domande.

La situazione che il collega Peressoni ed io abbiamo ipotizzato è una situazione ideale: vale a dire che al momento attuale, pur facendo il possibile nel reparto dov'è il potenziale donatore, non si attua ancora. È una proposta per organizzarsi in tal senso.

Riguardo ai parenti, noi vorremmo che i parenti avessero un ruolo attivo anche per supportare l'infermiere e l'infermiere per supportare il parente vicendevolmente. In questo contesto così difficile dell'assistenza al potenziale donatore, credo che entrambi potrebbero riuscire a fornire un'assistenza adeguata a questa persona e a garantire qualità di morte.

Il problema del signor Bianchi è un problema locale della realtà in cui vive. La cultura infermieristica e la capacità di farsi valere rispetto alla professionalità medica, in questo caso, credo che sia determinante. Mi riferisco alla cultura in generale ed in particolare alla formazione complementare, ad esempio in area critica, che aiuta l'infermiere anche a sapersi porre di fronte a queste situazioni molto delicate e importanti di difficile soluzione.

R.: BALLARIN - Parlavamo all'inizio di perplessità legate all'importanza data dall'azienda a questa decisione. A quel punto non ci siamo messi contro, ma abbiamo cercato una coalizzazione tra tutti noi, medici e infermieri come équipe, per cercare di ottimizzare le risorse; abbiamo raccolto i dati relativi ai bisogni dei malati postoperatori e abbiamo visto che questi erano inferiori rispetto ai pazienti politraumatizzati o con criticità vitale. Si è cercato di studiare il rapporto giusto paziente/infermiere creando il rapporto di 3 a 1 nell'area postoperatoria; questo nella visione della ottimizzazione delle risorse.

Non è che prima il personale non facesse niente, ma ha cercato di far fronte alle esigenze di un'azienda. Se da una parte impongono dei sacrifici, noi non ci siamo posti proprio a rimanere in silenzio, ma abbiamo cercato di rimboccarci le maniche affinché l'obiettivo fosse comune, cioè quello di garantire un servizio efficiente; non è stata una concorrenza, ma una ricerca dell'efficienza.

R.: BECATTINI - Io non ho fatto lamentele riguardo alla dotazione di personale attualmente attribuito all'unità operativa. Ho detto che ci riteniamo fortunati. Evidente che se la dotazione di personale è la stessa di dieci anni fa, si parla di ottimizzazione delle risorse; forse all'epoca il personale era sovradimensionato o forse era impegnato in attività difficilmente documentabili.

D.: PAOLA GABRIELE - Prima ho ascoltato la collega elencare tutta una serie di condizioni logistiche/strutturali che riguardano la rianimazione.

Mi fa piacere che abbia elencato tutte quelle cose perché nella realtà che

viviamo non credo che esistano dappertutto. Quindi le problematiche che pongono a livello di organizzazione di lavoro le conosciamo tutti visto che la maggior parte dei colleghi lavora nelle rianimazioni. Volevo dire questo: ha fatto presente la collega che nel turno di servizio dovrebbe esserci un infermiere specializzato che faccia da guida per gli altri infermieri. Ora, il punto che io pongo è questo: che cosa significa infermiere specializzato, dal momento che questa specializzazione che si pretende da noi non è riconosciuta in alcun modo sotto il profilo economico né sotto altri profili? Cioè, da noi si pretende un aggiornamento continuo perché le attività che noi svolgiamo lo richiedono. Per poter essere all'altezza di fare quello che facciamo, bisogna che ci aggiorniamo, perché si aggiorna la medicina e dobbiamo aggiornarci anche noi a nostre spese. Quindi l'infermiere specializzato oggi, come si pone in questo contesto dal momento che la sua specializzazione non viene riconosciuta a livello economico?

Perché pretendere tanta specializzazione e non dare niente in cambio?

R.: BECATTINI - Anch'io ho rimarcato il nostro modo di vedere, la grave mancanza da parte delle amministrazioni nel mancato coinvolgimento dei professionisti nella ristrutturazione delle unità operative nelle quali poi dovranno lavorare. Come fare per ottenerlo è molto difficile dirlo; credo che, come ha già detto la collega, bisogna sempre più assumere coscienza della nostra professionalità e dei compiti che ci vengono attribuiti e farsi avanti nel riappropriarci delle funzioni anche di consulenza su questi aspetti.

R.: REBI - Io non ho detto che l'infermiere di area critica deve fare da leader al gruppo.

Io ho detto che deve fare attività di cross-training ossia, che l'infermiere di area critica specializzato, ha acquisito nel suo anno di formazione complementare, particolari conoscenze, competenze, abilità specialistiche relative all'assistenza ai pazienti critici, che deve saper trasmettere ai colleghi. Per quanto riguarda il livello economico, non credo che l'infermiere debba specializzarsi solo in funzione economica, credo che prima debba farsi valere e poi, eventualmente, richiedere un riconoscimento economico. Anche se, Lei mi darà atto, che la recente pubblicazione *Profili Professionali* riconosce nelle specializzazioni la figura dell'infermiere di area critica. Quindi credo che gli infermieri debbano perseguire degli obiettivi che sono di erudizione professionale e di qualità; quando avremo raggiunto questi obiettivi potremo cominciare a chiedere qualcos'altro.

D.: GABRIELE - Volevo dire che questo obiettivi li raggiungiamo sulla nostra pelle, nel senso che, non è che, se noi prendiamo la specializzazione facendo un anno di corso in più ci viene riconosciuto qualcosa. Voglio dire che noi facciamo da training per gli altri, facciamo qualcosa di più, però questo qualcosa di più a livello professionale non esiste in termini di riconoscimento.

Cioè gli infermieri che si specializzano lo fanno a spese proprie e senza aver nessun vantaggio sotto il profilo economico. Quell'infermiere di rianimazione che deve fare da guida agli altri, a che titolo? A che scopo? Soltanto per la propria professionalità e per regalare la propria professionalità ad altri. Cioè non esiste un riconoscimento sotto nessun profilo.

Personalmente ho educato diversi infermieri, ho insegnato loro come si fa attività di rianimazione, ho 24 anni di servizio sulle spalle, sempre svolto in terapia intensiva, sala operatoria e rianimazione. Però quello che ho insegnato agli altri l'ho imparato sulla mia pelle; quelli che possono fare il corso di specializzazione è giusto che lo facciano perché a lavorare in questi presidi non si deve improvvisare niente.

Ogni volta che arriva un infermiere nuovo, inesperto, il lavoro pesa sulle spalle dei colleghi che sono esperti, almeno per i 4, 5, 6 mesi in cui questo infermiere impara. In realtà il lavoro se lo sorbisce il collega che è esperto, però lo stipendio è uguale. Dovrebbe essere fatto in modo che ai presidi di area critica possano accedere soltanto infermieri specializzati e pagati qualcosa in più per la specializzazione che hanno, perché io non mi sento per niente uguale ad un infermiere che lavora in oculistica.

D.: CAPUZZO, rianimazione neurochirurgia, Padova - A me interessava, se era possibile, a proposito della relazione del collega di Bologna, se poteva spendere qualche parola sulle schede o sul sistema con cui ha rilevato i dati che ci ha fatto vedere.

D.: PAOLA, centro rianimazione San Giovanni, Roma - Volevo chiedere al collega l'obiettivo che si prefigge dopo l'elaborazione di questo suo lavoro, se è stato realizzato un obiettivo.

D.: SCHIAVON, Treviso - Volevo chiedere al collega di Bologna: come mai anziché far riferimento a delle altre ricerche fatte sul carico di lavoro, sono state rilevate voci a sé, elaborate nell'ambito del reparto?

R.: SEBASTIANI - Per quanto riguarda la prima pagina di osservazione, è quello che noi abbiamo fatto tramite la tecnica del brain-storming; abbiamo fatto parlare a ruota libera tutti i colleghi del gruppo di lavoro, abbiamo registrato tutte le cose che ci venivano in mente, abbiamo controllato che non fosse la stessa cosa detta con due parole diverse e abbiamo realizzato questa scheda.

Nella seconda pagina ci siamo trovati tutte le righe bianche ricompilate agli allievi, dagli osservatori, da ricodificare. Se la domanda invece era: «Come abbiamo organizzato i dati?», allora rispondo che abbiamo diviso le mattine dai pomeriggi, abbiamo accorpato in prima istanza le voci per famiglie, però sempre attinenti: gestione dei cateteri, gestione drenaggi e abbiamo ottenuto delle schede per vedere e calcolare le medie della mattina, del pomerig-

gio e la media della notte. Dalle medie abbiamo organizzato la giornata tipo, da questa poi sono usciti i dati che vi ho fatto vedere.

Per quanto riguarda la seconda domanda sugli obiettivi; come obiettivo di ricerca ci prefiggevamo uno di didattica («vediamo se riusciamo a fare ricerca»), ed uno di autosperimentazione. Come secondo obiettivo c'è il nostro reparto. Abbiamo alcuni ausiliari socio-sanitari che stanno facendo il corso per operatori tecnici dell'assistenza (OTA); l'ipotesi è che, finito il corso OTA, questi questi ci vengano anche tolti, perché in terapia intensiva gli OTA non servono.

Ho visto che ci sono 211 minuti che equivalgono ad un turno di lavoro di 6 ore e 40 minuti al giorno che potrebbe essere fatto anche da un OTA.

Un altro obiettivo era di rilevare e far notare quello che noi facciamo o che diciamo di nascosto, quello che non è «normato».

La terza domanda: i piani di lavoro da noi non vengono seguiti. C'è un'altissima fantasia nel rispettare i piani di lavoro. Se io avessi fatto il lavoro sui piani di lavoro, vi avrei parlato di fantasia, molto più di quello che vi ho parlato, parlando solo di una lettura parziale con tutte le critiche che vi ho fatto su come è stato fatto il componimento, sulla lettura, sull'addestramento degli allievi. Se io fossi partito dai piani di lavoro avrei fatto un lavoro molto peggiore e molto parziale.

I minuti è quello che realmente è stato fatto.

Una precisazione: mi sembrava di cogliere una strana situazione, in questa situazione di cambiamento, di una maggiore collaborazione, più attiva, più vivace rispetto a prima. Questo è un dato positivo in questa situazione, perché generalmente ci si trova a rispondere negativamente a queste imposizioni della direzione. Credo che meriti una riflessione questo discorso, cioè il fatto che siamo partecipi noi infermieri e quindi dobbiamo dimostrare la massima responsabilità e la massima competenza nei confronti di un'azienda. Quindi dimostrare anche il nostro valore e l'unità, in questo modo potremo avere degli spazi migliori, più giusti.

È giusto ribadire di vedere anche il paziente come cliente, cioè di cercare di «curare», non solo la malattia, ma curare il cliente.

D.: FAVERO WALTER, rianimazione di Padova - Le ha sviluppato la sua relazione più sulla trasfusione che sulle sacche di sangue. Vorrei sapere qualcosa riguardo all'atto del prelievo del campione di sangue e il suo invio, per arrivare poi al centro trasfusionale e lì la responsabilità dell'eventuale errore nell'arrivo del prelievo.

R.: FONTANA - Innanzitutto era fondamentale la collaborazione di tutti e tre i gruppi di reparto, emoteca, servizio di anestesia per l'apertura di questi presidi bloccati. In reparto, l'utilizzo della chiave comportava innanzitutto la sua programmazione. Per la modalità di utilizzo di questo presidio, cioè la posizione della chiave al polso o al collo del paziente e solo dopo aver

fatto questa manovra il collegamento della chiave al resto del sistema hardware. Qui, ricordo, c'è la provetta inserita in una loggia sulla quale si stampa con la provetta posizionata il nome del paziente proveniente dalla chiave. La provetta si può togliere solo a riempimento avvenuto, per mezzo della rilevazione di una fotocellula.

A questo punto il prelievo diventa sicuro, cioè è sicuramente di quel paziente e il trasporto avviene tramite ambulanza. Ma il problema nostro si verificava quando in una mattina avevamo 5-6 ricoveri in reparto e si correva il rischio di sostituire le provette al momento del prelievo per i pazienti che camminano e ai quali veniva fatto il prelievo in accettazione. Con questo metodo noi siamo sicuri che la provetta è certamente di quel paziente e non abbiamo più il rischio di una sostituzione. Il fatto che ci sia un percorso in ambulanza non ci preoccupa più.

D.: FAVERO - Ma da voi chi è che fa il prelievo dei campioni di sangue, per poi eseguire una trasfusione?

R.: FONTANA - L'IP di reparto, non il medico, che però deve firmare richiesta ed etichetta che ha già il nome prestampato del paziente proveniente dalla chiave precedentemente programmata.

D.: E i risvolti legali della responsabilità di un eventuale errore nell'applicazione dell'etichetta?

R.: FONTANA - Ci sono dei termini legali in merito nel decreto del 27 dicembre 1990, dove si dice che è auspicabile che la pratica trasfusionale sia supportata da strumenti informatici attraverso dispositivi hardware e programmi software. Si possono infatti conseguire gli obiettivi di seguito riportati che possono essere raggiunti in passi successivi e vengono indicati in ordine di priorità: programmi per il controllo del processo di servizio trasfusionale, attivazione di procedure di sicurezza sia al momento del prelievo dei campioni di sangue sia prima della trasfusione; è possibile utilizzare a questo scopo codici a barre. Noi inizialmente abbiamo utilizzato una chiave di un tipo, poi di un altro, però l'idea è la stessa, il mezzo è diverso. Compilazione di una cartella trasfusionale informatica di reparto con controlli automatici di consistenza e coerenza dei dati inseriti. Questo noi lo possiamo ricavare dalla memoria dei sistemi di bloccaggio. Cioè si può fare successivamente in emoteca, si possono rilevare dati contenuti nel sistema di bloccaggio e controllare l'iter visto prima. Questo ci permette di fare statistica, ad esempio. La comunicazione automatica dei dati al servizio trasfusionale attraverso i servizi di rete locale o di linea telefonica. La comunicazione automatica di dati consente di ottenere informazioni in tempo reale, limitare l'impegno del personale per l'invio di richieste al servizio trasfusionale, migliorare la sicurezza di dati trattati, evitare doppi caricamenti. Questo è un testo di legge,

punto 13 della circolare del Ministero della Sanità, «Commissione Nazionale sul buon uso del sangue».

Invece, per quanto riguarda il decreto 27 dicembre 1980, l'art. 29 dice: «il servizio trasfusionale deve adottare per ogni unità di sangue e/o emocomponenti distribuiti un sistema sicuro di riconoscimento del ricevente, cui essa è stata segnata e indicare se siano state eseguite le prove di compatibilità». Questo noi lo stiamo per fare in forma informatizzata, nel senso che pure la tipizzazione del gruppo verrà fatta con sistemi a lettura ottica delle reazioni su vetrino. La legge autorizza questo.

URGENZA-EMERGENZA ED ATTIVITÀ INFERMIERISTICA

MARIA BENETTON

IP AFD Centrale 118 Treviso Emergenza

Il concetto di urgenza ed emergenza è in evoluzione continua.

Questo è dovuto ai bisogni legati ai nuovi rischi (incidenti stradali, industriali, intossicazioni ...), come pure alle possibilità terapeutiche dilatate dai progressi della medicina. Non dimentichiamo le situazioni determinate da fattori di natura sociale e politica: l'evoluzione culturale e la disponibilità di risorse hanno fatto, da una parte maturare la consapevolezza delle persone ed attribuito importanza al diritto ai servizi per la salute, e dall'altra hanno consentito una diffusione dei servizi di assistenza per la salute.

Nei Paesi francofoni e nei Paesi anglofoni viene utilizzato un solo termine, rispettivamente «*urgence*» ed «*emergency*», per indicare situazioni che in Italia definiamo invece con due termini a cui attribuiamo un significato diverso.

L'Associazione Italiana Anestesisti e Rianimatori Ospedalieri (AAROI) ha stilato delle definizioni comunemente accettate:

urgenza: condizione statisticamente ordinaria che riguarda pochi individui dovuta a processi patologici per i quali, pur non esistendo immediato pericolo di vita, è necessario adottare entro breve tempo l'opportuno intervento terapeutico;

emergenza: condizione statisticamente poco frequente coinvolgente uno o più individui vittime di eventi che pretendono immediato ed adeguato intervento terapeutico o ricorso a mezzi speciali di trattamento.

In sintesi:

urgenza: evento ordinario che richiede un trattamento sanitario rapido ma che non comporta compromissione delle funzioni vitali;

emergenza: evento poco frequente che richiede un trattamento rianimatorio immediato in qualsiasi luogo in cui si sia verificato, in quanto l'infortunato è in pericolo di vita.

Prima degli anni '80 i termini erano usati esclusivamente in ambito ospedaliero; al di fuori esisteva solo «la fortuna ed il destino». I due settori, ospedaliero ed extraospedaliero, erano completamente distinti.

Indubbiamente, in base alle definizioni date, si può affermare e constatare che l'urgenza dovrebbe verificarsi con maggiore frequenza in ospedale, l'emergenza in ambiente extraospedaliero.

L'ANIARTI può considerarsi lungimirante perché iniziò anni fa ad infrangere la barriera tra ospedale e ambiente extraospedaliero, ed a parlare di

integrazione e di continuità nelle cure. Fin dal 1985 inizia a parlare di soggetti in condizioni di «criticità vitale» indipendentemente dal luogo in cui la persona possa trovarsi (domicilio, strada, reparto iperspecialistico, ambulatorio decentrato) intendendo con questa definizione » colui che si trova in una situazione di precarietà vitale e/o soggetto a continui e non sempre prevedibili mutamenti clinico-assistenziali e/o in costante lotta per la sopravvivenza o per il mantenimento dello stato di equilibrio psico-fisico».

Sulla base di questa concettualizzazione, al verificarsi di un'urgenza e a maggior ragione di un'emergenza, l'infermiere deve dare una risposta professionale elevata che sia in grado di mantenere le funzioni vitali attraverso delle prestazioni specifiche.

Come si esplica l'attività infermieristica nell'urgenza/emergenza?

L'attività infermieristica si esplica sulla base di alcuni elementi fondamentali: elementi cognitivi, abilità, modelli comportamentali, ecc...; gli stessi poi vengono determinati e devono essere interpretati sulla base di alcuni fattori critici, quali:

— il tempo per intervenire nei confronti dell'evento critico: per la sopravvivenza della persona dobbiamo garantire al sistema neurologico la continuità o solo una ridottissima interruzione dell'apporto energetico e di ossigeno;

— il luogo in cui l'evento critico si verifica: il luogo condiziona tutti gli altri fattori: il tempo per intervenire, la presenza o l'assenza di operatori qualificati, la disponibilità di dati e di tecnologie;

— i dati disponibili: consentono di interpretare correttamente la situazione in cui si è verificato l'evento, di definire l'entità e le caratteristiche del danno subito dal malato;

— le tecnologie a disposizione: aiutano a garantire le funzioni vitali e ad individuare i problemi che il malato presenta;

— la professionalità degli operatori: è il fattore che determina la qualità globale del risultato possibile.

L'attività infermieristica è un processo integrato e dinamico composto da una serie di azioni coordinate tra loro. Il mantenimento della congruità dell'obiettivo ed il conseguimento del risultato è legato all'utilizzo di un approccio sistematico basato sul metodo scientifico classico di risoluzione dei problemi.

Viene definito, anche in ambito infermieristico, «problem solving» ed è composto da varie fasi che vanno rispettate.

Nell'urgenza ma soprattutto nell'emergenza dove in gioco c'è la sopravvivenza e la qualità di vita del soggetto, è assolutamente indispensabile aver chiaro questo processo assistenziale per poi procedere nelle prestazioni.

Vediamo brevemente le diverse fasi del processo scientifico o «problem solving» applicato alla professione infermieristica.

1) *raccolta dati*:

le informazioni ci consentono di comprendere l'evento, di identificare il problema e di decidere sulla natura dell'intervento. Sarà importante:

- *osservare* (rilevazione dei segni);
- *ascoltare* (dichiarazioni dei presenti, colloquio col paziente);
- *conoscere* la storia clinica;

2) *identificazione del problema:*

i dati raccolti ed elaborati ci permettono di individuare il o i problemi e quindi i bisogni da soddisfare: circolo, respiro, stato di coscienza;

3) *pianificazione:*

definire l'obiettivo o gli obiettivi ed il programma per raggiungere un determinato risultato, cioè:

— *stabilire le priorità*; alcune priorità sono assolute perché riguardano funzioni vitali (ad es. liberare le vie aeree piuttosto che districare, mettere in posizione di sicurezza anziché cercare la barella per portarlo sul letto...), altre non sono assolute ma ugualmente le prestazioni devono seguire uno schema di priorità di intervento;

- *definire le prestazioni da erogare*; cosa devo fare?

4) *coordinamento:*

— *risorse umane*; chi fa che cosa? In situazioni di emergenza è necessario che i ruoli dell'équipe siano precisi e concordati pur nell'integrazione. Ma se ciò è già codificato nei professionisti che quotidianamente affrontano il pronto intervento intra o extraospedaliero, in altre realtà è importante un «leader», una figura decisoria che coordini gli altri operatori.

— *risorse materiali*; intese come strumenti tecnologici, presidi medico-chirurgici e farmacologici, strumenti assistenziali quali protocolli d'urgenza e procedure per rianimazione cardio-polmonare.

5) *verifica:*

- *positiva*; l'obiettivo «ripristinare le funzioni vitali» è stato raggiunto;
- *negativa*; l'obiettivo non è stato raggiunto.

Anche se la verifica fosse positiva (il paziente si è ripreso), è utile una valutazione del processo assistenziale per evidenziare le eventuali carenze o punti di caduta nella raccolta dati, nella pianificazione o nel coordinamento. Il professionista deve perciò intervenire con tutti gli strumenti a sua disposizione per correggere i deficit, siano essi di natura organizzativa, gestionale o culturale.

Le differenze sostanziali tra l'attività infermieristica in urgenza e l'attività in emergenza, si possono rilevare nello schema seguente:

Urgenza

Maggior raccolta dati: c'è più tempo disponibile, ci sono maggiori informazioni già in nostro possesso;

maggior tempo di intervento: si richiede un intervento rapido ma le funzioni vitali sono mantenute;

- minori priorità assolute: non c'è imminente pericolo di vita;
- maggior multidisciplinarietà: ci sono più operatori sanitari presenti o reperibili nella struttura con competenze differenti (infermiere professionale, infermiere specializzato, medico di base, specialista, rianimatore ...);
- maggior gerarchia: per la presenza di operatori con varie professionalità e funzionalmente superiori;
- maggiori supporti tecnologici.

Emergenza

- Minor raccolta dati: spesso le notizie sono scarse e poco attendibili;
- minor tempo di intervento: il range temporale per intervenire è ridotto, c'è pericolo di vita o di danni permanenti;
- maggiori priorità assolute: assenza di respiro, di circolo, emorragia profusa, sulle quali è talvolta difficile stabilire una priorità;
- minor multidisciplinarietà: minor numero di operatori e con competenze specifiche (infermiere di area critica e rianimatore, infermiere ed autista di ambulanza, infermiere e volontario del soccorso);
- minor gerarchia: in emergenza «chi sa fa» per cui diminuisce il conflitto di competenze e ruoli;
- minori supporti tecnologici.

Vi sono ulteriori elementi da considerare qualora l'emergenza si verifichi in ambiente extra-ospedaliero, e cioè:

- *ambiente* in cui si opera: domicilio, cantiere edile, strada;
- *pericoli derivanti*: fuoriuscita di benzina, olio, lamiere contorte, crolli;
- *presenza di figure non sanitarie*: volontari, vigili del fuoco, familiari;
- *numero di feriti*: più feriti richiedono maggior coordinamento sia in loco per un triage (cioè una rapida valutazione clinica di gravità) sia da parte di coloro preposti all'invio dei mezzi di soccorso e degli operatori più adeguati e l'allertamento delle strutture sanitarie idonee (mi riferisco alle Centrali Operative presenti in molte, ma purtroppo non in tutte le realtà sanitarie italiane).

Se nell'urgenza o emergenza intraospedaliera l'infermiere si trova comunque in una struttura sanitaria con accanto colleghi più esperti o medici, a cui chiedere un aiuto, nell'emergenza territoriale spesso è l'infermiere che deve gestire il tutto senza alcun supporto.

L'attività infermieristica è perciò fortemente caratterizzata da *autonomia e decisionalità* nelle prestazioni con, di conseguenza, maggior *responsabilità professionale*.

È perciò evidente che l'urgenza e l'emergenza sono situazioni complesse in quanto richiedono flessibilità e adattabilità al contesto in cui si verificano e alle risorse di cui si dispone.

Questi aspetti citati, decisionalità, autonomia, responsabilità, flessibilità,

adattabilità, sono tutti elementi che potremmo definire con una parola, *professionalità*.

È infatti la professionalità che articola e modula le prestazioni in base alle diverse variabili che si incontrano; il professionista è tale perché sa diversificare l'intervento pur mantenendo fermo l'obiettivo che deve raggiungere.

Nell'emergenza, dove il tempo di intervento, il luogo di intervento ed il minor supporto tecnologico sono variabili preponderanti, la professionalità farà sì che l'azione infermieristica sia rapida, in sicurezza per l'operatore ed il paziente, con il miglior utilizzo degli strumenti e presidi a disposizione.

Nell'urgenza, dove le maggiori informazioni, il maggior tempo di intervento, la multidisciplinarietà sono gli elementi preponderanti, la professionalità si esplicherà nell'individuare con maggior precisione il bisogno e le relative risposte assistenziali scegliendo quelle più efficaci in termini di risultato e di minor danno per il paziente, e nell'integrare le competenze infermieristiche con quelle di altri professionisti.

Vorrei ora aprire una parentesi su un aspetto, a mio avviso, spesso tralasciato nei reparti e servizi di area critica e addirittura assente nei rimanenti reparti: l'urgenza ed emergenza come evento codificato. In ospedale il meno che ci si possa aspettare è che il paziente possa aggravarsi repentinamente. Eppure tutti abbiamo esperienza di come un'urgenza o un'emergenza mettano in grosse difficoltà il personale e l'organizzazione del reparto.

È quindi estremamente importante diffondere la «cultura dell'emergenza» affinché sempre più operatori siano in grado di affrontare con professionalità e raziocinio le situazioni in cui ci sia una persona in criticità vitale.

Ma cosa si intende per «cultura dell'emergenza»?

Possiamo definirla come «un insieme sistematico delle conoscenze, esperienze e metodologie atte a risolvere in modo efficace situazioni di emergenza». In questo modo la previsione o il verificarsi di un evento critico diviene, in maniera equilibrata e interdisciplinare, il centro di tutta l'attività sanitaria. Nessun atteggiamento né fatalistico né esagitato, ma solo la consapevolezza che la qualità della vita e la qualità della cura dipendono dalla formazione professionale degli operatori supportata da elementi tecnologici ed organizzativi-gestionali.

Per degli infermieri la «cultura dell'emergenza» non può essere solo la conoscenza e l'applicazione delle procedure di rianimazione cardio-polmonare o l'addestramento all'uso di nuove tecnologie.

Uno dei maggiori storici dell'economia, Carlo Maria Cipolla, afferma che l'uomo ha bisogno di un tipo di formazione che gli permetta di utilizzare saggiamente le tecniche di cui è padrone. Anche un selvaggio può essere addestrato alla tecnologia più avanzata, ma non si trasforma in persona civilizzata diventa, se non altro, un selvaggio efficiente.

Ecco che non possiamo prescindere da alcuni fattori che la stessa OMS ritiene fondamentali per lo sviluppo di una professione di qualità, e cioè:

- *formazione;*
- *specializzazione;*
- *attività di ricerca.*

Qual è la situazione nel contesto che ci interessa?

Vediamola brevemente, focalizzando l'attenzione sui programmi per la formazione di base, per la formazione post-base, per la ricerca, in relazione all'assistenza al paziente in condizioni di criticità vitali.

Formazione di base e permanente

Dalla lettura della Tabella XXXIX TER a cui si rifanno i programmi dei Diplomi Universitari in Scienze Infermieristiche solo al terzo anno, nel secondo semestre, per l'indirizzo in assistenza generale sono previsti «corsi integrati di medicina d'urgenza e del paziente critico: terapia intensiva, rianimazione e pronto soccorso» ed al secondo semestre «corsi integrati di infermieristica clinica in Area Critica».

Per l'indirizzo in assistenza generale pediatrica è previsto un corso di terapia intensiva neonatale, mentre per quello in assistenza generale ostetrica è previsto solo un corso di patologia neonatale ed elementi di anestesia e rianimazione neonatale.

La Federazione dei Collegi IPASVI ha recentemente formulato un accordo con il Consiglio Universitario Nazionale (CUN) in cui l'ordinamento didattico e di tirocinio viene strutturato in modo più approfondito con obiettivi didattici, standard formativi e di tirocinio, numero medio di ore da destinare alle singole aree, i cosiddetti crediti.

Anche in questo progetto troviamo al terzo anno, secondo semestre il «corso di medicina e chirurgia d'urgenza e terapia intensiva» per un credito medio pari a 75 ore delle quali la parte teorica non può eccedere il 50%.

È comunque chiaro che, nonostante il nuovo ordinamento scolastico, la formazione di base è ancora carente sugli aspetti dell'emergenza e dell'assistenza in area critica in generale. Ovviamente non può fornire tutte le conoscenze legate alla professione, per cui è indispensabile integrarle con la formazione permanente.

Corsi di aggiornamento specifici, congressi, stages presso altre strutture nazionali ed estere, sono tutte realtà formative e di stimolo professionale che dobbiamo chiedere, proporre ed incentivare, ognuno con il proprio impegno.

La formazione permanente deve considerarsi un obbligo per il professionista, pena l'avvilimento e l'impoverimento della professione.

Specializzazione o formazione complementare

Con i nuovi profili professionali sono state individuate aree di formazione complementare tra cui specificatamente quella in Area Critica (per correttezza non possiamo parlare di specializzazione perché per l'ordinamento sco-

lastico italiano questa può esserci solo dopo un diploma di laurea che noi ancora non abbiamo).

Già da alcuni anni sono attivi in varie regioni corsi di formazione post-base nati dall'esigenza di formare un professionista che abbia un livello di competenza supplementare affinché possa rispondere ai bisogni assistenziali del soggetto in condizioni vitali critiche. La formazione complementare deve essere orientata al nursing, alla interdisciplinarietà, non dobbiamo più accettare corsi di formazione strutturati su apparati ed organi o sulla tecnologia che propongono una visione miope dell'assistenza in cui l'uomo è un'appendice della macchina.

Attività di ricerca

In pochi casi gli infermieri entrano in un progetto di ricerca, spesso sono presenti solo in funzione della raccolta dati, ma l'innalzamento del livello di formazione sviluppa un diverso approccio intellettuale e conoscitivo e questo fa ben sperare per uno stimolo alla ricerca infermieristica.

La domanda sanitaria, che in urgenza-emergenza è sempre reale cioè sovrapponibile al bisogno, esige sempre e comunque una risposta.

La domanda allora è: siamo in grado di fornire sempre e comunque prestazioni efficaci ed efficienti?

Ad ognuno di noi la risposta, ma prendiamoci un attimo di riflessione, guardiamo gli obiettivi della professione infermieristica e le nostre prestazioni e, se consideriamo che la nostra attività non è adeguata, dobbiamo modificarla, perché in regime di «mercato» l'utente richiede il meglio ed in Area Critica questo significa la massima qualità di vita.

Se il livello di professionalità deve essere implementato e la cultura dell'emergenza fatta propria da tutto il gruppo professionale, assumiamoci con rigore e motivazione questo impegno: i nostri concittadini ne hanno tutto il diritto.

Bibliografia

- AA.VV., *Emergenza istituzionalizzata e non*, Atti del Corso di Aggiornamento del Centro Italiana Promozione Salute, 8/12 ottobre 1991.
- AA.VV., *SAMU-SMUR*, Bibliothèque des Infirmiers ed Infirmières d'Anesthesie e Reanimation, Ed. Arnette, 1987.
- NICOLE BIZIER, *Dal pensiero al gesto*, Ed. Sorbona, Milano 1990.
- AA.VV., *L'uomo e l'area critica*, VIII Congresso Nazionale ANIARTI, Bologna 15/18 novembre 1989.
- AA.VV., *L'infermiere ed i servizi di emergenza nel Veneto*, II Congresso Regionale Veneto, Padova 25 maggio 1991.
- Scenario 1/90 - Organo Ufficiale ANIARTI, Tabella XXXIX TER - Corso di diploma Universitario in Scienze Infermieristiche.*

ORGANIZZAZIONE E SITUAZIONI D'URGENZA-EMERGENZA

ANNALISA SILVESTRO

I.I.D. Vicepresidente ANIARTI - Udine

Nella fase di studio ed elaborazione del programma di questo XIV congresso, grande attenzione era stata posta alla necessità di delineare e dibattere le tante variabili che quotidianamente informano i processi di lavoro che si attivano nell'ambito dei reparti e dei servizi dell'area critica, che si caratterizza per la preponderanza delle situazioni assistenziali d'urgenza-emergenza.

Nella relazione precedente è stato ampiamente e chiaramente evidenziato quale sia il significato dei termini urgenza-emergenza e quali debbano essere le modalità privilegiate per gestire e implementare i processi assistenziali che ne conseguono.

È stata parimenti evidenziata, per tutto il gruppo professionale, l'importanza dell'interiorizzazione della «cultura dell'emergenza», dell'utilizzo della metodologia scientifica, e di competenze derivanti sia da un percorso formativo specifico e strutturato nella disciplina infermieristica, che da un bagaglio esperienziale ampio e approfondito.

Indubbiamente le situazioni d'urgenza-emergenza, pur nel ripresentarsi standardizzato di alcune variabili di fondo, si rivelano altrettanto costantemente diverse per le modalità con cui si combinano gli elementi che le compongono e per la conseguente diversa ricaduta che possono produrre, sia nel processo assistenziale che in quello organizzativo.

Queste valutazioni, a cui si potrebbe anche riconoscere valenza generale, assumono un significato ancora più evidente se collegate alla funzione specifica assolta dai reparti e servizi dell'area critica ed alla complessa responsabilizzazione che gli infermieri della stessa, devono assumere sui risultati dell'«essersi «presi cura» di qualcuno in criticità o in instabilità vitale.

Ciò detto, si può parimenti affermare che il sistema organizzativo aziendale, o macrosistema, in cui si muovono i reparti e servizi afferenti all'area critica, influenza pesantemente la quali-quantità delle risorse a disposizione, le modalità di gestione delle stesse e quindi i risultati assistenziali.

Se consideriamo le ultime produzioni normative di interesse specifico per la nostra area, ci accorgiamo che medesime considerazioni hanno sostenuto sia la filosofia che informa il DPR 27 marzo 1992 a titolo «Atto di indirizzo e coordinamento delle attività delle Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano in materia sanitaria «che quella sottesa all'art. n. 4, comma 3 e 4 del DL n. 502/92 a titolo «Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992 n. 421» così come modificato con il DL n. 517/93.

In entrambe le norme il modello organizzativo sotteso alla gestione delle situazioni di nostro specifico interesse, è costruito sull'integrazione costante che deve verificarsi tra le diverse unità operative sia intra che extraospedaliere che concorrono alla erogazione delle prestazioni d'urgenza-emergenza.

L'obiettivo dichiarato è, da una parte quello di creare le migliori sinergie possibili tra le risorse umane e materiali, dall'altra quello di ottimizzare il rapporto tra costi e benefici, risorse e risultati.

Infatti non si parla più di singole strutture o di settori, né si evidenziano le peculiarità di alcuni reparti e servizi; si citano esplicitamente le modalità organizzative di tipo orizzontale, quali i dipartimenti e le aree di emergenza, dove il rapporto professionale è paritetico e la logica assistenziale è quella dell'équipe multidisciplinare.

Da tale impostazione si evince parimenti che l'approccio organizzativo necessario per la gestione delle situazioni d'urgenza-emergenza, costituisce uno degli elementi fondamentali del relativo processo assistenziale, e che diviene continuativo, costante e dinamico proprio perché costruito:

- nella logica dell'area funzionale o dipartimentale,
- sul superamento della distinzione tra ambito intra ed extra ospedaliero,
- sulla centralità degli interventi alla persona e alla sua situazione assistenziale, più che sulle risorse e potenzialità che un singolo se pur qualificato servizio è in grado di porre in essere.

Alla luce di queste considerazioni, il panorama sanitario che possiamo osservare dopo qualche anno dalla pubblicazione del DPR sull'emergenza sanitaria e del DL sul riordino del Servizio sanitario nazionale non è incoraggiante; la situazione delle diverse Regioni e realtà locali è molto variegata.

Alcune realtà, poche, hanno realizzato quanto previsto dalle citate norme, altre si stanno muovendo pur tra mille difficoltà, altre sono ancora lontane dalla meta.

La mancata o la lenta realizzazione di questo ineludibile processo di mutamento organizzativo e quindi assistenziale, ha cause diverse e complesse.

Certamente non secondario è lo scarso utilizzo delle competenze, degli approcci operativi e dei modelli professionali di cui gli infermieri sono portatori; insieme di elementi che potrebbero non solo accelerare e rendere maggiormente visibile il cambiamento di cui il sistema sanitario e l'area critica in particolare hanno bisogno, ma anche ottimizzare le diffuse risorse e potenzialità.

La filosofia ed i valori che informano l'assistenza infermieristica infatti, ottimamente si coniugano con quanto evidenziato dalle normative considerate, che evidentemente sono distanti da logiche di potere e di predominanza dimostrate da altri gruppi professionali.

Sicuramente fino a quando gli infermieri non riusciranno ad essere presenti e protagonisti come altri professionisti, nelle scelte operate dalle Istituzioni sanitarie, la ricaduta sull'operatività quotidiana dei diversi reparti e servizi dedicati all'urgenza-emergenza, renderà difficile procedere verso l'integrazione.

grazione organizzativa, l'orizzontalità dei processi di lavoro, la pari dignità delle diverse figure professionali, la corretta allocazione degli operatori, la centralità della persona negli obiettivi aziendali.

La strada obbligata per rendere visibile la peculiarità e la necessaria presenza degli infermieri è indubbiamente, da una parte quella della professionalità e della competenza nell'erogazione delle prestazioni assistenziali; dall'altra quella della dimostrazione costante della validità e dell'efficacia dei processi organizzativi implementati a corollario e supporto delle prestazioni necessarie per dare risposte qualificate ai bisogni delle persone in criticità ed instabilità vitale.

Le tante variabili che informano i processi di lavoro e di organizzazione dello stesso sono prevalentemente legate ad una serie di fattori che debbono essere costantemente considerati e presidiati, indipendentemente dal fatto che l'evento sia connotabile come Urgenza o Emergenza o che accada in ambito intra od extra ospedaliero.

Essi sono legati alle caratteristiche della «complessità» conseguente alla molteplicità degli elementi che definiscono il «caso», e alla molteplicità dei legami che tra loro intercorrono con intensità sinergica.

Per comodità espositiva tali fattori verranno presentati analiticamente come elementi a se stanti ed isolati, ma è importante e necessario sottolineare che nella realtà si presentano strettamente interrelati, si condizionano e si rinforzano reciprocamente, dando origine a combinazioni che producono ricadute diverse sia nell'implementazione del processo organizzativo che di quello assistenziale.

I fattori in esame sono:

- 1) *incertezza* - nel presentarsi/evolversi della situazione d'urgenza-emergenza;
- 2) *discrezionalità* - nella presa di decisioni e nell'operatività afferente alla gestione della situazione;
- 3) *tempo* - range temporale di intervento;
- 4) *luogo* - spazio fisico in cui si verifica e si svolge l'evento;
- 5) *dati* - informazioni di varia tipologia legate all'evento ed alla situazione;
- 6) *tecnologia* - strumenti per la raccolta di dati, il supporto delle funzioni vitali ed il controllo dei rischi;
- 7) *competenza/professionalità* - ruolo e bagaglio teorico/esperienziale del singolo e dell'équipe.

Consideriamo ora in maniera più ampia i fattori elencati.

Incetezza: è intesa come scarsa prevedibilità del modo in cui si presenterà l'evento, con conseguente difficoltà a ipotizzare e definire la necessità qualitativa di risorse che devono essere rese disponibili per la gestione equilibrata ed efficace della situazione. Il fattore «incetezza» condiziona pesantemente anche la previsione e la pianificazione dell'allertamento di strutture

e servizi di supporto, e l'eventuale chiamata o messa a disposizione in tempi utili di ulteriori risorse umane e materiali.

L'alta incertezza aumenta la complessità gestionale della situazione e rende scarsamente ipotizzabile la tipologia del risultato che potrà essere raggiunto.

Discrezionalità: è intesa come la possibilità che viene data ad ogni singolo operatore o all'équipe multidisciplinare di mettere in atto provvedimenti, azione o comportamenti che, pur discostandosi da procedure, protocolli o piani precedentemente definiti e validati, inducono coscientemente a ritenere che in tal modo sia maggiormente perseguibile l'ottimizzazione delle risorse e l'efficacia della qualità di risultato. La discrezionalità che è decisoria, è parte integrante dell'autonomia che ogni professionista/gruppo deve avere nel valutare, sulla base della propria specificità disciplinare/multidisciplinare, il modo e il metodo più efficace per raggiungere l'obiettivo che si pone.

La discrezionalità decisoria, fondamentale nella personalizzazione del processo assistenziale e nell'ottimizzazione di quello organizzativo, non deve mai essere confusa con l'arbitrarismo.

Tempo: è inteso come l'elemento che determina la scansione delle diverse fasi entro le quali devono necessariamente, pena l'esito infausto delle prestazioni, essere poste in atto definite manovre, procedure e comportamenti organizzativo-assistenziali. La scansione delle fasi, definita e codificata omogeneamente ed uniformemente dalle diverse équipes che poi vi si adeguano, contiene il che cosa debba essere garantito in un determinato tempo. Tali fasi temporali possono essere denominate:

a) *tempo breve* - che ipotizziamo inferiore a 7 minuti ed in cui devono essere effettuate, ad esempio, le azioni inerenti il B.L.S.;

b) *tempo medio* - che ipotizziamo superiore a 7 minuti ed inferiore a 20 minuti ed in cui possono essere effettuate, ad esempio, le azioni inerenti l'A.L.S.;

c) *tempo lungo* - che ipotizziamo superiore a 20 minuti ed in cui possono essere effettuate, ad esempio, le azioni inerenti la mobilitazione, il trasporto in sicurezza, il passaggio delle informazioni, l'attuazione di piani predefiniti ecc.

Luogo: è inteso come lo spazio fisico dove avviene e si svolge l'evento considerato ed il relativo intervento assistenziale. Nella concezione sottesa al termine Area Critica risulta irrilevante ai fini della costruzione del processo assistenziale e del raggiungimento del risultato, che il «luogo» sia in ambito extraospedaliero (strada, domicilio, sede di lavoro) o intraospedaliero (Terapia intensiva, sala operatoria, sala di diagnostica, reparto di degenza). È comunque evidente quanto ciò sia più teorico che reale se non esiste una organizzazione orizzontale, integrata e sinergica nelle diverse articolazioni esistenti all'interno dell'ospedale o tra ospedale e servizio di emergenza territoriale.

Dati: sono intesi come l'insieme dei segni e dei sintomi e delle informazioni che permettono di individuare, comprendere e circoscrivere una situazione. Maggiore è il numero e l'attendibilità dei dati a disposizione, più semplice sarà l'attuazione del processo decisionale inteso come: «Processo razionale e continuo mediante il quale, partendo da certi dati ed operando un'analisi ed una valutazione sulla convenienza e sulle conseguenze delle soluzioni alternative possibili, rispetto ad un determinato obiettivo, si giunge ad effettuare la scelta finale.

Da quanto detto risulta evidente come «Discrezionalità» «Dati» «Tempo» siano ad esempio elementi inscindibili del mix operativo che produce e garantisce efficacia di risultato.

Tecnologia: è intesa come l'insieme degli strumenti a variabile complessità tecnologica che consentono di raccogliere dati, produrre informazioni, sostenere le funzioni vitali, contenere i rischi da mobilitazione, trasporto ecc. ... L'alta tecnologia non è basilare per garantire il ripristino delle funzioni vitali; diventa indispensabile per mantenerle e stabilizzarle con ulteriore importanza quando sono presenti patologie importanti, grossi traumatismi o vi è la necessità di supporto prolungato.

Competenza/Professionalità: sono intese come l'insieme integrato di:

- a) assunzione del ruolo e del compito proprio;
- b) esplicitazione nel «fare», di modelli cognitivi, comportamentali ed operativi che costituiscono il bagaglio teorico-pratico di ogni professionista;

La chiara definizione dei reciproci ruoli e funzioni ed il riconoscimento reale della pari dignità professionale ed operativa sono la base per il lavoro di gruppo, è integrazione, l'unitarietà d'intenti, l'assunzione della responsabilità di processo e di risultato.

Ciò detto e riportandoci all'assunto che le situazioni d'urgenza-emergenza, pur nel ripresentarsi standardizzato di alcune variabili di fondo, si rivelano altrettanto costantemente diverse per le modalità con cui si combinano gli elementi che le compongono, è importante evidenziare i legami che si vengono a creare tra tali elementi, affinché possano essere minimizzati i vincoli e valorizzate le opportunità per l'implementazione del processo assistenziale.

Il termine organizzazione per il suo significato sotteso, può essere utilizzato sia nell'analisi di macro sistema ovvero dell'intera Azienda sanitaria/ Area critica, sia nell'analisi di microsistema ossia dell'équipe assistenziale/singolo operatore.

Il macro sistema organizzativo può offrire adeguato supporto al processo assistenziale nelle situazioni d'urgenza - emergenza, garantendo una serie di contenuti agli elementi esplicitati e descritti precedentemente.

Il micro sistema organizzativo può concorrere efficacemente alla implementazione ed all'erogazione delle prestazioni assistenziali garantendo chiarezza di ruoli, integrazione degli operatori, pianificazione degli interventi.

In questa logica nelle pagine successive, definite pagina «A» e pagina «B» si riportano alcuni spunti di riflessione rispetto a quanto affermato, con l'intento anche di evidenziare l'interdipendenza dei fattori e dei contenuti considerati.

Nella pagina «A» di macrosistema, viene considerata come elemento considerato, per la descrizione delle afferenze organizzative, il «Luogo» in cui si verifica l'evento critico;

nella pagina «B» di microsistema, dopo una premessa, viene presentata una tabella a doppia entrata in cui si utilizza il «Tempo» entro cui il singolo/gruppo deve operare, come variabile indipendente per la valutazione delle afferenze organizzative.

Tabella di macrosistema

Variabile considerata: LUOGO

	INTRAOSPEDALE	EXTRAOSPEDALE
Elementi	Contenuti	
INCERTEZZA	1) standard predefinito di: <i>a)</i> risorse umane; <i>b)</i> risorse materiali; 2) modalità validata di: <i>a)</i> coinvolgimento; <i>b)</i> risposta; <i>c)</i> integrazione tra i servizi.	1) Standard predefinito di: <i>a)</i> risorse umane; <i>b)</i> risorse materiali; 2) modalità validata di: <i>a)</i> coinvolgimento; <i>b)</i> risposta; <i>c)</i> integrazione tra servizi ospedalieri non sanitari e quelli ospedalieri.
DISCREZIONALITÀ	1) allertamento ed eventuale utilizzo di ulteriori risorse materiali e di altre persone non in servizio; 2) riallocazione/mobilità delle persone presenti nei diversi reparti e servizi ospedalieri.	1) mandato di utilizzare risorse stabilmente allocate nei reparti e servizi intra ospedale;
TEMPO	1) Definizione presidio e verifica dei tempi di arrivo delle persone richiamate in servizio; 2) Definizione dei tempi di fruibilità dei servizi diagnostici/terapeutici e di supporto allertati..	1) Definizione dei tempi di arrivo sul luogo dell'evento sulla base di standard nazionali ed internazionali.

DATI	1) Modalità di allertamento, di budget, di verifica, di riprogrammazione; 2) sistema informativo in rete.	1) Epidemiologici, logistici, orografici, di definizione delle zone a rischio per eventi di interesse specifico; 2) sistema informativo in rete.
TECNOLOGIA	1) Dotazione oggettivamente necessaria, sua manutenzione e rapido ricambio.	1) Dotazione oggettivamente necessaria, sua manutenzione e rapido ricambio.
COMPETENZA E PROFESSIONALITÀ	1) Corsi di specializzazione; 2) corsi di aggiornamento; 3) corsi di addestramento.	1) Corsi di specializzazione; 2) corsi di aggiornamento; 3) corsi di addestramento.

Pagina «B» - Microsistema

Il singolo ed il gruppo possono gestire l'«Incertezza» e la «Discrezionalità» a favore di una efficace organizzazione e pianificazione del lavoro attraverso:

- 1) l'utilizzo di modelli comuni per la valutazione dei segni/sintomi/contexto logistico,
- 2) l'utilizzo di indicatori definiti dall'équipe per la valutazione delle priorità in caso di evento che coinvolga più persone (Triage),
- 3) l'utilizzo di linee guida comportamentali che indicano «chi si responsabilizza di che cosa» quando la persona/più persone/la situazione è definita:
 - a) instabile = urgenza (maggiore disponibilità di tempo)
 - b) critica = emergenza (minore disponibilità di tempo);
- 4) l'utilizzo di procedure, protocolli, linee guida elaborati dal gruppo per orientare l'operatività e valutare i risultati.
- 5) incontri di valutazione/formazione per discutere sulle modalità con cui è stata gestita una situazione al fine di rivedere:
 - a) i modelli comportamentali e di analisi
 - b) le procedure ed i protocolli
 - c) il fabbisogno di addestramento ed aggiornamento.

Un esempio di strumento pensato nella logica suddetta, è la allegata tabella che può essere utilizzata per:

- a) creare cultura comune nel gruppo sull'analisi e la valutazione dei problemi;
- b) definire i modelli comportamentali;
- c) verificare i punti di forza e debolezza dell'operatività posta in essere;
- d) evidenziare il fabbisogno formativo e la sua tipologia.

Variabile indipendente: TEMPO

<i>Processo</i>	<i>Tempo</i>	<i>BREVE</i> < 7 min.	<i>MEDIO</i> > 7 min.-< 20 min.	<i>LUNGO</i> >
AZIONI		Procedura BLS	Procedura ALS-ATLS	Protocolli Linee guida
RISORSE UMANE		I.P.	I.P./Medico	Team
RISORSE MATERIALI TECNOLOGIE		Di base	Di base	Di base e specifiche

LA RESPONSABILITÀ E LA PROFESSIONALITÀ DELL'INFERMIERE NELL'URGENZA-EMERGENZA

RENATA BROLIS

I principali riferimenti, parlando di responsabilità e professionalità sono la normativa, il codice deontologico, i principi etici e la competenza professionale. Pur considerandoli sempre tutti e quattro ritengo opportuno sviluppare il tema che mi è stato assegnato con particolare riguardo al profilo professionale dell'infermiere (D.M. 739/94).

Il profilo segna il passaggio da una responsabilità legata prevalentemente all'esecuzione di compiti ad una responsabilità legata all'assistenza infermieristica: alle funzioni esercitate, ai risultati assistenziali conseguiti.

Si riduce l'enfasi sugli interventi per valorizzare il ruolo dell'infermiere: dalla rilevazione dei bisogni di assistenza alla valutazione dell'assistenza stessa. Gli interventi non sono altro che mezzi per raggiungere gli obiettivi prefissati.

Le situazioni di emergenza/urgenza delineano uno scenario con caratteristiche peculiari per:

- bisogni/problemi del paziente;
- risorse umane;
materiali;
tempo (risorsa critica);
- modelli organizzativi (DEA, ...);
- contesto strutture sanitarie;
territorio.

Le situazioni di emergenza/urgenza dal punto di vista assistenziale sollevano degli interrogativi che esamineremo in seguito.

Tenendo presente il profilo professionale, la peculiarità dell'emergenza/urgenza propongo l'analisi del tema responsabilità partendo dall'immagine che ha di sé l'infermiere.

Una ricerca condotta dal Censis per conto della Federazione Nazionale Collegi IPASVI nel 1995 sintetizza così l'immagine dell'infermiere, rivista dagli infermieri stessi:

«un professionista competente dotato di capacità umane e relazionali, concentrato sulle attività di assistenza al malato, capace di lavorare in équipe ma dotato di scarsa autonomia e poco coinvolto nella gestione delle attività».

Le caratteristiche mettono in evidenza i punti sostanziali del profilo professionale.

L'infermiere è un professionista competente

La competenza è costituita: dalle *conoscenze* (biomediche, assistenziali, di discipline quali la psicologia, la sociologia, l'antropologia ...) che devono essere supportate dalla ricerca, dalla letteratura, aggiornate;

— la competenza è costituita dalla capacità di applicare le conoscenze per rilevare ed affrontare i problemi del paziente;

— la competenza è costituita dalla crescita continua del professionista.

Assistere il paziente con competenza è la prima responsabilità per l'infermiere; significa garantire al paziente una assistenza efficace, sicura, fondata su principi scientifici, valutabile, documentata, tempestiva, orientata da criteri di priorità.

La competenza si costruisce, si sviluppa dall'esperienza; è dinamica e deve essere continuamente adeguata ai bisogni.

Competenza per l'assistenza al paziente critico *come?*

Formazione complementare che permette lo sviluppo di un Nursing avanzato per rispondere ai bisogni del paziente critico.

Formazione continua per acquisire, aggiornare, mantenere efficaci le abilità richieste, per sviluppare l'integrazione interprofessionale.

Formazione a livello di U.O. come metodo di approccio ai problemi, agli incidenti critici ed attivazione di processi di miglioramento continuo.

Autoformazione come atteggiamento di ricerca continua, di studio, di approfondimento, di riflessione.

Consulenza: richiesta di consulenza alle risorse esperte, infermieri ed altri professionisti - disponibilità alla consulenza.

La competenza è quindi un processo attivo.

È aperto il dibattito se debba essere sottoposta periodicamente a valutazione, come ad esempio in Bretagna, dove è richiesto l'accREDITAMENTO periodico per l'esercizio professionale.

L'infermiere è dotato di capacità umane e relazionali

Il profilo riconosce alla assistenza infermieristica una natura relazionale ed educativa oltre che tecnica, sottolineando che la relazione infermiere-paziente è una componente della professionalità richiesta per esercitare la professione, quanto le conoscenze scientifiche e l'abilità tecnica.

È all'interno della relazione infermiere/paziente che può svilupparsi il processo assistenziale che ha come finalità il massimo sviluppo della autonomia, indipendenza, self-care della persona assistita.

Quali problemi si possono porre nelle situazioni di emergenza /urgenza?

Il Nursing valorizza il coinvolgimento del paziente nella individuazione dei problemi, delle priorità di assistenza, degli obiettivi assistenziali e nella

valutazione. Come si concilia il coinvolgimento del paziente con la sua condizione di criticità, urgenza, emergenza?

Quanto spazio dare a quantità, qualità di vita in situazioni in cui sono richieste decisioni in breve tempo?

Chi decide per il paziente?

Con quali criteri di decisione?

Qual è il ruolo della famiglia, quale il suo coinvolgimento?

Quali responsabilità hanno medico ed infermiere quando si trovano a decidere per il paziente?

Una breve riflessione su che cosa significa avere capacità umane nell'approccio al paziente.

Questa definizione ha all'interno il rischio di pensare alla sensibilità ed alla attenzione umana come elementi sufficienti per entrare in relazione con il paziente. Sicuramente sono atteggiamenti che permettono di entrare in sintonia con ciò che il paziente vuole, ma non sono sufficienti per fondare la propria azione argomentandola e giustificandola di fronte ai pazienti, all'équipe, al personale medico. Non bisogna dimenticare il prezzo del coinvolgimento emotivo che l'infermiere paga con un impegno «umano».

L'infermiere è concentrato sull'attività di assistenza al malato

Il profilo individua l'assistenza infermieristica come un'area specifica dell'assistenza; l'infermiere ha sempre più consapevolezza della sua specificità.

Le teorie del Nursing come modelli concettuali di riferimento rendono esplicitabile l'assistenza infermieristica, permettendo di dividerne le finalità tra infermieri e con i pazienti, di superare la soggettività, di recuperare l'intenzionalità degli interventi e di definire la strategia assistenziale.

Il processo decisionale messo in atto dall'infermiere trova nel processo di Nursing una metodologia razionale per organizzare le decisioni di assistenza, non come modello rigido ma come schema di riferimento.

In letteratura si trovano delle ricerche su come l'infermiere esperto prende le decisioni: raccoglie alcuni dati, formula le ipotesi, raccoglie nuovi dati per convalidarle e così via.

Spesso siamo portati a pensare che il processo di Nursing sia applicabile solo con i tempi previsti nella scuola di base. Mentre è un metodo razionale per prendere decisioni, gestire l'incertezza, rendere applicabili le conoscenze del Nursing anche nelle situazioni di emergenza/urgenza.

Se da una parte abbiamo chiarezza su cosa significa assistenza infermieristica dobbiamo chiederci se esistono le condizioni per attuarla.

Le condizioni sono:

— spazio decisionale riconosciuto nell'ambito dell'équipe e nel progetto terapeutico/assistenziale;

- modelli organizzativi coerenti con gli obiettivi dell'assistenza infermieristica;
- priorità nell'organizzazione del lavoro coerenti con le priorità dei bisogni dei pazienti;
- risorse, quali ad esempio il personale di supporto, per l'esecuzione di attività improprie attualmente svolte dagli infermieri.

Dobbiamo quindi chiederci: di fronte ad un riconoscimento giuridico di responsabilità e professionalità infermieristica esistono davvero le condizioni per poterle esprimere?

L'infermiere è capace di lavorare in équipe

Il profilo professionale afferma che l'infermiere partecipa alla identificazione dei bisogni di salute, agisce in collaborazione con gli altri operatori, garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche.

La definizione del proprio ruolo e della specificità è il primo passo verso una efficace integrazione nell'équipe:

Ma quali sono i problemi?

Non sempre sono chiari gli ambiti in cui è possibile esercitare la propria azione responsabile nella pratica quotidiana.

Nelle situazioni di emergenza/urgenza gli strumenti di integrazione protocolli, procedure, piani di lavoro chiariscono gli ambiti di responsabilità, riducono discrezionalità soggettiva ed improvvisazione tutelando sia il paziente, sia l'operatore..

Giuridicamente l'infermiere è chiamato ad una responsabilità ampia in un contesto organizzativo dove ha una percezione di basso potere, dove prevalgono le gerarchie, dove il coinvolgimento nelle decisioni è tutto da conquistare e non è affatto scontato.

La maggiore contraddizione che l'infermiere vive è il basso o nullo coinvolgimento formale nelle decisioni, l'alto coinvolgimento emotivo ed il dovere di eseguire prescrizioni.

In letteratura si trovano numerosi lavori che riguardano i problemi legati alle decisioni di non rianimare un paziente.

La decisione in questo caso è del medico, così come la responsabilità ultima.

L'infermiere vive un elevato coinvolgimento emotivo, gli è chiesto di astenersi o di collaborare con il medico, oppure si trova da solo in attesa del medico o di raggiungere l'Ospedale nelle emergenze territoriali.

Quante volte l'infermiere è fatto partecipe dei criteri utilizzati per arrivare alla decisione di non rianimare un paziente?

Quante volte è chiesto il suo contributo per prendere la decisione utilizzando le informazioni, la competenza e l'esperienza che possiede?

Quante volte viene relegato al rango di puro esecutore?

Un'area da approfondire riguarda la gerarchia, in particolare medico-infermiere.

Il D. Lgs. 502/92 richiede uno studio su questo aspetto per la definizione delle aree di responsabilità della dirigenza medica di 1° e 2° livello.

L'infermiere è dotato di scarsa autonomia ed è poco coinvolto nella gestione delle attività

Dagli esempi portati fino ad ora emerge perché l'infermiere si percepisca con scarsa autonomia e poco coinvolgimento.

Questa percezione è destinata ad aumentare con la consapevolezza delle proprie potenzialità ed i vincoli esistenti ad esprimerle pienamente.

Con la ridefinizione della responsabilità data dai profili l'infermiere si prepara sempre di più a gestire le situazioni caratterizzate da complessità ed incertezza ed a percepire come inadeguate situazioni di subordinazione.

Per esprimere responsabilità e professionalità servono:

- competenza;
- riconoscimento giuridico e sociale;
- risorse;
- modelli organizzativi e distribuzione delle responsabilità coerenti con i profili dei diversi professionisti;
- formazione.

Tra le varie facce della responsabilità c'è infine anche quella di sostenere la propria posizione, di argomentarla con principi validi, di sollevare dubbi e problemi per non ritrovarsi nel silenzio e nella subordinazione.

Per concludere vorrei fermarmi su un aspetto particolare della responsabilità raccontando un caso etico.

In un Ospedale francese, in un reparto oncologico con numerosi pazienti terminali, era prassi somministrare cocktail litici EV ai pazienti terminali per «gestire dolore e sofferenza» nella fase terminale.

I cocktail litici hanno l'effetto di ridurre lo stato di coscienza, la volontà, la capacità di relazione del paziente.

La prescrizione e la somministrazione erano standardizzate.

Gli infermieri erano incaricati della somministrazione, i pazienti agli infermieri chiedevano informazioni, segnalavano disagi, facevano domande.

Gli infermieri hanno cominciato a comunicare tra loro il disagio di questa somministrazione.

Una notte una infermiera di fronte ad un paziente che le chiede quanto il farmaco inciderà sul suo stato di coscienza decide di chiamare l'eticista per avere un consiglio. La prima domanda dell'eticista è stata: che cosa ha detto il medico?

Nessuno aveva mai segnalato al medico il disagio degli infermieri.

Il problema sollevato in reparto ha portato alla decisione di alcune infermiere di chiedere al medico prescrittore di applicare lui la flebo al paziente. Questa richiesta ha avuto come conseguenza la revisione della «prassi» di somministrare cocktail litici ed ha aperto il dibattito in reparto con la conseguenza di fare scelte terapeutiche più mirate ai bisogni dei singoli pazienti e condivise con i pazienti.

Che cosa è interessante in questo caso:

- l'infermiera ha valutato il proprio disagio come un fatto importante;
- la decisione di manifestare il disagio è stata un atto di responsabilità verso il paziente ma anche verso se stessa come professionista e come persona;
- esprimere il disagio al medico ha dato un contributo fondamentale al cambiamento nell'équipe del ruolo di assistere il paziente, ha dato voce ai bisogni del paziente.
- la cultura del non detto che crea un circolo vizioso è stata rotta per lasciare spazio alla chiarezza reciproca tra infermieri/medici/pazienti.

DIBATTITO

D.: BOCCIOLA, Pordenone - Noi lavoriamo in servizio di anestesia e sala operatoria. Abbiamo a disposizione la famosa macchina del recupero sangue. Purtroppo ci sono dei nostri medici che non sono in grado assolutamente di usarla. Ci troviamo in situazioni di emergenza a dover usare questa macchina di recupero sangue; si è creata all'interno del nostro gruppo una discussione. Io personalmente e professionalmente ritengo che sia doveroso, in caso di urgenza, essere in grado di usarla. Chi ci protegge o ci copre giuridicamente se dovesse succedere qualcosa dato che ci sono stati dei decessi di pazienti imputati all'uso di questa macchina del recupero?

D.: FRANCESCO STANGANELLO, caposala rianimazione, Palmi, Calabria - Volevo focalizzare l'attenzione su quello che è stato, a mio giudizio, un passo importante oggi per l'associazione. Mi pare che questa sia stata la prima volta che l'associazione abbia preso una posizione ufficiale in un momento istituzionale così importante su una questione dell'emergenza, almeno come fatto ufficiale.

Mi sembra che la relazione di Annalisa sia stata abbastanza importante da poterla considerare un documento che può essere immediatamente pubblicato su «Scenario», perché diventi fattore orientativo per i colleghi di tutte le realtà.

Volevo solamente fare una domanda ad Annalisa: come mai la discrezionalità, che è sicuramente una componente della professionalità e della competenza, viene messa così in evidenza in tutta quella che è l'analisi dei fattori che costituiscono nella situazione di emergenza. È una scelta che sicuramente aprirà qualche polemica su chi deve essere ad esercitare questa discrezionalità nel gestire i mezzi e le risorse umane e materiali che vanno ad operare nelle emergenze e nelle urgenze. Perché non la si è fatta dipendere strettamente da quell'ultimo fattore che era la competenza e la professionalità e la si è voluta mettere in evidenza così con maggiore rilievo? Volevo capirlo meglio.

R.: ANNALISA SILVESTRO - L'evidenziazione sul termine discrezionalità non è casuale ma voluta, perché gli IP hanno usato sempre molta discrezionalità operativa e anche decisoria ancorché sul mansionario venisse sottolineato che questa discrezionalità non era dell'IP. Se noi guardiamo il mansionario e utilizziamo la logica mansionariale, ci rendiamo conto che la nostra discrezionalità è limitatissima; dobbiamo fare quello che c'è scritto sul mansionario e non dobbiamo fare quello che non c'è scritto; alcune cose le dobbiamo fare

su prescrizione, altre in presenza del medico. Questo era, è e avviene formalmente; sostanzialmente non è così: 1) perché non sempre noi ci adeguiamo al dettato del mansionario, anzi è prevalente il fatto che non lo facciamo proprio, anche perché sappiamo tutti che se lo facessimo succederebbero delle cose estremamente spiacevoli; 2) discrezionalità di decidere se voglio fare bene, se voglio fare male, se voglio tirare via. Se l'IP informalmente decide di non dar mandato a una prescrizione del medico o di darla secondo quanto lui lo ritiene opportuno, lo fa. Ecco perché la discrezionalità decisoria è un fattore importante. Io sollecitavo una presa in considerazione del fatto che questa discrezionalità non deve essere più informale, ma riconosciuta.

Se l'IP è un professionista deve esserne riconosciuta all'IP la possibilità nel lavoro di prestazione assistenziale ed esplicitare la sua autonomia operativa e, quindi la discrezionalità decisoria che deriva dal fatto di avere una competenza specifica tipicamente sua.

R.: BROLIS - La discrezionalità è maggiormente sentita da quelli che lavorano nell'emergenza territoriale in quanto sappiamo che il mansionario prevede particolarmente il lavoro all'interno di una struttura, ospedale, clinica, ecc. ...; per operare nell'ambiente extraospedaliero addirittura abbiamo dovuto avere un DPR che prevede la possibilità di effettuare alcune prestazioni, tipo l'applicazione di infusioni venose. Il problema della discrezionalità nell'extraospedaliero è un momento estremamente importante che crea a volte notevoli problemi, perché la discrezionalità non è il «decido io», ma è «faccio una scelta e di questa scelta devo rispondere». A chi? A tutti, a chi è funzionalmente superiore, ma in primo luogo al paziente. Non è un caso che ci sono procedure disciplinari o denunce legali maggiormente rivolte a chi lavora nel settore extraospedaliero. La scelta della discrezionalità è una scelta di enorme responsabilità professionale, non nasce improvvisamente; non si acquisisce discrezionalità da un momento all'altro, ma è tutto un processo di conoscenza, competenza che allarga l'autonomia e allarga la responsabilità. È in questo ambito che poi si crea la discrezionalità.

D.: FAVERO WALTER, Padova - Domanda rivolta alla signora Benetton sul fatto della scelta delle priorità nell'intervento extraospedaliero legata all'emergenza. La scelta è un po' difficile. Volevo sapere se, nonostante i tempi che devono essere rapidissimi, c'erano procedure o protocolli in atto. Mi premeva sapere se per esempio con un paziente gravissimo e un paziente meno grave, qual è la scelta d'intervento su questi due e su questa scelta quali implicazioni di tipo legale e comunque, quale responsabilità sul risultato di questa scelta?

D.: CHIARI, caposala pronto soccorso, Milano - Volevo chiedere alla signora Benetton, cosa intendeva quando diceva che in emergenza diminuisce la gerarchia, e, *chi sa fa*, in quanto secondo noi, soprattutto in un'emergenza

dove il tempo è limitato e importantissimo forse anche la gerarchia è importante e soprattutto è importante *chi fa cosa* che *chi sa fa*.

R.: BENETTON - Per la prima domanda del signor Favero, dico che non è facile dare una scelta di priorità quando tutto è priorità. Se una persona ha il cuore che non batte, non respira. è in stato di coma effettivamente, bisogna attuare una procedura di rianimazione e qui la priorità è ripristinare il circolo con il massaggio cardiaco e ripristinare l'attività ventilatoria. Il dubbio nasce quando non c'è solo questo, ma c'è un'emorragia in corso, bisogna districare il malato, ecc. ... Mi rendo conto che questo è un grosso problema per chi lavora nell'emergenza territoriale anche perché spesso è difficile darsi una risposta.

In genere in questi casi, il fatto di avere un'organizzazione dietro, di una centrale operativa che, individuando il tipo di problema, la maxiemergenza o il caso isolato con grossi problemi, invia il personale più adatto e in numero adeguato rappresenta una garanzia; quindi si può affrontare questo problema di una persona che ha priorità assoluta, inviando personale specializzato e in numero adeguato, in modo tale che possa offrire delle garanzie suddividendo l'attività.

In base alla gravità cosa scelgo? Anche questo è un grosso problema che già a suo tempo è stato studiato dagli americani per la guerra del Vietnam, cioè il triage: chi scelgo di trattare per primo? Questa scelta va fatta anche in base al luogo. È difficile che ci troviamo nella situazione in cui la persona, anche incidentata e con grossissimi problemi non possa essere indirizzata ad un centro ospedaliero in un tempo ragionevole e, ragionevolmente, non si possa intervenire su un problema benché grosso.

La responsabilità del risultato: noi dobbiamo sì rispondere del risultato, ma non possiamo dare la garanzia assoluta. L'IP, il medico curano, attuano l'assistenza nel migliore dei modi con tutta la competenza possibile, però non possono garantire al 100% che la persona guarisca. Garantiscono che l'intervento è stato fatto nel miglior modo possibile. Il problema della responsabilità penale e civile per chi lavora nel settore dell'emergenza è un po' un terreno minato proprio perché non c'è un'area molto definita: noi lavoriamo in un'area grigia. Coi profili professionali in cui si dà autonomia, nella professione chiaramente anche la responsabilità si caratterizza in maniera diversa. Noi abbiamo la responsabilità per ciò che viene fatto, non possiamo garantire il risultato finale. Io sono responsabile del modo in cui ho districato il paziente, sono responsabile se ho applicato tutti i presidi che avevo a disposizione o non li ho applicati, sono responsabile di come ho effettuato la mobilitazione o l'immobilizzazione; non sono responsabile se questa persona resterà ingessata 3 o 6 mesi.

Rispondo alla signora Chiari sul *chi sa fa*. Non intendo *chi sa fa* per semplice manovalanza, fare per fare. *Chi sa fa* cioè, chi fa la prestazione la sa fare, ne conosce le conseguenze, i rischi, ha la competenza per farla. La gerar-

chia diminuisce perché, in genere, nell'emergenza vengono seguite delle procedure comunemente accettate e modificabili solo per pochissimi elementi. Diminuisce la gerarchia perché in genere c'è un'équipe molto ristretta che la tratta. Un'équipe che si conosce, che conosce le proprie competenze, le proprie responsabilità e i propri limiti anche funzionali. Con l'espressione *chi sa fa* non intendevo solo il fare: chi fa la prestazione la conosce perché è un professionista e non si limita al semplice atto.

D.: CHIARI - Nell'emergenza in quanto tale, non siamo sempre pronti all'emergenza; in pronto soccorso, al di là dell'attività normale, arriva l'emergenza, proprio in quel momento occorre che ci sia qualcuno e quindi un ruolo gerarchico che tiene le fila.

R.: BENETTON - In questo caso io non parlerei di gerarchia, ma di un leader. La gerarchia la intendevo in maniera funzionale. È importante avere nel gruppo di lavoro il leader, colui il quale organizza gli altri; non è detto che sia un medico, può essere anche un IP esperto che diventa leader e che coordina gli altri colleghi e talvolta anche i medici.

R.: ANNALISA SILVESTRO - Dobbiamo distinguere quella che è la gerarchia definita da norme tra le figure sanitarie e quelle che sono le divisioni funzionali dei compiti, del tipo che si generano quando, nell'emergenza, c'è la necessità di chiarezza sul *chi fa che cosa* che, al di là di certi limiti non può essere definito da norma. Quindi quel tipo di gerarchia non ha significato, tenendo conto del fatto che quando si parla di urgenza/emergenza extraospedaliera si parla comunque di personale afferente al ruolo sanitario, non certo altro personale.

Rispetto al *chi sa fa*, cioè chi è maggiormente in grado per manualità, per competenze, per conoscenze, di gestire quella problematica, il team-leader è quello che è più competente, capace, esperto del gruppo; è quello che, in un futuro non molto lontano, sarà l'IP specializzato in area critica che avrà la responsabilità del coordinamento e della gestione degli interventi.

Il team-leader, non è detto che debba essere quello più competente dal punto di vista specialistico, quindi non è detto che debba essere il medico.

Nella realtà del Friuli Venezia-Giulia i gruppi assistenziali afferenti al «118» che escono per le prestazioni, non prevedono assolutamente che il team-leader sia un medico, anzi, prevedono che sia proprio l'IP. Forse era da ritrarre il significato da dare al termine.

D.: LEGGIO, rianimazione, Palermo - Volevo chiedere ad Annalisa Silvestro per quanto riguarda la formazione permanente di base là dove i corsi di aggiornamento o specializzazione siano soltanto sulla carta e un'utopia per noi. Mi chiedevo a quale figura amministrativa aziendale o a quale normativa fare riferimento per far applicare quanto ci spetta?

D.: BIASI, rianimazione, Venezia - Volevo chiedere ai relatori circa l'organizzazione dell'emergenza orizzontale di cui si è parlato questa mattina.

Nell'organizzazione il coinvolgimento nelle decisioni dell'IP è tutto da conquistare, nel senso che a noi è capitato più di qualche volta di vedere delle incongruenze nell'assistenza, nelle difficoltà organizzative. Però dal punto di vista dell'influire nell'organizzazione di questa emergenza, noi non siamo stati capaci di incidere in nessun modo a meno che nelle nostre proposte di cambiamento, non avessimo trovato una figura medica che assumesse le nostre proposte e le portasse avanti. Ad esempio, non abbiamo nel nostro ospedale, il Policlinico, la neurochirurgia. Quando si verifica un trauma cranico viene trasportato lì, nonostante si sappia che i tempi sono importantissimi, perché è uno dei casi in cui i sette minuti sono il termine primo da rispettare. Molto spesso l'assistenza nell'emergenza è molto carente in questi pazienti perché girano per l'ospedale di Borgo Roma poi l'ospedale di Borgo Trento, poi ritornano per l'accertamento diagnostico e a volte noi non sappiamo mai il risultato definitivo. Magari qualche paziente si perde in questo modo o quando arriva alla fine l'*iter* organizzativo non sappiamo quant'è il danno cerebrale. Senza parlare della consapevolezza del fatto che se noi vediamo qualche cosa che non va, dobbiamo fare di tutto perché nei luoghi adatti si influisca sul cambiamento.

Volevo chiedere ad Annalisa Silvestro se avete qualche idea in questo senso per essere più influenti nell'organizzazione dell'emergenza.

D.: ULRICH, tedesco, lavora a Torino - Quali sono le principali differenze tra il nostro mansionario e quello degli altri paesi europei? Che cosa si prevede per il futuro? In Italia è possibile avere particolari responsabilità sotto autorizzazione del primario? Quali? Ad esempio intubare in caso di emergenza, incannulare un'arteria, ecc. ...

R.: ANNALISA SILVESTRO - Rispondo alla signora Leggio; credo di non dire niente di nuovo perché il diritto/dovere alla formazione permanente era già stato stabilito e sottolineato nel DPR 762/79, Stato Giuridico del personale delle USL, a seguito della promulgazione della legge istitutiva del SSN n. 833. Già dal 1979 era ben evidente che era dovere del dipendente aggiornarsi, diritto dell'USL, dell'azienda, ad avere personale aggiornato e competente e che questo diritto/dovere diventava reciproco nel momento in cui le USL/aziende attivavano corsi di aggiornamento che diventavano obbligatori per il personale e il personale vi doveva partecipare.

Purtroppo è stato dato poco seguito a questo percorso formativo e la responsabilità delle attuali aziende è notevole, però mi permetto di sottolineare che la nostra responsabilità è stata molto elevata. Ho avuto modo di constatare, girando un po' per l'Italia, che molta parte di noi non sapeva neanche che c'era questo DPR e non sapeva neanche che c'erano articoli all'interno che prevedevano l'obbligatorietà di entrambi di fare ed aderire ai corsi di aggiornamento; tant'è che, sempre in questo DPR, si prevedeva che se entro

cinque anni il dipendente non avesse fatto corsi di aggiornamento attivati dall'azienda, questo suo non aver fatto il corso doveva essere evidenziato nello stato di servizio. Le aziende hanno mancato ma anche noi, a non pretendere una cosa che era definita per norma.

Attualmente il 761 è ancora valido, purtroppo per certi versi, per fortuna per altri come in questo caso. È da sottolineare che nei Profili Professionali si evidenzia che l'IP ha diritto/dovere di curare la propria formazione permanente. E rispondo alla signora Biasi. Per organizzazione orizzontale s'intende parlare di aree dipartimentali e di aree funzionali. Addirittura del DL 502/517 il discorso delle aree funzionali omogenee direi che è una delle cose innovative, perché alla logica del dipartimento è stata messa la logica dell'area funzionale omogenea.

Ad esempio: io lavoro in un'azienda per i servizi sanitari dove ci sono tre ospedali in rete; c'è un'area funzionale omogenea chirurgica, c'è un unico primario di chirurgia per i tre ospedali. Il che significa che i tre ospedali devono assolutamente coordinarsi e collegarsi nel garantire le prestazioni di tipo chirurgico. Quindi nella 502 questo tipo di discorso viene ampiamente sottolineato che è un discorso che va nella logica dell'integrazione professionale, ma anche nella logica dell'interpretazione organizzativa per la valorizzazione e l'ottimizzazione delle risorse e il contenimento dei costi. Se passa questo tipo di impostazione è inevitabile che le diverse unità operative debbano lavorare insieme per integrarsi. Cosa che avveniva e avviene ancora molto più difficilmente se ragioniamo non nella logica orizzontale, ma verticale: esiste il reparto, il servizio, la divisione; il mio primario dice: «il mio personale, la mia tecnologia, le mie risorse», e quindi l'integrazione diventa più difficile.

Concordo nel fatto che c'è difficoltà da parte del gruppo IP di riuscire a incidere nell'organizzazione o nel modificare l'implementazione dei processi assistenziali; a meno che non ci sia un medico che fa proprie le nostre proposte e le porta avanti. Concordo sul fatto che queste cose succedono anche perché, da una parte gli IP non sempre si sono attrezzati per presentare progetti di organizzazione e di assistenza; dall'altra perché è evidente che noi non abbiamo a tutt'oggi una struttura professionale e organizzativa nostra. Quando la Federazione dei Collegi, la nostra Associazione, da una vita chiede l'istituzione del Servizio Infermieristico, non lo chiede a caso, ma perché nell'ambito del nostro sistema esista il sottosistema infermieristico con una gerarchia infermieristica, con un dirigente del servizio degli infermieri, che ha un rapporto di tipo gerarchico/funzionale con gli IP dell'azienda e che si confronta con gli altri responsabili di servizio.

Il portare avanti modelli organizzativi professionali infermieristici, definire le nostre modalità di rilevare o risolvere problemi diventa molto meno aleatorio e costringe gli altri responsabili di servizio a confrontarsi anche con le idee e l'operatività infermieristica. Quindi io credo che una delle modalità per cominciare ad attenuare questo problema è che tutto il gruppo professionale sostenga con forza l'attivazione di questo Servizio Infermieristico. Anche qui purtroppo molti IP non sanno bene che cos'è, mentre gli altri gruppi pro-

fessionali l'hanno capito benissimo, infatti tutti i Collegi in questa fase si stanno attivando per chiedere ai direttori generali l'attivazione del Servizio Infermieristico. Le risposte sono: paura generalizzata, erosione di spazi e di potere e di alta discrezionalità decisoria nel dire agli altri quello che devono fare.

Secondo me è una strada assolutamente da perseguire.

Infine per rispondere alla domanda sul mansionario. In Italia abbiamo un mansionario molto stretto, cosa che in altri paesi non mi risulta ci sia, non che non ci siano i mansionari, ma non certo fatti in questo modo; ogni nazione europea ha definito un suo modo per regolamentare l'esercizio professionale.

Il nostro mansionario è così, perché? Da una parte perché è vecchio, è del 1974, che è a sua volta, una rielaborazione con minime modifiche del Reale Decreto (quando c'era il re!) n. 1310 del 1940. Quindi la norma che regola il nostro esercizio professionale ha oltre una cinquantina d'anni, è fuori da ogni possibilità di azione nel contesto attuale. In anteprima vi dico che il Comitato Centrale ha preso la decisione, a seguito di sollecitazioni, di cominciare a mettere mano al mansionario, vedere cosa fare, eliminarlo? Modificarlo? Ampliarlo? Cominciamo a ragionarci sopra, abbiamo chiesto già il supporto di alcuni esperti in campo legislativo per vedere qual è la modalità migliore per andare incontro alle esigenze professionali degli IP, ma andare incontro anche alle esigenze di tutela giuridica dell'esercizio professionale. Nessuno può delegare l'IP a fare cose che non sono previste nel mansionario, neanche il primario, perché la responsabilità è sempre e comunque individuale; non è che se io faccio cose non previste dalla norma per me risponde il primario, vado a rispondere io.

D.: LAVEZZINI, responsabile di rianimazione, Bellinzona Canton Ticino - Si è parlato di professionalità, ma di scarsa autonomia. Da quanto ho percepito lì a Trento, fate una scuola di specializzazione. Volevo chiedere: questi IP specializzati quanto autonomia acquisiscono nel suo reparto? Hanno, per esempio, la possibilità di fare delle defibrillazioni, somministrazione di farmaci ...?

R.: BENETTON - L'esercizio professionale specializzato è quello che è previsto dalla normativa attualmente in vigore e quindi è legato alla situazione di mansionario e profilo professionale attualmente in vigore. Non è che l'esperienza del percorso formativo che stanno facendo in questo momento, ma in molte regioni italiane ha modificato quali sono gli ambiti di esercizio previsti per l'IP specializzato.

D.: Un partecipante - Non è il caso di puntare decisamente alla laurea infermieristica, perché ci sarebbe più spazio; libereremmo il discorso delle specializzazioni, dopo di che la specializzazione sarà di regola conseguente. Si può specializzare solo chi è laureato e perciò noi col diploma infermieristico non riusciremo mai a creare delle vere specializzazioni. Io penso che tutte

le organizzazioni dovrebbero puntare ormai decisamente a questa laurea anche perché, oggi come oggi soprattutto nel centro-sud, c'è parecchio personale disoccupato, che facendo un anno di più e non lavorando diventerebbero IP laureati come in America e in altri stati e questo taglierebbe spazio ad ogni IP. Nella regione Marche sta nascendo un'ipotesi sul 118. Nelle ambulanze attrezzate, oltre al medico, prevedono l'IP e poi una figura definita come «militare preparato»; questo è un insulto per la professione infermieristica, penso che sia una cosa da mettere sotto processo perché è decisamente poco chiara.

D.: Un partecipante, rianimazione, Brescia - Riguardo il problema della formazione e riguardo la gestione dell'emergenza intraospedaliera. Una cosa sulla quale noi riflettiamo è il rispetto che abbiamo o che dovremmo esigere dai nostri colleghi dei reparti di degenza. Esattamente succede, purtroppo questa è la nostra realtà ospedaliera di Brescia, che la gestione di questo tipo di emergenza è completamente addossato al personale dell'area critica e delle terapie intensive. Se esiste una metodica, una riflessione che noi possiamo spingere è di fare in modo che i nostri colleghi dei reparti di degenza ordinaria possano essere abilitati a farlo in maniera ordinaria; quindi forzare il discorso formativo o l'aggiornamento nel caso in cui si venga a perdere la metodica o l'uso della tecnologia adeguata nel momento dell'emergenza, e con questo noi otterremmo che queste aree critiche, dalle quali proveniamo e che dobbiamo abbandonare per gestire quest'emergenza, continuiamo a lavorare e sviluppare le proprie attività ordinarie in materia regolare.

Chiedo se c'è la possibilità di avere un input sul quale esigere dalle amministrazioni o direzione sanitaria una gestione diversa.

D.: ANTONIO, Latina - Noi, siccome gli altri colleghi nel reparto non collaboravano nell'urgenza intraospedaliera, abbiamo istituito, nell'ambito della rianimazione, un'équipe che si muove e che serve anche da cultura dell'urgenza in un sistema che ruota in tutti i reparti, praticamente organizzati come un'équipe distaccata, l'IP distaccato, un medico distaccato ... che nelle varie urgenze si muovono in giro per l'ospedale. Questo tipo di sistema lo stiamo ampliando in un sistema nella nostra USL, che comprende più ospedali; lo stiamo ampliando e omologando con protocolli nell'ambito di tutta la provincia e che presenteremo ad un convegno il 2 dicembre, anche per preparare tutti gli altri colleghi verso questo tipo di cultura, per crescere insieme e per far sì che quando andiamo a fare un'urgenza anche il collega di un altro reparto che si trova con le mani in mano, mentre noi operiamo perché lo riteniamo offensivo verso la professione. Poi magari se ci si vede possiamo confrontarci.

R.: SILVESTRO - Andare alla laurea in scienze infermieristiche? Magari, non c'è nessunissima preclusione, anzi, sarebbe una giornata gioiosa per tutta la professione e non solo a livello nazionale, ma internazionale se arrivassimo

in tempi brevi. Indubbiamente risolverebbe molti problemi: competenza, qualificazione, professionalità, visibilità esterna, possibilità di fare specializzazioni *post lauream* con tutti i crismi. Intanto che ci stiamo attivando per questa cosa, però, possono andare benissimo i corsi di formazione complementare così come previsti dal Decreto Ministeriale 739, nelle diverse aree e quindi anche nell'area critica. Per cui non è che ci siano delle preclusioni ad andare verso la laurea, anzi le preclusioni non sono tanto del nostro gruppo professionale, ma degli altri gruppi professionali che non sono tanto disponibili a venire incontro alla richiesta della professione infermieristica attivando il corso in scienze infermieristiche; eventualmente hanno maggiore disponibilità ad ottimare corsi di laurea un po' particolari, tipo corso di laurea in scienze socio-sanitarie, ecc. ..., delle tipologie strane ... mentre è maggiore la resistenza ad andare nella logica di un corso di laurea nello specifico disciplinare, ovvero nella disciplina infermieristica. Per cui attiviamoci tutti, come colleghi per vedere di sostenere queste richieste che vengono fatte nelle sedi opportune.

Per quanto riguarda il collega di Brescia, volevo sottolineare una cosa: tutti gli IP sono abilitati a fare prestazioni d'urgenza e d'emergenza perché non abbiamo diversificazioni. Indubbiamente la minore manualità deriva dal fatto che, mentre per chi lavorain area critica la gestione dell'urgenza e dell'emergenza è frequentissima e quindi comporta la manutenzione alta della professionalità necessaria, nei reparti di degenza, per fortuna, questi eventi sono meno frequenti, quindi c'è una minore abitudine di preparazione e competenza a gestire queste situazioni. Cosa che non è solamente del personale infermieristico, ma anche del personale medico che nei reparti di degenza in effetti ha delle difficoltà a gestirsi l'urgenza/emergenza. A tal proposito si potrebbe innanzitutto sostenere e supportare la richiesta di attivazione di corsi di aggiornamento e addestramento per gestire queste situazioni e cercare di muoversi nella logica di proporre modelli organizzativi diversi.

Vi ricordo che tre o quattro anni fa in un congresso dell'Aniarti, era stata prospettata l'ipotesi organizzativa di area critica nell'ambito della quale si prevedeva che ci fosse un pool di IP specializzati o comunque preparati, gestito da un coordinatore, che si rendeva disponibile per la risposta a chiamate d'urgenza/emergenza intraospedaliera.

Questo pool era composto da personale qualificato che veniva recuperato da reparti e servizi afferenti all'area critica per dare la possibilità di rotazione per chi faceva sempre turno in situazioni diverse e per dare la possibilità di avere una manutenzione costante nella professionalità.

Questi IP in pool, garantivano le prestazioni d'urgenza/emergenza in prima battuta, facevano consulenza agli altri IP dei reparti di base rispetto a queste problematiche. Quindi delle modalità e delle ipotesi organizzative ci sono e sono state anche poste; nulla vieta ai colleghi di provare ad ipotizzare modalità di gestione di questa situazione per dare garanzia che la prestazione d'urgenza/emergenza sia efficace e di buon livello anche se non avviene dentro l'area critica, senza distogliere continuamente IP di area critica dall'attività che stanno facendo nei reparti.

Secondo me su queste cose io credo ci siano ampie possibilità se riusciamo ad elaborare dei progetti, dei modelli positivi. Credo che non ci debbano essere grosse preclusioni. Se avessimo poi un servizio infermieristico, un dirigente che va a proporre là dove si decide, saremmo facilitati.

R.: BROLIS - A Trento nell'analisi del fabbisogno formativo emerge con costanza la richiesta degli IP di avere una formazione permanente per gestire l'urgenza/emergenza perché c'è una inadeguatezza di fronte a questi eventi, in particolare nei reparti dove non sono molto frequenti. La risposta formativa è stata quella di proporre un corso della durata di una settimana in cui venivano affrontate per problemi le situazioni di urgenza/emergenza prevalenti in ambito intraospedaliero dando un grosso rilievo a tutti i segni e sintomi che sono premonitori di una situazione di urgenza/emergenza per garantire un intervento tempestivo prima dell'aggravarsi del paziente, per quanto possibile. Nel corso veniva anche dedicata una parte alle esercitazioni pratiche di rianimazione cardiopolmonare, e questa è stata una prima risposta.

È un bisogno che emerge costantemente, questo significa che la formazione deve essere presente con continuità con interventi brevi e mirati, però la sensazione di inadeguatezza trova una risposta in una formazione che interviene periodicamente, non una volta nella vita professionale.

D.: Un partecipante - Volevo chiedere alla collega di Trento: se la figura dei vostri IP agisce anche a livello extraospedaliero, nella città di Trento con le ambulanze ed eventualmente anche per trasporti, che cosa vengono tutelati? Ci sono dei decreti o qualcosa di simile? Noi nel nostro territorio a Bellinzona per la figura dell'IP specializzato, c'è una scuola vera e propria da quasi 14 anni, e dura due anni, porta ad una certa autonomia e responsabilità del personale che agisce sia a livello di reparto, che a livello extraospedaliero con le ambulanze.

La nostra problematica rispetto alla vostra in Italia capita di avere dei medici giovani e meno preparati e quindi a essere noi ogni tanto a procedere a delle responsabilità acquisite durante i due anni di scuola. A me, per esempio è capitato due volte; arresti cardiaci in casa di persone, di intubarli in camera da letto o in bagno, quindi voglio vedere se anche in Italia ci sarà, in futuro dopo anni che se ne parla, da parte vostra, un corso vero e proprio a livello nazionale riconosciuto.

D.: BLUNTRIZ, IP specializzato in area critica di Torino, lavora a Novi Ligure - Anch'io come il signore di prima sono tedesco, ma da 10 anni lavoro in Italia.

Volevo dire una cosa ad un signore che prima diceva che il «milite» particolarmente addestrato è un insulto. La realtà europea non è affatto quella che il territorio e l'urgenza extraospedaliera è in mano all'IP. In Italia si punta o si cerca di conquistare questo spazio con infermiere non solo professio-

nale, ma IP specializzato, quindi con una formazione lunghissima per un ambiente di lavoro nel quale all'estero ad esempio, per i soccorritori professionali viene svolto in due anni, perché io facevo questo lavoro 15 anni fa in Germania, hanno già un sistema come qui attualmente ci sogniamo ancora, di soccorso e di tempi e qualità di intervento.

Mi chiedo se è possibile in Italia essere attivi con un sistema capillare fino nell'ultimo paesino dell'entroterra di qualche parte, essere presenti come IP a soccorrere e a fare rianimazione. Penso che anche dal punto di vista economico sia impossibile.

Poi mi chiedo se il nursing, cioè quello che è proprio della professione infermieristica sia veramente richiesto in una cosa totalmente tecnica e soggetta al solo protocollo e intervento manuale come quello della rianimazione d'urgenza nel triage extraospedaliero. Volevo sapere: l'Aniarti come la pensa in questo senso, con tutti i problemi che ha la professione infermieristica in Italia, in ospedale e sul territorio, vogliamo farci altri problemi sul territorio o nel soccorso; è indispensabile o non è meglio fare l'operatore tecnico di emergenza come da qualche parte in Italia ho letto è già stato iniziato a creare; mi sembra dalle parti di Trento o Verona? Indispensabile il medico fuori perché si somministrano farmaci, si fa terapia vera e propria, secondo me non è assolutamente indispensabile l'IP se mai come coordinatore per quanto riguarda il territorio, ma agendo da una struttura ospedaliera.

R.: DRIGO - Credo che l'opinione dell'Aniarti sia abbastanza manifesta da lungo tempo in questa direzione, visto che già dal 1987 l'Associazione aveva preparato un programma di formazione che è quello che attualmente viene svolto per il corso di specializzazione in area critica. Questo programma, che è stato pubblicato sulla rivista e noto ai vari livelli, ha sottesa una filosofia di attenzione alla globalità dell'assistenza alla persona. La nostra associazione ritiene fondamentale l'attenzione all'assistenza alla persona, e credo che sia difficilmente scomponibile il momento esclusivamente tecnico dal momento relazionale o organizzativo, proprio come la persona è difficilmente scomponibile in organi. Pertanto anche nel momento in cui si eroga un'assistenza che ha valenza prevalentemente tecnica, riteniamo sia necessaria un'impostazione, una visione, una modalità di approccio al problema che tenga conto della globalità ed è con questa filosofia che ci siamo messi a studiare, utilizzando ovviamente le migliori esperienze esistenti in Italia, per definire un corso di formazione che fosse in grado di creare una figura con caratteristiche tali da garantire risultati alla persona e non soltanto al suo organo malato.

Credo che questa sia una visione ed una filosofia vincente, visto che anche i Profili Professionali hanno riconosciuto l'attenzione alle specializzazioni di area; perché avrebbero potuto benissimo proporre delle specializzazioni di tipo tecnico e, vi garantisco che come associazione abbiamo avuto delle pressioni fortissime in questo senso per fare una specializzazione in aneste-

sia, rianimazione, terapia intensiva, eccetera. I tentativi sono stati fatti a livello nazionale e locale.

Si può optare per una formazione di tipo tecnico per la rianimazione però riteniamo, per quella che è stata l'esperienza degli infermieri italiani, che facendo una scelta di questo genere, si andrebbe in un'altra direzione. Ieri abbiamo denunciato una forte parcellizzazione di quelle che erano le impostazioni dell'assistenza sanitaria in ambito intensivo e abbiamo detto che gli infermieri italiani hanno un'esperienza diversa proprio perché quotidianamente vivono con le persone che sono ricoverate in questa struttura e che sono soggette a questi interventi della struttura sanitaria. Abbiamo fatto una scelta e, attualmente ci sembra la scelta vincente, di attenzione alla persona e di conseguenza la scelta di valorizzare tutti gli aspetti da tenere presenti.

Il corso di specializzazione sta diventando il corso a cui tutti mirano, che tutti ricercano, e sulla base del quale tutti intendono costruire formazione per l'IP nelle strutture dell'area critica. Però probabilmente molta strada dobbiamo fare e credo che potrebbe essere significativo sentire anche l'esperienza delle due colleghe al tavolo che hanno condotto per anni corsi di specializzazione per infermieri di area critica.

All'estero ci sono esperienze diverse, si tratta però di fare una scelta e vedere anche a quali risultati si tende mirare, se si vuole mirare solo a risultati parziali, di garantire un'ottima tecnica esecutiva di manovra di rianimazione, oppure se si vuole andare nella direzione di costruire un processo di assistenza nei confronti della persona, che a partire dal momento dell'intervento molto tecnico di rianimazione, se si vuole sul territorio, cominci immediatamente a costruire un'assistenza che abbia le caratteristiche della continuità, e pertanto, una grande garanzia per tutti i problemi che la persona vive quando si trova in situazione critica.

R.: SILVESTRO (al collega di Torino) - Secondo me le sue argomentazioni reggono poco perché in questa logica non capisco a che cosa serva il medico fuori. Infatti, se mi fa la prescrizione e si amplia il Mansionario, i farmaci li faccio lo stesso anche senza il medico. Non credo che sia questo il modo più corretto di affrontare il problema quando non è chiaro qual è la specificità disciplinare dell'IP, quale del medico, ma fondamentalmente, di che tipo di professionalità ha bisogno il cittadino quando si trova in situazioni di urgenza/emergenza? Questa è la scelta di fondo da fare. Vogliamo che la professionalità di cui può usufruire il cittadino sia quella acquisita da una persona che ha fatto un addestramento alla manualità? È una scelta politica...; questa associazione ha scelto di no. Ha scelto che la prestazione debba essere fatta da persona qualificata, preparata, non solo nella tecnica, ma anche nella relazione e nella gestione globale delle persone, quindi ritiene che queste cose vengano fatte da IP possibilmente specializzati.

Questa è la filosofia della nostra associazione, che abbiamo la soddisfazione di vedere ripresa da tutte le indicazioni normative. Le ultime linee gui-

da del Ministero sulla gestione dell'emergenza territoriale dicono: «... questa situazione deve essere trattata dal medico e dall'IP». Noi speriamo, in tempi non lunghissimi che sia scritto: medico, IP, IP specializzato nell'assistenza in area critica.

R.: BROLIS - Anche il corso che si sta realizzando a Trento riprende precisamente quella che è la filosofia dell'associazione Aniarti. Quindi il problema non è la quantità di cose che l'IP può fare o non può fare, ma è la formazione di una professionalità, di un nursing avanzato. Comunque, per rispondere alla sua domanda, il corso è pensato in un'ottica di area critica e quindi intra ed extraospedaliera, sui bisogni del paziente, non legata alla struttura.

D.: ? caposala di sala operatoria, Ospedale «Martini», Torino - Esistono dei piani di evacuazione dell'ospedale in caso di incendio o catastrofe, ed esistono dei piani di accoglienza di massiccio afflusso di persone dall'esterno ferite?

R.: BROLIS - C'è una normativa, la legge 626 che rende obbligatorio per tutte le aziende sanitarie, la predisposizione di piani relativi alla sicurezza e alla gestione delle situazioni di calamità. Quindi entro il 27 novembre 1996 (c'è proprio un termine di questo genere) tutte le aziende devono presentare dei piani in cui è prevista la gestione di queste situazioni e tutta la formazione del personale per attuarle.

Carissimi colleghi,

un caloroso saluto a voi presenti in sala, che avete seguito con interesse gli argomenti fino ad ora trattati.

Sono Stefano Burlando, appartengo da un anno al Consiglio Direttivo ANIARTI, ed è per me sicuramente motivo di grande orgoglio e soddisfazione partecipare attivamente alla vita dell'Associazione.

Credo che chiunque ne entri a far parte debba porsi in un'ottica orientata e proiettata sempre verso nuovi orizzonti.

Lavorare in associazione significa responsabilizzarsi maggiormente, sia intrecciando rapporti con colleghi di altre regioni, sia cercando di attuare iniziative proprie in loco. Lavorare in ANIARTI significa contare sulla disponibilità dei soci e lavorare assieme su progetti importanti di sviluppo culturale e professionale.

In Liguria, come soci e delegati ANIARTI abbiamo colto l'esigenza di molti colleghi di disporre di strumenti formativi strutturati e riconosciuti. Per l'assistenza in Area Critica, anche in Liguria non esistono possibilità istituzionali di formazione, mentre in alcune regioni italiane (Friuli, Trentino Alto Adige, Piemonte e Toscana) è ormai stato istituito il corso di specializzazione in Area Critica, così come studiato e proposto dall'ANIARTI.

Insieme ad un gruppo di soci liguri ANIARTI, abbiamo iniziato a prendere contatti con gli organi competenti in Regione, per far presente l'esigenza e per sollecitare l'istituzione di un corso di formazione post-base, già strutturato e sperimentato.

Le esigenze della Sanità in Liguria non possono essere prive di strumenti di formazione che consentano di acquisire e trasmettere professionalità e competenze per risolvere problematiche assistenziali sempre più complesse.

Il processo è tuttora in corso, e sicuramente non privo di difficoltà. Abbiamo trovato, ovviamente, molta disponibilità da parte del Presidente del Collegio IPASVI di Genova, Enrico Cavana, intenzionato a partecipare attivamente al progetto, come pure, disponibilità è stata espressa dal Presidente del Collegio IPASVI di Savona, Massimo Bona.

«Tastando il polso» tra i colleghi dell'Area Critica ligure, c'è una forte richiesta di una formazione specifica, diretta ad incrementare e supportare le conoscenze in Area Critica, una realtà tanto complessa quanto affascinante.

In questo progetto abbiamo avuto il supporto di Annalisa Silvestro, vicepresidente ANIARTI, la quale si è dimostrata sempre disponibile (impegni suoi permettendo), e che sicuramente continuerà ad aiutarci nei rapporti con le sedi opportune della sanità ligure.

Quali sono i punti di forza di tale corso? Obiettivo principale è la formazione di un vero professionista della salute, abile e capace di rispondere con competenza ai delicati bisogni del paziente critico, senza dimenticare l'impor-

tanza dell'instaurare rapporti sociali con i parenti e di collaborazione professionale con operatori di altre professionalità o di altre unità operative.

Non è questo il momento per presentare diffusamente il corso, che rappresenta comunque, una grande novità anche nell'impostazione della metodologia didattica e nella filosofia complessiva che lo sostiene.

Il raggiungimento della meta di veder realizzato il corso è ancora lontano, ma chiedo a tutti voi, specialmente a quanti vivono in Liguria, di essere molto attenti a quanto nel panorama sanitario si muove sul versante della formazione.

Inoltre, credo sia necessario che in ogni occasione opportuna vi sia da parte vostra la manifestazione dell'esigenza di nuova formazione infermieristica specialistica. Insieme, e se saremo tanti a chiedere questo «strumento» per poter lavorare meglio, avremo maggiore speranza di ottenere questo «strumento» per poter rendere un migliore servizio ai cittadini. È questo che ci anima e, nello stesso tempo, ci deve «rianimare».

Ancora un caloroso saluto a tutti voi, con la speranza di potervi dire, magari al prossimo Congresso Nazionale ANIARTI «anche noi, come Regione Liguria, abbiamo cominciato!»

Grazie e buon proseguimento di Congresso!

PROPOSTE PER LA GESTIONE DI SITUAZIONI D'URGENZA/EMERGENZA INTRAOSPEDALIERA

N. SPEZIALI ⁽¹⁾ (relatrice), P. DAVI ⁽¹⁾ (relatrice), S. CESTARI ⁽¹⁾

I. LANFREDI ⁽¹⁾, R. MOTTI ⁽¹⁾, E. PIVA ⁽¹⁾

⁽¹⁾ I.P. Servizio di Anestesia-Rianimazione - MANTOVA

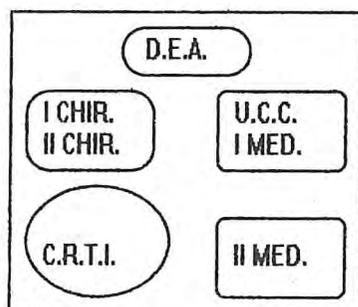
Introduzione

Il C.R.T.I. nasce a Mantova a metà degli anni '60 come servizio mobile e diviene Unità Operativa verso la fine dello stesso decennio. Questo padiglione era collocato in uno spazio compreso fra il D.E.A. e i principali servizi dell'Ospedale. Il reparto era dotato di 7 posti letto di cui 5 collocati in stanze singole disposte ad emiciclo e 2 di emergenza situati nel corridoio di transito. Era presente un posto letto nella stanza normalmente adibita a Pronto Soccorso dove venivano accolti gli ammalati provenienti dal D.E.A. o dai reparti di degenza.

Il «vecchio» C.R.T.I. era inoltre nelle immediate vicinanze dei reparti di degenza che, come vedremo in seguito, richiedono sovente l'intervento del medico rianimatore. Tali reparti sono (vedi fig. 1):

- I Chirurgia;
- II Chirurgia;
- I Medicina;
- II Medicina;
- Unità Coronarica;

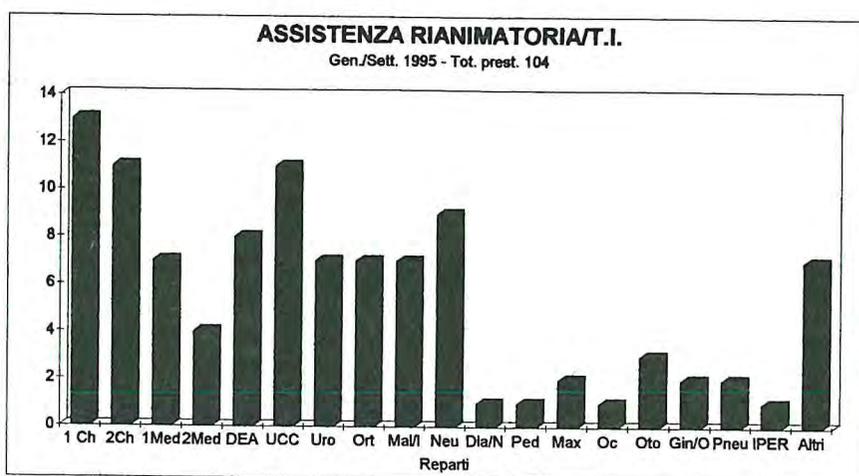
Fig. 1



In questa realtà l'infermiere di «area critica» assicurava, con il medico rianimatore, l'assistenza al paziente critico nei reparti base (*per paziente critico si considera qualunque ammalato acuto e grave, con aumentato rischio di*

morte improvvisa e ragionevoli possibilità di recupero qualora sottoposto ad opportune cure e a terapie intense ed intensive). Pur erogando già allora assistenza personalizzata, al momento dell'uscita per una situazione d'urgenza, questa non scadeva in quanto tutti i pazienti erano seguiti e controllati dai colleghi presenti.

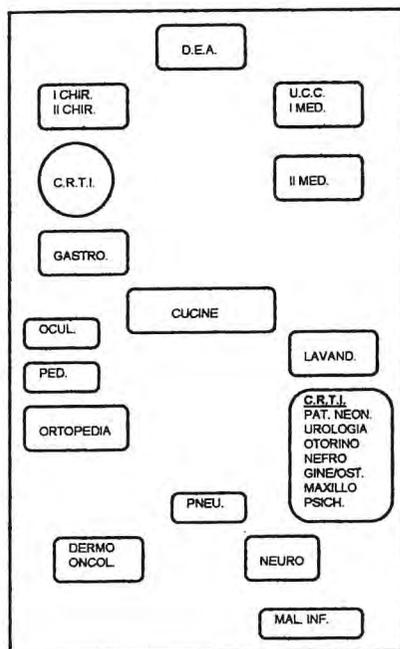
Per capire meglio il problema insorto dopo lo spostamento nella nuova struttura, vi proponiamo un grafico raffigurante il numero di interventi rianimatori fatti da gennaio a settembre di quest'anno, nei vari reparti.



Come si può notare dal grafico i reparti maggiormente chiamati in causa sono le Chirurgie, le Medicine, il D.E.A., l'U.C.C., ma anche Urologia, Ortopedia, Malattie Infettive e Neurologia. Mentre i primi sono molto vicini tra loro e nei pressi del C.R.T.I., i secondi sono decentrati fra loro e distanti dall'attuale C.R.T.I.

Nel *marzo 1995*, circa un anno dopo l'arrivo del nuovo primario, si è verificato lo *spostamento del C.R.T.I.* nella nuova struttura posta nel monoblocco e decentrata rispetto ai reparti più «critici» (vedi fig. 2).

Fig. 2



Attualmente ci troviamo in una struttura edilizia e topografica estremamente diversa:

- il nuovo reparto è lineare e sicuramente più dispersivo;
- è costituito da 8 box singoli comunicanti fra loro a due a due più uno d'emergenza;
- l'assistenza personalizzata si approfondisce: rapporto infermiere/paziente 1:2 o 2:1.

In questa realtà operativa diventa difficoltoso, se non impossibile, «lasciare» il reparto per garantire l'assistenza al paziente critico nei reparti di degenza.

Nasce così il problema:

quale assistenza al paziente in situazioni d'emergenza, non degente in T.I.?

In una riunione di reparto, con il caposala e i colleghi infermieri viene discusso del problema e si ipotizza una soluzione in loco: «addestrare» gli infermieri nella gestione del paziente critico. Per convalidare i nostri dubbi si è pensato di inviare a tutti i colleghi un questionario conoscitivo anonimo.

Il problema e la relativa ipotesi di soluzione vengono presentati alla componente organizzativa dell'azienda ospedaliera:

- primario del C.R.T.I. (dott. Zanello);
- direzione sanitaria;
- presidio di formazione permanente.

La sensibilizzazione della componente operativa (infermieri) dell'azienda ospedale avviene mediante un questionario anonimo composto da 12 domande e preceduto da una breve introduzione che lo motiva. Questo sistema di indagine ci è parso lo strumento più idoneo per esplorare le diverse realtà lavorative e per raccogliere i dati che a noi erano utili.

Dal presidio di formazione ci viene suggerito di far emergere dal questionario dati di tipo:

- organizzativo: carenze di personale, turni pesanti;
- conoscitivo: rilevare conoscenze e capacità in possesso;
- formativo: specifiche richieste di aggiornamento.

L'analisi di tali dati permette di valutare quanto è imputabile al sistema organizzativo dell'Azienda e quanto ci si aspetta dall'intervento formativo.

Abbiamo avuto 40 giorni di tempo per la distribuzione, la compilazione ed il ritiro dei questionari. La consegna di questi è avvenuta durante una riunione del coordinamento A.F.D.

Il questionario era così strutturato:

Reparto: _____

Età: _____

Anni di servizio: _____

1) Da quanti I.P. è formato l'organico del tuo reparto? _____

2) Quanti I.P. sono presenti ogni turno?

Mattina

Pomeriggio

Notte

3) Di quanti posti letto dispone la tua sezione? _____

4) Hai avuto occasione di assistere un malato con gravi complicazioni acute improvvise che comportano pericolo di morte (paziente critico)?

Sì ()

No ()

5) Quali fra le seguenti (quantificare in ordine decrescente)?

* arresto cardicircolatorio _____ * embolia polmonare _____

* edema polmonare acuto _____ * emorragia grave con stato di shock _____

* insuff. respiratoria acuta _____ * altre _____

Dai questionari raccolti ed elaborati viene fatta una prima suddivisione dei dati per aree; ne abbiamo distinte 4:

- * *area medica:*
 - I Medicina
 - II Medicina
- * *area specialistica medica:*
 - U.C.C.
 - Cardiologia
 - S.P.D.C.
 - Neurologia
 - Pneumologia
 - Dermatologia
 - Oncologia
 - Malattie Infettive
 - Emodialisi
 - Nefrologia
 - Pediatria;
- * *area chirurgica:*
 - I Chirurgia
 - II Chirurgia;
- * *area specialistica chirurgica:*
 - D.E.A.
 - Urologia
 - Maxillo-facciale
 - Otorino
 - Ginecologia/Ostetricia
 - Ortopedia.

Dai dati emersi abbiamo considerato:

- quanti I.P. hanno assistito un paziente critico;
- quante volte si è reso necessario l'intervento del rianimatore;
- qual è la patologia più frequente;
- quanti di loro si sentono preparati per gestire situazioni «d'urgenza/emergenza rianimatoria»;
- quanti ritengono utile un corso d'aggiornamento post base in nursing rianimatorio.

Analisi dei dati

Area medica:

- I.P. che hanno risposto al questionario sono 60 su 63;
- 100% ha assistito pazienti con gravi complicazioni acute improvvise che comportavano pericolo di morte;
- 94% dei casi è stato richiesto l'intervento del rianimatore;

- 45% si ritiene preparato alla gestione di situazioni d'urgenza/emergenza rianimatoria;
- 100% ritiene importante un corso d'aggiornamento in nursing rianimatorio.

Area specialistica medica:

- infermieri che hanno risposto al questionario sono 153 su 188;
- 99% ha assistito pazienti con gravi complicazioni acute improvvise che comportavano pericolo di morte;
- 85% dei casi è stato richiesto l'intervento del medico rianimatore;
- 37% si ritiene preparato alla gestione di situazioni d'urgenza/emergenza;
- 98% ritiene importante un corso d'aggiornamento in nursing rianimatorio.

Area chirurgica:

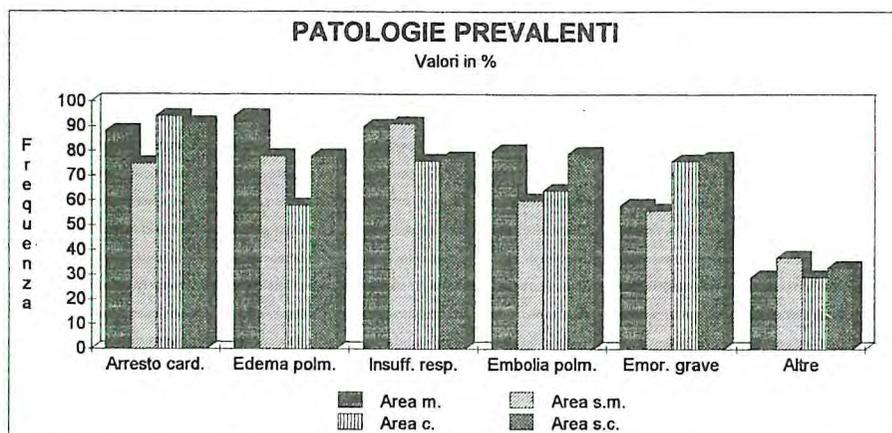
- infermieri che hanno risposto al questionario sono 22 su 79;
- 100% ha assistito pazienti con gravi complicazioni acute improvvise che comportavano pericolo di morte;
- 100% dei casi è stato richiesto l'intervento del medico rianimatore;
- 52% si ritiene preparato alla gestione di situazioni d'urgenza/emergenza;
- 92% ritiene importante un corso d'aggiornamento in nursing rianimatorio.

Area specialistica chirurgica:

- infermieri che hanno risposto al questionario sono 62 su 156;
- 96% ha assistito pazienti con gravi complicazioni acute improvvise che comportavano pericolo di morte;
- 92% dei casi è stato richiesto l'intervento del medico rianimatore;
- 55% si ritiene preparato alla gestione situazioni d'urgenza/emergenza;
- 98% ritiene importante un corso d'aggiornamento in nursing rianimatorio.

<i>Dati riassuntivi del questionario</i>	<i>Area m.</i>	<i>Area s.m.</i>	<i>Area c.</i>	<i>Area s.c.</i>
I.P. che hanno risposto al questionario	60/63	153/188	22/79	62/156
I.P. che hanno assistito pz. «critici»	100%	99%	100%	96%
Richiesta intervento rianimatore	94%	85%	100%	92%
I.P. che si ritiene preparato	45%	37%	52%	55%
I.P. che ritengono importante un corso	100%	98%	92%	98%

Il grafico sottostante riporta la percentuale di patologie prevalenti nelle suddette aree.



Dall'analisi dei dati emerge:

* tasso di «mortalità» dei questionari del 39% definito poco «fisiologico» dal nostro presidio di formazione; infatti i questionari inviati ai reparti sono stati 486 e ne sono tornati 297. Questo potrebbe essere imputabile a vari fattori:

- presentazione del questionario con motivazioni e modalità diverse da parte delle Caposala;
- interpretazione soggettiva ad alcune domande espresse nel questionario;
- tempi brevi per la distribuzione e raccolta del questionario;
- carichi di lavoro maggiori in alcune aree;

* discrepanza tra i dati emersi: I.P. che si ritiene preparato/richiesta di aggiornamento/richiesta intervento rianimatore: questa differenza si verifica soprattutto nell'area chirurgica e nella specialistica chirurgica probabilmente imputabile all'anzianità di servizio (4/5 anni) che giustificerebbe le nozioni teoriche apprese nella formazione di base, ma che non si traduce in comportamenti idonei.

* presa di coscienza da parte dei colleghi I.P., vista l'elevata percentuale di pazienti critici assistiti, di aggiornarsi in merito.

Motivazioni al corso

La motivazione al corso nasce da una richiesta specifica da parte dei colleghi I.P.; in seconda istanza dai dati emersi non c'è corrispondenza, in alcune aree, fra le conoscenze e le abilità.

La scelta del corso, anziché altri interventi formativi, si rende necessaria in quanto si garantisce un intervento capillare sugli operatori, riducendo le difficoltà di trasmissione delle informazioni che si verificherebbero con altri mezzi.

D'altra parte, esiste solo da alcuni anni una formazione specifica, nelle scuole della nostra provincia, in merito al nursing rianimatorio che, nel nostro caso, si traduce in una percentuale di infermieri preparati molto piccola rispetto alla totalità. Il corso trova una motivazione anche in questo contesto.

Obiettivi del corso

Gli *obiettivi generali* del corso di formazione del personale consistono:

- rispondere ad una effettiva richiesta da parte dell'utenza;
- essere propositivi nei confronti dell'Azienda rispondendo ad un problema organizzativo;
- stimolo all'autoformazione ed aggiornamento che da questo deriva, in previsione dell'attività di docenza da parte degli I.P. del C.R.T.I.

Gli *obiettivi intermedi* del corso di formazione consistono:

- riconoscere l'urgenza;
- attuare correttamente una linea di soccorso;
- conoscere i principali farmaci della rianimazione;
- definire le procedure di intervento;
- definire i sistemi di valutazione (questionario dopo un anno, caposala come referenti, follow-up dopo un anno);
- garantire una continuità nella sensibilizzazione dei colleghi I.P. coinvolgendo i caposala nel corso in veste di discenti.

Gli *obiettivi specifici*, che definiscono i termini del corso, sono in fase di sviluppo.

Considerazioni conclusive

I risultati complessivi ottenuti percorrono due strade:

1) gli I.P. del C.R.T.I. sono «professionalmente cresciuti»: hanno sollevato un problema legato a nuove esigenze assistenziali, affrontandolo in modo propositivo e in relazione agli obiettivi dell'Azienda: rispondere in modo efficace/efficiente ad una richiesta specifica dell'utente, un servizio di qualità sempre in crescita;

2) insieme alla identificazione di un problema è nata la richiesta di formazione che si esplica con l'ideazione di un corso post-base «Corso d'aggiornamento per infermieri professionali sul Nursing Rianimatorio» che verrà attuato nella primavera 1996 e che identificherà come docenti gli infermieri di rianimazione.

Di questa esperienza abbiamo identificato sia aspetti positivi, che negativi; tra i primi ricordiamo:

- l'ideazione di un corso di formazione post-base;
- lo stimolo all'autoformazione ed aggiornamento che da questo deriva.

Tra quelli negativi:

- la difficoltà a stendere un questionario il più oggettivo possibile;
- impossibilità di «testare» il questionario prima di somministrarlo (poco tempo disponibile);
- la difficoltà nel comprendere alcuni dati emersi:
 - * il 39% degli I.P. non ha risposto al questionario;
 - * collaborazione attiva solo da alcuni caposala;
 - * impossibilità di estrapolare dati successivi che giustifichino la non partecipazione (poco tempo a disposizione? mancata interpretazione delle finalità?).

Se è vero che abbiamo incontrato una percentuale di colleghi poco motivati è altrettanto vero che la maggioranza ha dimostrato disponibilità e collaborazione. Questo è stato interpretato come un segno di collettiva sensibilità di noi infermieri al «bisogno» del cittadino che si affida alla nostra competenza e professionalità.

Nella realtà questa esigenza si traduce nella programmazione di un corso di formazione che si suddivide per aree (medica, specialistica medica, chirurgica, specialistica chirurgica) con lo scopo di uniformare conoscenze e comportamenti come risposta ad una richiesta dell'utente.

Ci sembra doveroso ringraziare i colleghi dei reparti per la loro collaborazione alla realizzazione di questo importante progetto. Con la loro partecipazione saremo in grado di rendere qualitativamente migliore il «prodotto» dell'assistenza infermieristica in senso globale.

UN PROGETTO DI QUALITÀ TOTALE

FRANCESCA PRATI

I.P. Servizio di anestesia e rianimazione - Azienda ospedaliera Arcispedale Santa Maria Nuova
- Reggio Emilia

L'Azienda Ospedaliera Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia è nata come tale il 1° gennaio 1995, ma già da qualche anno si sta operando una rilettura degli atteggiamenti verso compiti istituzionali, al fine di attuare dei miglioramenti dei servizi prestati all'Utenza.

Già dal '92 è stato attivato il Progetto Qualità Totale inteso come processo di miglioramento continuo che implica una ricerca permanente e una visione riferita agli interessi del Cliente/Utente.

L'attenzione è stata rivolta così sia alla qualità del prodotto/prestazione erogata, sia alla modalità di erogazione, sfruttando la partecipazione di ogni singolo operatore come protagonista del miglioramento, lo sviluppo professionale attraverso la formazione continua e infine, un approccio scientifico alla soluzione dei problemi.

Nel cammino verso la logica aziendale e il miglioramento continuo, considerando come tappe per il futuro la trasparenza e la garanzia di qualità per il Cliente/Utente, si collocano i «Gruppi di Miglioramento», attivati su processi individuati come prioritari.

Sono questi 9 gruppi di operatori che hanno elaborato, già a partire dal 1993, delle strategie di miglioramento.

I gruppi recuperano e valorizzano le potenzialità degli operatori, permettono un percorso di sviluppo personale e continuo, una visione complessiva dei processi organizzativi, producono cultura professionale, agendo secondo la dimensione del miglioramento continuo, con ampia autonomia, su cose concrete e misurabili nei risultati raggiunti, controllandone eventuali ricadute.

Tra questi, quello che a nostro parere risulta essere più significativo nella nostra realtà operativa, è il gruppo «Predisporre professionalità» che lavora per individuare possibilità innovative per la crescita professionale degli infermieri e che ha elaborato percorsi formativi in tre settori tra cui il Dipartimento di Emergenza Urgenza, iniziato già a partire dal febbraio '95.

Nel programma di Qualità sono stati istituiti inoltre sistemi di audit interno, allo scopo di certificare il livello qualitativo raggiunto.

Nell'intento di garantire una maggiore trasparenza e omogeneità nella gestione dei servizi, sono state elaborate «8 norme di buona qualità» alle quali si cerca di rispondere nell'affrontare le esigenze dell'Utenza.

Il Servizio nel quale operiamo è una Rianimazione polivalente, istituita nel 1976 e ristrutturata nel 1992; l'area di popolazione servita comprende tut-

ta la provincia di Reggio Emilia, con un bacino d'utenza di circa 450.000 persone.

Gli Utenti che usufruiscono del servizio sono circa 360 ogni anno.

Disponiamo per il momento di 10 posti letto attrezzati.

Nel Servizio operano 25 Infermieri Professionali, 1 Caposala, 8 OTA e 10 Medici a rotazione con il Servizio di Anestesia.

Non essendo la struttura del reparto predisposta ai doppi percorsi (sporco/pulito), al fine di garantire il minor rischio di diffusione di infezioni nosocomiali, si è deciso di mantenere il reparto chiuso a visitatori esterni.

I contatti tra ogni singolo Paziente e il proprio nucleo familiare, avvengono tramite un sistema di telecamere a circuito chiuso che trasmette le immagini del Paziente su un video, posto in una stanza esterna alla zona di degenza.

In questa stanza vengono accolti i parenti dei Pazienti due volte nell'arco della giornata, ad orari prefissati; in una di queste occasioni i familiari ricevono da un Medico notizie e chiarimenti sulle condizioni cliniche dell'assistito. Attraverso un sistema di interfoni inoltre i visitatori sono in grado di instaurare un contatto verbale con il Paziente.

Non disponendo all'interno del nostro ospedale di reparti di Neurochirurgia e Cardiochirurgia, ci appoggiamo, in caso di necessità, ad ospedali di province limitrofe.

Il servizio di Anestesia e Rianimazione si propone come finalità principali, quella di fornire prestazioni sicure e nello stesso tempo tempestive e inoltre quella di instaurare e mantenere una relazione terapeutica con il malato, durante tutto l'arco della degenza.

È chiaro come risulti difficile soddisfare il bisogno di relazione terapeutica in una terapia intensiva, soprattutto perché complessa risulta una analisi dei bisogni non esplicitati che vanno oltre le prestazioni urgenti e d'emergenza.

I nostri obiettivi quali operatori di Rianimazione diventano quelli di garantire la qualità del servizio, promuovendo un modello organizzativo idoneo all'interpretazione dei bisogni del cliente e l'assunzione di responsabilità in relazione ai risultati delle nostre azioni.

L'aziendalizzazione degli ospedali prevede un più alto grado di responsabilizzazione a livello istituzionale e operativo e questo coinvolge diverse professionalità che ruotano intorno ai fruitori dei servizi e delle prestazioni erogate dall'Azienda Ospedaliera.

I cambiamenti indotti dal processo di aziendalizzazione che hanno necessariamente influenzato l'organizzazione di molti Reparti e Servizi, a nostro parere sono stati avvertiti in misura minore dagli operatori di Rianimazione, soprattutto quelli riguardanti i rapporti tra Professionisti e Utenti.

Questo fatto ci sembra dovuto sostanzialmente alle caratteristiche intrinseche di tale servizio e alla tipologia di pazienti che ne usufruiscono, poiché gli interventi da attuare d'urgenza diventano prioritari rispetto a qualsiasi rapporto Professionista-Cliente.

Garantire tali priorità è fondamentale nei reparti di Rianimazione e di

venta un elemento importante rispetto al rapporto col Cliente che comunque si stabilisce in un secondo momento (la sequenza temporale non svaluta l'importanza di ogni elemento).

Nella fase d'urgenza dunque il Cliente, trovandosi nell'impossibilità di assumere un ruolo attivo nel rapporto con i professionisti, viene completamente affidato ad essi e alle loro competenze specifiche.

In questo senso il professionista deve garantire un livello di prestazioni tale da rispettare comunque i criteri del rapporto contrattualistico, come se effettivamente in quel momento il paziente fosse nelle condizioni di poter attuare delle scelte.

Per garantire questo occorre ottimizzare il livello di prestazioni, cosa che il professionista deve sempre mantenere come obiettivo del proprio operato e che lo porta, soprattutto in una realtà come la nostra, ad avere delle grosse responsabilità nei confronti del Cliente.

Ottimizzare la gestione delle aziende ospedaliere prevede il rispetto di diversi criteri quali l'efficacia, l'efficienza, l'ottimale utilizzo delle risorse, la competenza dei singoli professionisti che devono attuare un comportamento derivante dalla preparazione specifica e da valori etico-morali, per il raggiungimento dei fini della tutela della salute.

Il nostro obiettivo come infermieri di Rianimazione, diventa quello di dare al Cliente ciò che egli si aspetterebbe da noi, anche se questo ci risulta difficilmente valutabile in concreto.

Per questo siamo chiamati a garantire un'assistenza qualificata sempre, anche se manca (almeno nella fase acuta/critica) un riscontro diretto con l'Utente.

Per raggiungere tale fine abbiamo adottato diverse strategie, concordi con gli obiettivi individuati dai Gruppi di Miglioramento e con le 8 regole di buona qualità.

Nel nostro reparto, nel quale si lavora secondo i criteri del Problem Solving, si è scelto di adottare un modello organizzativo sull'impronta del Primary Care, mirante ad ottimizzare i livelli del nursing attraverso un tipo di assistenza il più possibile olistica e personalizzata.

L'infermiere, adottando questo modello, ha cercato di riappropriarsi dell'intero processo assistenziale attraverso la presa in carico del paziente. Questo modello organizzativo è a nostro parere quello che meglio permette l'instaurarsi di un rapporto professionale completo tra Utente e Operatore.

Nella nostra realtà ad ogni infermiere vengono affidati in media due pazienti, non essendo sempre realizzabile l'ottimale rapporto numerico paritario. Ogni paziente è affidato a un professionista che è responsabile della individuazione e risoluzione dei problemi assistenziali specifici, della pianificazione, attuazione e valutazione degli interventi, secondo la sequenza logico-temporale prevista dal Processo di Nursing, durante tutto il periodo di degenza.

L'infermiere risulta dunque un professionista con ampi spazi di autono-

mia e responsabilità, con funzioni specifiche pur interagendo con altre figure, al fine di fornire prestazioni qualificate, verificandone l'efficacia.

La nostra figura ha uno spazio operativo proprio che mantiene grazie ad un alto impegno personale e disponibilità all'aggiornamento, data la complessità del reparto in cui opera.

Pur attuando la presa in carico globale del paziente, ogni due turni di lavoro avviene una rotazione degli infermieri, i quali si scambiano i pazienti da assistere; questo accordo è nato dalla necessità di permettere ad ogni infermiere di conoscere a rotazione tutti i pazienti ed inoltre in questo modo i casi più complessi dal punto di vista assistenziale e/o psicologico non gravano sempre sullo stesso infermiere.

Questo discorso si è rivelato importante soprattutto per quei pazienti che necessitano di una degenza prolungata e/o particolarmente complessa, diminuendo così il rischio di Burn-out.

Anche l'organizzazione dei turni è stata studiata per garantire la continuità assistenziale mediante la sovrapposizione dei turni di 30 minuti, dedicati al passaggio delle consegne.

Il passaggio delle informazioni riguardanti ogni singolo assistito è presentata da tutti gli infermieri del turno in modo che ogni operatore, pur avendo in carico solo due pazienti, sia a conoscenza dei problemi di tutti i pazienti presenti in reparto e in grado così di affrontare qualsiasi evenienza.

Altre strategie organizzative riguardano ad esempio la formazione infermieristica.

Sono presenti nel nostro reparto due figure infermieristiche nate in qualità di «Animatori di Formazione», che hanno il compito di verificare le esigenze dell'équipe, rispetto al bisogno di approfondire certe tematiche o argomenti.

Gli animatori diventano così promotori di aggiornamenti periodici rivolti all'équipe di reparto.

Nei primi mesi del '95 ad esempio, è stato promosso un corso di aggiornamento per gli infermieri da poco operanti nel servizio di Rianimazione, nato dall'esigenza di migliorare la formazione specialistica di un consistente numero di infermieri, assunti in seguito all'ampliamento della pianta organica, e di integrarli nel miglior modo all'équipe infermieristica con più esperienza di servizio.

Questo aggiornamento si è svolto in diverse fasi: le lezioni sono state precedute da un incontro introduttivo tra i promotori del corso e i partecipanti, in cui è stata fatta la presentazione del programma e consegnato un questionario ai nuovi infermieri per verificare le loro conoscenze specifiche in merito al nursing di rianimazione.

I risultati di questi questionari hanno permesso di perfezionare ulteriormente il programma degli incontri.

Il corso, della durata complessiva di circa tre mesi, è stato strutturato in dieci incontri a tema, ciascuno presieduto da due docenti (un medico e

un infermiere di reparto), con la finalità di integrare la parte medica con quella infermieristica.

La parte teorica delle lezioni, supportata da alcune dispense, è stata alternata a prove pratiche con spazi destinati a domande e chiarimenti. Il corso si è concluso con una rapida verifica scritta allo scopo di valutare il grado di apprendimento raggiunto, seguita subito dopo dalla correzione della stessa da parte dei docenti e discenti insieme, in modo da individuare eventuali punti non chiari e fare un bilancio complessivo sullo svolgimento del corso.

In seguito sono stati consegnati ai partecipanti dei questionari, per valutare se le loro aspettative nei confronti del corso fossero state soddisfatte, e altri rivolti agli infermieri del reparto per avere un giudizio sull'utilità del corso, se effettivamente questo ha contribuito, nell'operatività concreta, a favorire la formazione e l'inserimento dei nuovi infermieri.

Nel periodo compreso tra dicembre '94 e marzo '95 è stato attuato uno studio sull'incidenza nel nostro reparto di infezioni nosocomiali e sul controllo delle infezioni crociate, e uno studio sui vari tipi di catetere venoso centrale.

In programma per i prossimi mesi ci sono altre iniziative, quali la stesura e la sperimentazione di nuovi protocolli operativi riguardanti l'espianto d'organi, le procedure diagnostiche, l'assistenza in caso di intossicazione e altri studi/ricerche come ad esempio il perfezionamento della cartella infermieristica.

Dal 10 ottobre '95 è partito un progetto di rotazione degli infermieri all'interno dei reparti di area critica dell'Azienda Ospedaliera Arcispedale Santa Maria Nuova : Rianimazione, Pronto Soccorso, Centrale Operativa, Cardiologia, UTIC e Medicina d'Urgenza.

Sono in corso anche stages da parte del nostro personale, nei reparti di Neurochirurgia degli Ospedali di Parma, Modena e Bologna al fine di favorire il nostro apprendimento riguardante la gestione del paziente neurochirurgico.

Nei mesi precedenti gli Animatori di Formazione hanno rilevato l'esigenza da parte dell'équipe infermieristica, di partecipare ad un corso di aggiornamento con uno psicologo per migliorare la relazione terapeutica con il paziente e i rapporti con i parenti.

L'esigenza di affrontare questo tema è nata perché attualmente il rapporto che si instaura con il paziente critico è a volte vissuto in maniera frustrante dagli infermieri, proprio a causa della precarietà delle condizioni vitali dell'assistito; su di essi pesa inoltre un tipo di rapporto distaccato (a volte assente) con i parenti, con i quali manca spesso un riscontro diretto.

Il rapporto con i parenti avviene per ora solo grazie all'iniziativa del singolo operatore che si fa carico di fare da tramite tra paziente e parenti e tra parenti e paziente, poiché il contatto tra le due parti avviene indirettamente e solo ad orari predeterminati.

Durante il contatto audiovisivo tra parenti e assistito, l'infermiere referente del paziente rimane disponibile accanto ad esso per eventuali chiarimenti, mentre i parenti vengono accolti e ricevono notizie da un medico.

Dal mese di settembre sono stati presi accordi con uno psicologo che ha

iniziato il suo lavoro da un'analisi dei rapporti attualmente esistenti tra operatori, pazienti e parenti e delle aspettative che ognuna delle parti ha da tali rapporti, tutto questo al fine di attuare interventi idonei nell'ottica di un rapporto di tipo contrattualistico.

Lo psicologo sta raccogliendo dei dati da una serie di colloqui fatti con un campione di operatori del reparto, infermieri e medici, scelti tra le diverse fasce di anzianità di servizio.

È inoltre stato contattato un campione di persone che in passato hanno usufruito del Servizio ed un campione di parenti di tali pazienti, entrambi scelti in modo randomizzato, per avere un campione statistico il più possibile significativo ai fini della ricerca.

Ad essi verrà fatta un'intervista da parte dello psicologo che servirà ad analizzare le impressioni avute in merito al rapporto con gli operatori.

Solo tra qualche tempo saremo in grado di rendere noti i risultati della ricerca e solo in base a questi, potremo proporre un miglioramento codificato dell'impostazione dei rapporti tra gli operatori, il paziente e i suoi famigliari.

Altre strategie adottate per raggiungere un livello assistenziale qualitativamente rilevante, fanno ormai parte dell'organizzazione del Reparto, tra queste l'integrazione fra le varie figure professionali e l'inserimento degli OTA, la formazione di due infermieri in qualità di tutors, per garantire la preparazione e l'inserimento degli allievi infermieri.

Anche il Sistema Informativo in uso è stato adattato in riferimento alle esigenze specifiche del Reparto, e in funzione delle quali può essere rivisto e perfezionato.

Nella pratica quotidiana, dove la tempestività nella gestione dei problemi non è un elemento trascurabile, si rivela molto utile l'utilizzo di protocolli operativi atti a conformare le prestazioni assistenziali, sulla base di dati scientifici individuati da ricerche bibliografiche e dalla sperimentazione sul campo (ad esempio, utilizziamo protocolli sulla gestione dei cateteri venosi centrali, sulle broncoaspirazioni, ecc.).

Viene utilizzata una Cartella Infermieristica messa a punto dagli infermieri di reparto, perché possa sopperire al meglio alle esigenze specifiche.

Tale documento viene utilizzato per ogni assistito per raccogliere le informazioni che riteniamo utili per attuare il Processo di Nursing; esso è necessario inoltre per garantire la continuità assistenziale come valido supporto al Processo stesso, dall'individuazione dei problemi assistenziali, alla valutazione delle prestazioni.

Queste sono strategie messe a punto nel nostro Reparto, per garantire al Cliente un livello di prestazioni qualitativamente elevato e conforme alle aspettative dell'Utenza.

Per verificare il raggiungimento degli obiettivi preposti, abbiamo elencato una serie di indicatori di processo, strategie alle quali stiamo lavorando e che vorremmo coronare, disponendo in un prossimo futuro di indicatori di risultato (soprattutto per quanto riguarda il fine che ci proponiamo, di

instaurare e mantenere una relazione terapeutica ottimale), che ci potranno essere forniti da un audit esterno al Reparto e dalle risposte dei cittadini.

Noi infermieri di Rianimazione, trovandoci a gestire situazioni assistenziali particolarmente complesse, ci facciamo carico di precise responsabilità professionali nei confronti del Cliente; indipendentemente dal rapporto che si instaura con esso, siamo chiamati a garantire un'assistenza sempre più qualificata, che richiede grande professionalità e un impegno costante nella formazione e nell'operatività quotidiana, poiché abbiamo il dovere di rispondere del nostro operato all'Organizzazione, alla nostra coscienza professionale e soprattutto, al Cliente.

ESPERIENZE ASSISTENZIALI IN SITUAZIONI DI URGENZA-EMERGENZA INTRA ED EXTRA OSPEDALIERE CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALL'OPERATIVITÀ, ALLA TECNOLOGIA ED AI RISULTATI ATTESI ED OTTENUTI

MARIA ROSA SARIA ⁽¹⁾, PASQUALE ALBANESE ⁽²⁾

⁽¹⁾ I.P.S. C. Op. 118 - Udine

⁽²⁾ I.P. C. Op. 118 - Udine

Lo scopo del nostro lavoro, sarà quello, di utilizzare come «filo conduttore» l'intervento operativo indirizzato al paziente traumatico e medico.

Sulla base di questa traccia affronteremo dettagliatamente le varie fasi dell'intervento e della missione, argomentando sui principali *ingredienti* della assistenza, in situazioni di urgenza-emergenza, riferiti alla nostra realtà operativa. L'intelaiatura che abbiamo voluto dare alla nostra esposizione prevede delle fermate di prammatica su alcuni capitoli fondamentali e storici che hanno caratterizzato la nascita e l'evoluzione del Sistema 118 Regione Soccorso FV-G, altresì approfondiremo alcune tematiche di «timbro» proprie della professione infermieristica che riteniamo portare ad esempio di come l'attività del nostro gruppo abbia potuto influenzare e far crescere il ruolo dell'Infermierie Professionale nel nostro contesto.

Premessa

È per noi un grande privilegio poter parlare a questa platea, e per questo siamo grati all'organizzazione scientifica ANIARTI per l'opportunità.

Abbiamo cercato nei limiti del possibile di sintetizzare la nostra esposizione, ma come spesso accade quando si trattano argomenti così vasti, si ha sempre il timore di tralasciare qualcosa di importante o di non aver approfondito abbastanza alcuni passaggi. Quindi per i particolari vi rimandiamo alla discussione finale.

Prima di addentrarci nella trattazione diamo uno sguardo alla realtà in cui viviamo e operiamo affinché sia comprensibile il senso delle dimensioni. La regione Friuli Venezia Giulia conta 1 milione 200 000 abitanti, con una superficie di circa 8000 Km² e caratteristiche orografiche diversificate (montagnosa, pianeggiante e costiera), inoltre va sottolineato l'incremento di oltre 400 000 presenze nei periodi di affluenza turistica estiva ed invernale.



Fig. 1

La provincia di Udine conta invece 522.330 abitanti su una superficie di circa 4893 Km² con un incremento estivo di circa 250.000 unità nelle sue rinomate località balneari.



Fig. 2

La Centrale Operativa di Udine nasce nel 1990, precisamente il 7 giugno, in occasione dei mondiali di calcio, come laboratorio sperimentale, entrando a far parte di un sistema direzionale denominato *118 Regione Soccorso*.

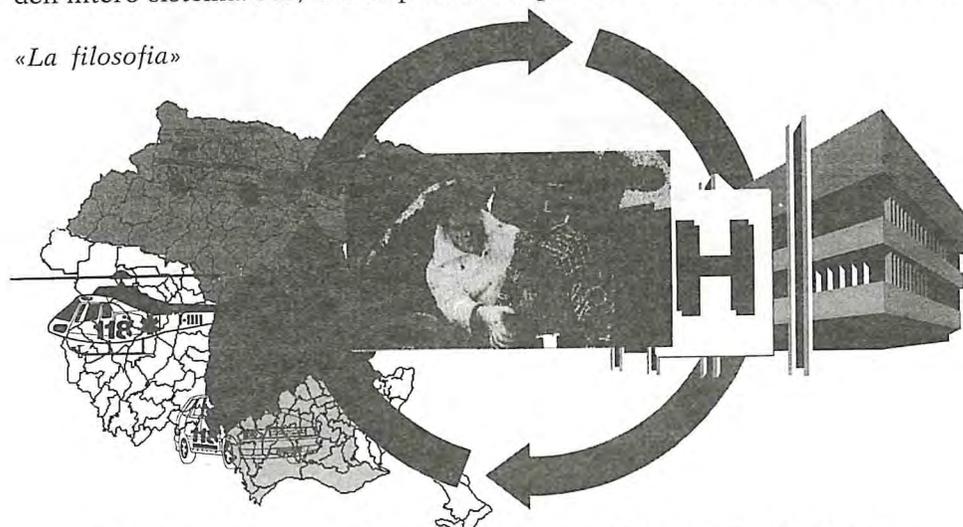
Il progetto risale al 1989, quando una Giunta Regionale ispirata da un collega IP lungimirante e tenace, vara un decreto che formalizza la rivisitazione delle aree di emergenza territoriali e pianifica le linee guida per l'emergenza ospedaliera, recupera il soccorso extraospedaliero, che fino ad allora era dato in gestione ad Enti volontaristici, riportandolo alla giusta collocazione (il S.S.N.), assegnandogli quindi la giusta importanza.

Negli anni a seguire, verranno attivate le C. Op. di Pordenone, Gorizia e Trieste compiendo di fatto la copertura regionale del Sistema 118.

Obiettivo

L'obiettivo primario dichiarato del Sistema è rappresentato dalla riduzione dei tempi di soccorso, della mortalità da trauma, miglioramento degli esiti invalidanti, destinazione logica e funzionale della urgenza-emergenza, ricovero del paziente nella struttura più idonea, confermando la necessità di portare fuori dalle sue mura le professionalità che operano nell'Ospedale, stravolgendo il principio ormai sorpassato e controproducente del «*load and go*» e sostituendolo con quello più razionale ed efficace dello «*stay and play*». Il progetto affida in massima parte la gestione delle C. Op, il coordinamento degli interventi, la formazione del personale, ad una figura che diventerà protagonista dell'intero sistema: l'IP, che acquisisce in questa realtà autonomia gestionale.

«La filosofia»



*Riduzione delle mortalità intra ed extra ospedaliera da trauma
miglioramento degli esiti invalidanti*

Fig. 3

Una moderna organizzazione, per affrontare in modo efficace ed efficiente la gestione dell'emergenza sanitaria nel territorio, deve prevedere alcuni elementi cardine che costituiscono la struttura portante di tutto il progetto.

A) Una Centrale operativa, punto di riferimento per gli enti sanitari e non, deputati all'emergenza. In questo contesto gli enti e le associazioni sanitarie di volontariato, partecipano al nuovo modello organizzativo con le loro risorse, la loro storia ed esperienza attraverso la stipula di convenzioni. Per le aziende sanitarie rappresenta un service for service che permette l'organizzazione dei trasporti secondari (taxi sanitari) con notevole riduzione dei tempi di attesa, del trasporto di équipe chirurgiche in occasione di espianti trapianti, di allertamento in emergenza e non di strutture quali l'igienistica, la veterinaria, la psichiatrica e l'ecologica.

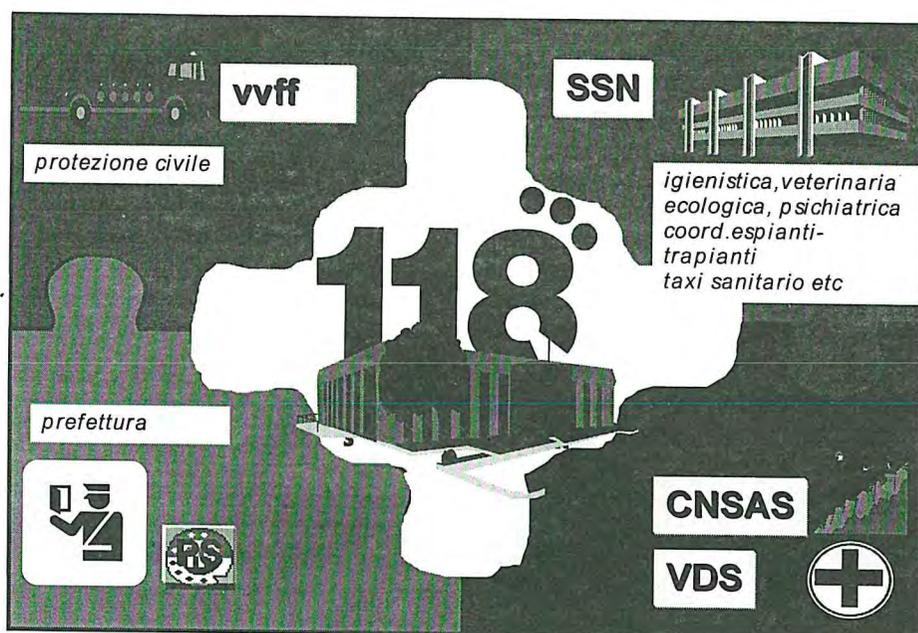


Fig. 4

B) Centrale unica provinciale, a cui fanno capo tutte le richieste di emergenza-urgenza sanitaria, convogliate attraverso il numero unico di chiamata 118. La C. Op. diventa di fatto l'unico punto di riferimento per la cittadinanza per le questioni di ordine sanitario, in grado di rispondere ai bisogni dell'utenza in modo adeguato, tempestivo e qualificato. La C. Op. 118 coordina tutti gli interventi attraverso la gestione di tutte le risorse esistenti sul territorio.

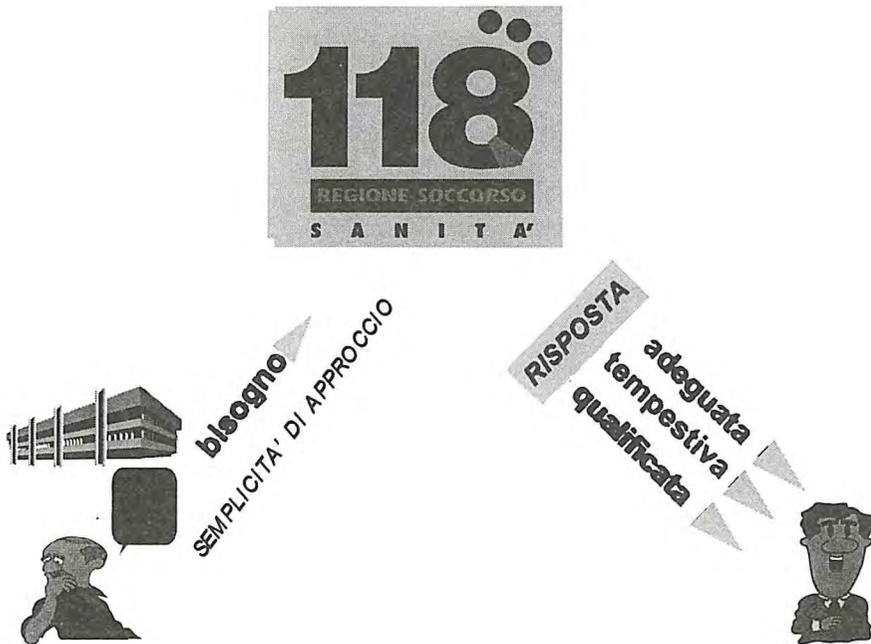
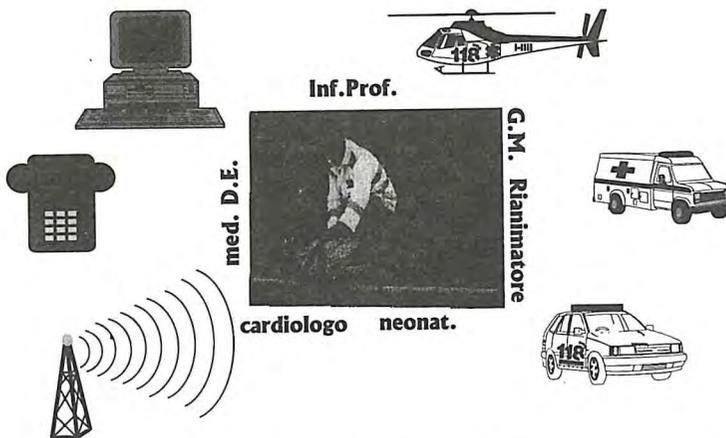


Fig 5

Risorse del sistema



La rete radio, la rete telefonica e il sistema informativo

Fig. 6

Essere un punto di riferimento unico vuol dire anche mettere a punto un sistema di telecomunicazioni che permetta di concentrare le chiamate di soccorso nelle C. Op. e di collegare poi tra loro su linee sicure e riservate tutti i presidi dell'emergenza sanitaria e non.

Attraverso la rete radio con frequenze assegnate dal ministero delle telecomunicazioni, la C. Op. allerta, dirige e supporta durante l'intervento i mezzi di soccorso.

Il nuovo sistema informativo permette di gestire con la massima rapidità ed efficienza tutte le informazioni che definiscono il quadro operativo delle risorse impegnate sul territorio, a fronte delle richieste di soccorso e di taxi sanitario. Allo stesso tempo lo strumento permette l'analisi e la verifica della qualità e razionalità del servizio reso in quanto ha la capacità di interfacciarsi con la rete radio e telefonica, essere quindi unico strumento di lavoro multimediale, versatile ed affidabile

I mezzi

In attesa che il governo determini gli standards tipologici, le dotazioni dei mezzi è regolata da una legge regionale del 1989 n. 3312 .L'attuale classificazione dei mezzi della C. Op. prevede:

- 1) ambulanze di soccorso;
- 2) auto medicalizzata attrezzata che permette il trasporto veloce di una figura medica;
- 3) eliambulanza come sistema di trasporto integrativo e a volte alternativo al trasporto su ruote (vedi interventi in montagna).

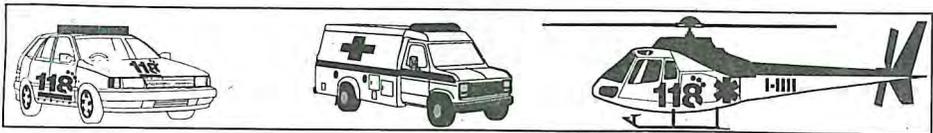


Fig. 7

Le professionalità

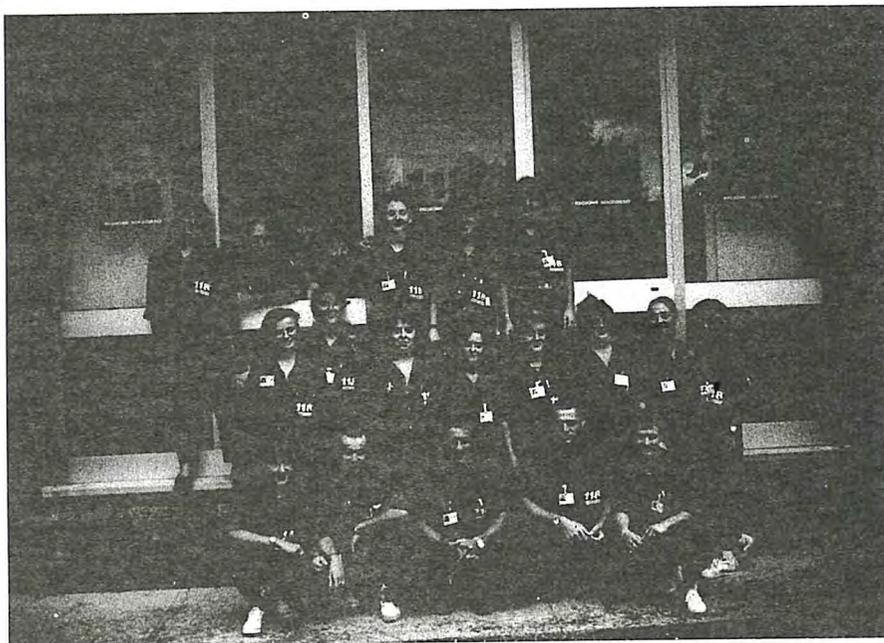


Fig. 8

In centrale operativa ed in ambulanza operano IP provenienti dai reparti di urgenza emergenza opportunamente addestrati e sottoposti a programmi teorico pratici di base e di formazione per essere in grado di gestire la complessa macchina tecnologica della C. Op., interfacciarsi con l'utenza e con tutte quelle figure di altri enti e reparti etc, valutando e registrando la richiesta, modulando la risposta di soccorso migliore, coordinando le risorse a disposizione.

In ambulanza gli IP hanno prevalenti mansioni di valutazione e stabilizzazione del paziente durante il soccorso e trasporto.

Essi fanno riferimento a protocolli definiti con il responsabile medico del servizio.

Inoltre è presente durante l'intervento l'autista o il volontario del soccorso, che hanno le seguenti mansioni:

- 1) guida del mezzo secondo le procedure della C.O.;
- 2) controllo del mezzo per quanto riguarda la parte meccanica;
- 3) supporto all'IP nelle attività di soccorso sanitario sul luogo dell'intervento e durante il trasporto;
- 4) effettua autonomamente attività di trasporto secondario;

5) si rapporta con la Centrale Operativa quando l'I.P. è impegnato nelle prestazioni sanitarie.

Strumenti operativi

Ogni decisione, quindi le nostre azioni nella realtà lavorativa, può essere programmata, standardizzata e valutata adottando o realizzando dei protocolli nel nostro caso operativo.

Le decisioni che presentano un alto grado di ripetitività si prestano di più ad essere programmate, consolidando e semplificando formalmente l'esperienza maturata e accumulata durante il soddisfacimento delle richieste e alla risoluzione di problemi più o meno frequenti, più o meno somiglianti.

Nei protocolli i vari elementi di decisione, tra cui i criteri di scelta divengono strutturati. L'utilizzazione dei protocolli solleva l'operatore dal lavoro di tipo routinario, o comunque, lo agevola. L'operatore può dedicare più tempo a quelli che sono i processi di controllo, può valutare ad esempio se le prestazioni sono state attuate rispettando le linee guida e se gli obiettivi sono stati raggiunti.

Sistema di filtro telefonico



Fig. 9

In base all'esperienza maturata in questi 5 anni, si è visto come l'approccio telefonico rappresenti il momento più difficile per l'operatore di Centrale, che viene chiamato a raccogliere nel più breve tempo possibile il maggior numero di informazioni atte a valutare il problema, interfacciandosi con una utenza non sempre collaborante e disponibile.

Dopo un opportuno training del personale che ha conseguito il diploma di Emergency Dispatcher, è stato introdotto il sistema di interrogazione telefonica *Dispatch* di provenienza Statunitense, che costituisce una procedura univoca, eccellente metodo di salvaguardia da fatali improvvisazioni o da approssimative valutazioni dell'operatore.

L'interrogatorio telefonico oltre a ricercare tutte le informazioni relative al «Dove mandare» è finalizzato alla identificazione del problema principale dell'utente, al quale vengono formulate precise domande mirate ad individuare i sintomi prioritari, ossia la necessità in quel momento di prestare all'utente una assistenza immediata per criticità e/o compromissione dei parametri vitali (respiro, polso e coscienza). Inoltre rappresenta il primo passo per individuare la risposta più efficace a «chi mandare» e in «che modo mandare».

Assume particolare rilevanza l'opportunità del sistema che permette all'operatore di fornire indicazioni sui comportamenti da adottare e sulle manovre di sostegno delle funzioni vitali, sul trattamento delle emorragie gravi, ecc. già al telefono con l'utente, spostando di fatto di un grado l'inizio delle prestazioni di primo soccorso (indicazioni post-dispatch).



Fig. 9

La risposta può essere diversa a seconda che si invii un equipaggio addestrato BLS o ALS e la priorità è data dall'utilizzo o meno di segnalatori acustico-luminosi. Se mai ve ne fosse bisogno di ribadirlo, l'utilizzo razionale di un

protocollo da parte di un gruppo di lavoro permette la codifica delle risposte operative, utilizzando al meglio le risorse; è il presupposto indispensabile per la verifica ed il controllo della qualità e della sua implementazione, in questo caso di una eventuale taratura sulle esigenze della nostra realtà.

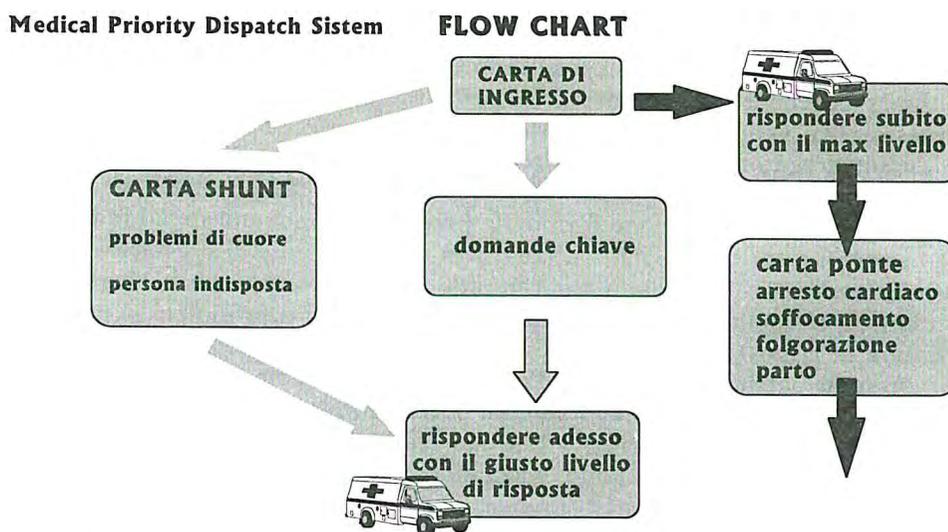


Fig. 10

Quanto è importante chi utilizza il dispatch?



Fig. 11

Un approccio diagnostico differenziale classico alla ricezione della chiamata è dispendioso in termini di tempo e di scarsa utilità in quanto non adeguato alle decisioni immediate da prendere. Un medico ad esempio è portato per natura ad interrogare l'utente con lo scopo precipuo di formulare una diagnosi specifica già al telefono, cercando di raccogliere quanti più dati possibili per poter iniziare una terapia mirata, eseguire accertamenti e ricoverare il paziente nel reparto più idoneo (nella nostra esperienza, chiamate di emergenza filtrate dal *cardiologo* hanno una durata media di 7 m').

Il tecnico americano, è la figura che applica il protocollo in maniera rigida senza poter modulare l'utilizzo dello strumento nell'approccio all'utenza per mancanza di substrato culturale professionale sanitario.

Da tali considerazioni emerge chiaramente come la figura dell'IP, per caratteristiche proprie della sua struttura professionale, è l'operatore sanitario che raggiunge il massimo della compliance in questo ruolo.

Esempio: nelle indicazioni post dispatch l'I.P. visualizza la scena e anticipa i problemi fornendo le soluzioni più idonee.

Protocolli operativi, linee guida nel soccorso territoriale

Per gli stessi motivi ed oggettivati dallo stesso obiettivo del protocollo di filtro telefonico, siamo giunti ad elaborare delle linee guida operative per l'assistenza territoriale al Paz. medico/traumatico. Questo strumento ha solo formalizzato e codificato le sequenze operative-assistenziali già applicate fin dal primo momento della nostra attività.

Linee Guida per il Soccorso Territoriale

ARRESTO CARDIACO (1) (2) (3)

SOFFOCAMENTO

DISTRESS RESPIRATORIO (1) (2) (3)

ARITMIE

IPOENSIONE

IPERTENSIONE

POLITRAUMATIZZATO

Fig. 12

Come ogni protocollo, permette la verifica sistematica dell'operato svolto, individua i punti di caduta, assicura uniformità nella risposta, e consente di ritrarre lo strumento in base ai risultati attesi ed ottenuti. *Non siamo delle scimmiette ammaestrate!!!*, in quanto tutte le azioni contenute nei vari protocolli, sono una conseguenza di una interpretazione infermieristica dell'approccio all'urgenza-emergenza, con tutte le limitazioni della legislazione attuale, dove è sempre necessario l'avvallo del medico responsabile del servizio.

Riportiamo di seguito un esempio di protocollo operativo di tipo medico.

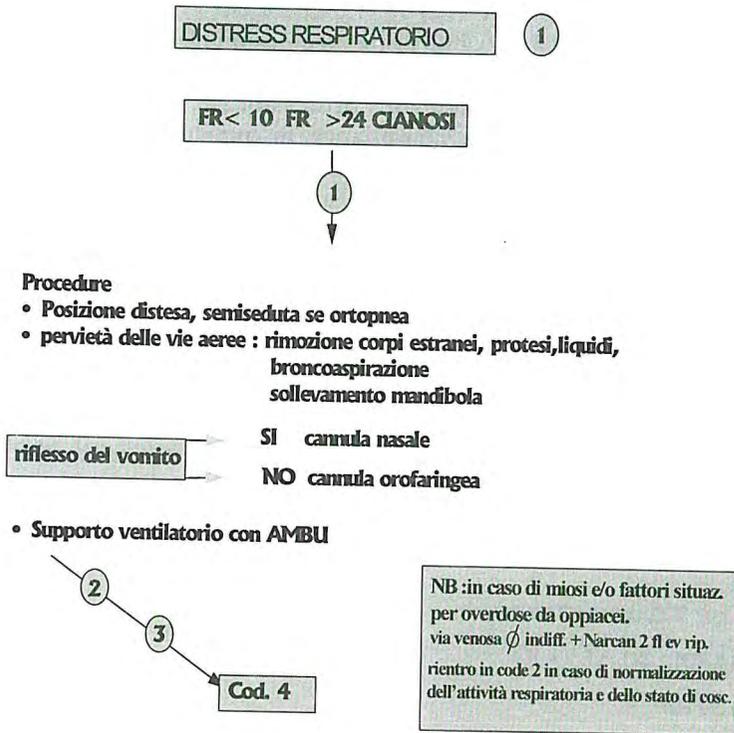


Fig. 13

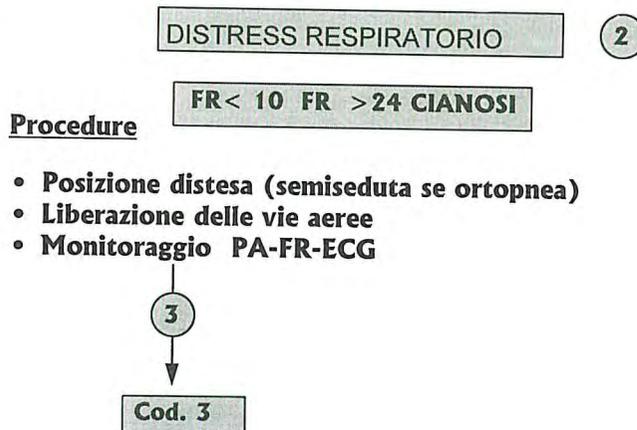


Fig 14

Se non previsto altrimenti in altra parte del protocollo

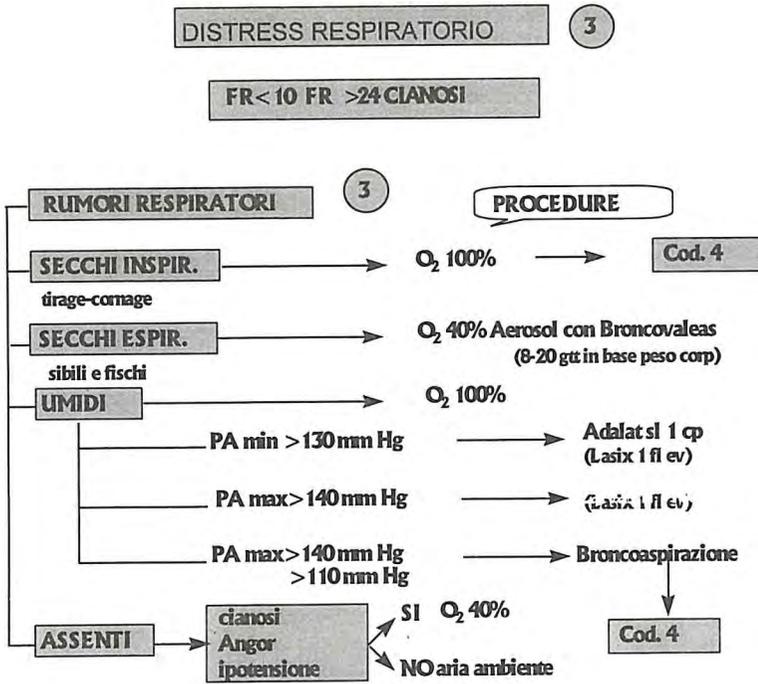


Fig. 15

Protocolli per l'emergenza multipla e maxiemergenza

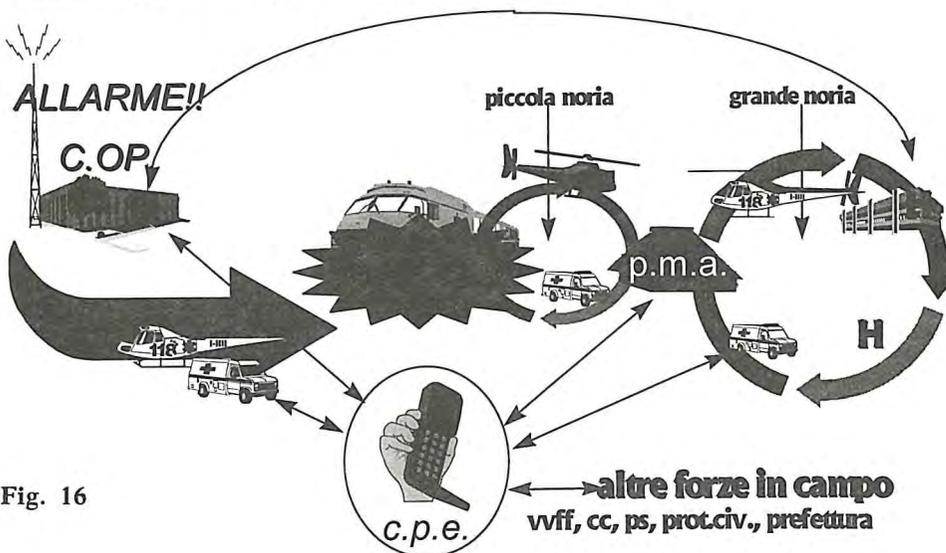


Fig. 16

La programmazione di un piano di lavoro per affrontare situazioni complesse diventa un elemento indispensabile ai fini di un intervento rapido ed armonioso, evitando la disorganizzazione caratteristica di queste situazioni.

Situazioni eccezionali come incidenti stradali con più feriti, incidenti aerei etc., presentano in comune alcuni aspetti pur avendo peculiarità diverse. In questo protocollo operativo elaborato da un gruppo di lavoro composto da i.p. provenienti da tutte le quattro centrali provinciali, emerge una nuova figura: il C.P.E.

Il coordinatore sul posto dell'evento eccezionale è un infermiere professionale che svolge la sua attività presso la C.O.

Particolarmente addestrato per occuparsi dell'aspetto organizzativo della scena.

Le caratteristiche del C.P.E. sono:

- la capacità di autocontrollo per contenere l'onda di emozioni che nuoce all'operatività;
- la competenza nel campo del salvataggio-soccorso;
- l'aggiornamento con regolarità;
- l'addestramento costante;
- essere ben informati.

Il ruolo del C.P.E.

Il ruolo del Coordinatore sul luogo della maxi, consiste inizialmente nel confermare la natura e le dimensioni dell'evento verificando le condizioni di sicurezza e valutando i rischi ambientali. Nelle varie fasi del protocollo il C.P.E. continua nelle sue funzioni di coordinatore interfacciandosi con tutte le figure in campo, diventa l'occhio della centrale.

SEQUENZA DELL'AZIONE DI SOCCORSO

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1) ANALISI DELLA SITUAZIONE 2) ANALISI DEI RISCHI 3) TRIAGE DI ESTRAZIONE (CANTIERE) 4) TRIAGE DI TRATTAMENTO (PMA) 5) TRIAGE DI EVACUAZIONE (CME) 6) TRIAGE OSPEDALIERO |
|---|

- **ROSSO** = **URGENZE ASSOLUTE**
- **GIALLO** = **URGENZE RELATIVE**
- **VERDE** = **URGENZE MINIME**
- **BIANCO** = **COINVOLTI (non feriti)**
- **AZZURRO** = **DECEDUTI O DEPASSÈ**
O **IRREVERSIBILI**

Fig. 17

Nella prima fase di estricazione identifica le aree per la ripartizione dei vari cantieri che diventano entità funzionali di dimensioni compatibili con la possibilità di comando a viva voce. Durante la fase di trattamento verifica con le altre figure la necessità di allestire un P.M.A., posto medico avanzato un sito sanitario *ex novo*.

Nell'ultima fase, quella dell'evacuazione, l'infermiere coordinatore, attraverso la centrale individua i posti letto disponibili negli ospedali a valle dell'evento, ed infine pianifica la viabilità.

L'approccio alle vittime si avvale di un sistema di selezione semplificato chiamato START.

maxiemergenze ed emergenze multiple

TRIAGE DI ESTRAZIONE

S.T.A.R.T.

INDIVIDUARE QUELLI CHE SONO IN GRADO DI CAMMINARE VERIFICARE E IDENTIFICARE I FERITI DA DOVE SI E':



VENTILAZIONE

SE ASSENTE

> 30 m'

< 30 m'

AZZURRO

ROSSO

CONTR.PERFUSIONE



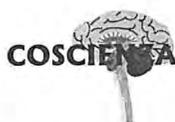
PERFUSIONE

SE POLSO RAD. ASSENTE

SE POLSO RAD. PRESENTE

ROSSO

CONTR.COSCIENZA



COSCIENZA

SE ESEGUE ORDINI SEMPLICI

SE NON ESEGUE ORDINI SEMPLICI

GIALLO

ROSSO

Fig. 18

Questo ha l'obiettivo di garantire la massima sopravvivenza al maggior numero di persone possibili.

Questo procedimento del tipo *step by step* non implica una valutazione approfondita ma solo un'osservazione delle funzioni vitali, in un ordine pre-stabilito permettendo così di definire in 60 sec. o meno il grado di urgenze.

In questo modo si permette ai soccorritori di fare una prima suddivisione tra le urgenze immediate (insuff. respiratorie, ipovolemie, alterato stato di coscienza), i morti e le urgenze relative, per poi passare ad effettuare semplici manovre di primo soccorso, quali il controllo di una emorragia e la protezione delle vie aeree.



Fig. 19

Protocollo di attivazione dell'Elisoccorso

L'Elisoccorso del FV-G nasce il 1° agosto 1993, con l'obiettivo di permettere ad una équipe specializzata di intervenire nel più breve tempo possibile (nel nostro caso 20' per tutta la regione), di centralizzare (nel Trauma Center) il paziente traumatico, di assicurare trasporti secondari protetti, migliorare la distribuzione dei posti letto in regione e migliorare la collaborazione tra le varie strutture dell'emergenza.

Il servizio, nasce quando già il sistema su ruote era ben avviato e presente sul territorio, con il quale si integra con il massimo dell'efficacia, avendo peraltro sempre la possibilità di rapportarsi in tempo reale con l'équipe a terra, dove trovando un interlocutore qualificato ed attendibile, l'Inf. Prof., gli permette il dirottamento su altri interventi o di non trasportare pazienti non critici.

Vista l'orografia della regione FV-G, l'Elisoccorso si pone come unico mezzo indispensabile per il soccorso in montagna, dove collabora con il Soccorso Alpino.

I criteri di attivazione dell'Elisoccorso tengono conto di un Dispatch telefonico dinamico-situazionale piuttosto di uno medico-diagnostico.

Protocollo di attivazione dell'Elisoccorso del F.V.-G.

- INCIDENTE AUTOSTRADALE
- INCIDENTE STRADALE SE:
INCASTRATO
EJETTATO
FRONTALE
+ DI DUE AUTO
AUTO-PEDONE
AUTO-BICI
MOTO
MEZZO PESANTE
- CADUTA DA OLTRE 5 M
- INCIDENTE SUL LAVORO (ESCLUSO LESIONI MINORI)
- INCIDENTI SPORTIVI

Fig. 20

Il criterio di valutazione e di verifica dei protocolli di attivazione è legato al cosiddetto indice di predittività cioè il rapporto tra il numero di pazienti trovati morti più quelli ammessi in *terapia intensiva*, sul totale delle attivazioni per quella precisa dinamica. Il limite minimo che ci siamo posti è del 20% di mortalità (es.: incidente autostradale, incidente sportivo, etc.).

$$\text{indice di predittività} = \frac{\text{paz. deceduti} + \text{paz. ammessi in terapia intensiva}}{\text{attivazioni}}$$

L'équipe è formata da 1 pilota e da personale sanitario che proviene dalle Terapie Intensive e dalle Centrali Operative regionali così composta: 1 medico rianimatore con non meno di 10 anni di esperienza in terapia intensiva, 1 Infermiere Professionale proveniente dalle terapie intensive, con non meno di 4 anni di esperienza, detto AVS Assistente Volo Sanitario ed 1 Infermiere Professionale proveniente dalle Centrali Operative con non meno di 2 anni di esperienza detto CVS Coordinatore Volo Sanitario.

Dalla quotidiana attività di Elisoccorso, la figura professionale del CVS appare indispensabile ed insostituibile al pari delle altre figure che hanno finora composto l'équipe. Le caratteristiche professionali degli operatori e l'intero servizio così com'è stato strutturato hanno dimostrato, dati alla mano, di aver caratteristiche di massima efficacia ed efficienza operativa; non a ca-

so un tanto è stato recepito a livello europeo, ove il legislatore ha previsto come vincolante la presenza negli equipaggi di Elisoccorso della figura dell'infermiere professionale con mansioni di tecnico di volo, attribuendogli anche sulla carta le mansioni che già nella nostra realtà egli svolge.

La figura professionale del CVS, che si discosta sensibilmente dal concetto di infermiere professionale classicamente inteso, proviene dalla sintesi di professionalità ed esperienze maturate a partire dalla fondazione ed attivazione stessa delle centrali operative provinciali del 118, al lavoro di gestione e coordinamento, all'attività di soccorso extraospedaliero con autoambulanza per giungere, attraverso un ulteriore momento di formazione e crescita professionale, all'attività di coordinamento in seno al servizio di Elisoccorso.

L'utilizzo del vettore ad ala rotante in supporto, e, mai in contrapposizione, al vettore su ruota, ha determinato l'esigenza di creare una figura professionale che si completasse nella collaborazione con il comandante pilota per tutte le procedure di volo (sicurezza del personale, degli astanti e dei coinvolti a terra ed in volo, rilevazione della rotta, individuazione del target, scelta del punto di atterraggio, assistenza e verifica esterna ostacoli nelle fasi di decollo ed atterraggio, imbarco e sbarco dell'equipaggio e del paziente, ...), con le Centrali Operative (coordinamento generale della missione, mantenimento di tutte le comunicazioni radio e telefoniche atte al completamento della missione stessa, alla verifica di disponibilità di posti letto intensivi e/o specialistici a seconda delle caratteristiche patologiche dei pazienti visitati).

Riveste inoltre il ruolo importante di coordinatore sul posto in caso di maxiemergenza, rappresenta il riferimento per gli enti non sanitari che collaborano a vario livello nelle fasi del soccorso quali Forze dell'Ordine, Vigili del Fuoco, Protezione Civile, Soccorso Alpino, Prefettura etc. A rotori fermi è membro integrante dell'équipe sanitaria, con particolare competenza per le manovre di extrication ed il soccorso ai traumatizzati del traffico.

Riteniamo che la nostra esposizione abbia portato alla luce una nuova figura professionale che può essere ritenuta da molti, come una figura distante da quello che è il cliché nella realtà attuale italiana. Da parte nostra l'unico modo che conosciamo per confermare quanto esposto, è quello di invitarvi nella nostra realtà operativa.

ASSISTENZA ALL'AMMALATO IN ARRESTO CARDIO-RESPIRATORIO (BLS e ALS) IN AMBULANZA: INTERVENTI DELL'ÉQUIPE INFERMIERISTICA SENZA IL MEDICO

Relatori: L.M. RAFFIN ⁽¹⁾, L. MAGAGNIN ⁽²⁾

⁽¹⁾ I.P.S.A.F.D. C.O. 118 - PORDENONE

⁽²⁾ I.P.S. C.O. 118 - PORDENONE

Premessa

La filosofia del sistema 118 in Friuli Venezia Giulia è la stessa che accomuna le quattro Centrali Operative Provinciali.

La relazione appena presentata dai colleghi di Udine evidenzia quindi strumenti di lavoro comuni nella realtà regionale sia dal punto di vista organizzativo che gestionale.

La nostra realtà

La differenza operativa tra la nostra realtà e quella delle altre Centrali Operative nell'ambito del soccorso extra-ospedaliero ci ha stimolato a presentare qui la nostra esperienza. Tale differenza è legata alla esclusiva presenza di figure infermieristiche e tecniche.

Nell'ambito del territorio della provincia di Pordenone, infatti, il soccorso sanitario è gestito in prima persona dall'Infermiere Professionale.

Ciò comporta maggiore autonomia legata inscindibilmente a caratteristiche quali responsabilità giuridica e deontologica.

La nostra situazione è quella di non avere alcuna figura medica di supporto, se non la Guardia Medica o il Medico Curante. Queste figure, spesso, non hanno sufficiente esperienza, nè strumenti e farmaci adeguati ad affrontare situazioni altamente critiche quali l'Arresto Cardio Circolatorio. Il supporto medico di riferimento, per quanto riguarda gli eventi traumatici, è lega-

Si ringraziano:

Ricerca dati: I.P.S. G. BORRIELLO, I.P. C. ROMANZIN.

Elaborazione dati: I.P.S. L. FORNIZ.

Interviste: I.P.S. G. BUCCIOL, I.G. F. VETTOR, I.P.S. M. CALDANA.

Elaborazione testo: I.P.S. L. MAGAGNIN, I.P.S.A.F.D. L. RAFFIN, I.P.S. G. BUCCIOL

e quanti hanno collaborato ...

to all'intervento dell'elicottero sanitario, allertato, come per tutto il territorio regionale, in base ad eventi situazionali previsti da specifici protocolli.

La figura dell'Infermiere Professionale ha cambiato l'assistenza sanitaria extra-ospedaliera nel nostro territorio, essendo egli specificatamente preparato ad affrontare questa situazione. L'Infermiere Professionale è affiancato, nell'assistenza sanitaria, da un Infermiere Generico e/o da un Autista.

L'Infermiere Professionale è il responsabile dell'equipaggio e del rispetto delle codifiche; è il referente della situazione nei confronti della C.O. e delle strutture ospedaliere di appoggio.

L'Infermiere Professionale che gestisce la richiesta di soccorso, è responsabile della corretta codifica della chiamata stessa e dell'invio del mezzo e del personale adeguato alla situazione identificata.

L'analisi della situazione locale preesistente evidenziava la presenza dell'Infermiere Generico soccorritore, al quale, negli ospedali della nostra provincia, era dato gestire questa attività nelle sue più varie sfaccettature: senza alcuna preparazione specifica, guide o indirizzi, sia nella ricezione della chiamata che nel soccorso. È stato quindi più facile, rispetto alle altre realtà, cambiare riferimento: L'infermiere professionale si è quindi sostituito all'Infermiere Generico.

Strumenti legislativi

I nostri riferimenti legislativi sono:

— D.L.R. 3312 del 14 luglio 1989 che istituisce nella nostra Regione le Centrali Operative 118 e fornisce le linee guida per affrontare l'emergenza sanitaria intra ed extraospedaliera;

— D.P.R. n. 76 del 27 marzo 1992 «Atto di indirizzo e coordinamento delle attività delle Regioni e P.A. di Trento e Bolzano in materia di emergenza sanitaria»;

entrambe evidenziano il ruolo dell'infermiere professionale sia in Centrale Operativa che sui mezzi di soccorso;

— protocolli operativi del 15 luglio 1991 elaborati dal gruppo di lavoro, autorizzati dal Responsabile Medico della C.O. e dalla Direzione Sanitaria.

Il personale

Il personale della Centrale Operativa 118 di Pordenone è costituito da un gruppo di Autisti, Infermieri Generici e Infermieri Professionali, ognuno dei quali è a conoscenza delle proprie responsabilità nei riguardi della sicurezza, del rispetto dei protocolli, dei limiti normativi imposti, del codice deontologico della propria professione e delle norme riguardanti lo «stato di necessità».

Tutto il personale è adeguatamente formato e motivato. La maggior parte degli Infermieri Professionali è specializzata in Area Critica e tutto il gruppo, autisti, generici e professionali, segue periodicamente corsi di Basic Life Support e Advanced Life Support secondo le linee guida della American Heart Association e della European Resuscitation Council.

Gli istruttori di B.L.S. sono infermieri professionali che hanno frequentato corsi di addestramento specifici e abilitanti a svolgere questo tipo di attività. L'addestramento specifico ha come basi le «linee guida per il trattamento del paziente in Arresto Cardiorespiratorio» che si rifanno ad uno studio sull'approccio e trattamento degli Arresti Cardiaci nella nostra Regione chiamato FACS.

La quasi totalità del personale che opera nella Centrale Operativa 118 proviene da reparti di Area Critica: questo ha contribuito ad un passaggio di nozioni ed esperienze tra infermieri di provenienza «rianimatoria», «cardiologica» e di «soccorso territoriale».

Altro momento di formazione/informazione è legato alla discussione in gruppo dei casi verificatisi ai singoli operatori. Questa valutazione è utilizzata anche a scopo didattico come trasmissione di esperienze ad allievi infermieri specializzandi in area critica e ai volontari, nonché nelle «serate» di educazione sanitaria organizzate dalle associazioni di volontariato quali AVIS - AIDO - C.R.I., Protezione Civile, ecc.

Sono gli Infermieri Professionali a ruotare quotidianamente tra Centrale Operativa e ambulanza: questa procedura permette a tutti di mantenere una buona conoscenza del territorio provinciale e di essere agili nell'utilizzazione delle diverse strategie operative e di coordinamento, fondamentali concetti e procedure che permettono l'espletamento del proprio ruolo all'I.P. che opera nella Centrale Operativa dell'emergenza.

È fondamentale, come già citato dai colleghi di Udine, la figura dell'Infermiere Professionale al telefono, e, dall'intervista agli utenti da noi effettuata che analizzeremo più tardi, si evince che i suggerimenti dati dall'infermiere al chiamante sono stati di aiuto sia nella descrizione dell'evento, che per far eseguire agli astanti alcune manovre «salvavita» in attesa dei soccorritori, oltre che alla collaborazione successiva prestata al gruppo di soccorso.

Analizzando l'attività svolta quotidianamente, soprattutto alla luce dei dettami imposti dall'ottica aziendale, ovvero la valutazione del *costo-beneficio*, ci siamo posti l'obiettivo di verificare i risultati sino ad oggi ottenuti per valutare in particolare l'assistenza infermieristica extra-ospedaliera dopo l'avvento del Sistema 118 nella nostra Regione che ha «indirizzato» le ex UU.SS.LL. all'inserimento della figura dell'infermiere professionale nei mezzi di soccorso.

L'attività che presentiamo è relativa alla nostra provincia ed in particolare abbiamo sottoposto ad analisi solo l'attività svolta nel territorio dell'ex U.S.L. 11 «Pordenonese» che conta circa 156.000 abitanti distribuiti su un territorio di 800 Km².

Abbiamo preso in considerazione tutti i casi di Arresto Cardiaco verifica-

tisi e da noi soccorsi dal 15 luglio 1991, data di attivazione della nostra C.O., al 30 settembre 1995; di questi abbiamo analizzato solo quelli di origine non traumatica. Di questi eventi non traumatici, rianimati sul posto dall'equipe 118 e trasportati in ospedale, il 7% è sopravvissuto ed è stato dimesso in ottime condizioni psico-fisiche. Questo è stato il nostro campione.

La nostra scelta è ricaduta su un tipo di situazione patologica così particolare proprio perchè è quella che costituisce la massima emergenza che ci troviamo ad affrontare, per cui le scelte sono a volte «obbligate» e quasi sempre «tutelate» dallo stato di necessità.

L'intervento infermieristico

La professionalità

La professionalità sviluppata nello specifico è indirizzata a:

Area cognitiva: (<i>sapere</i>)	Formazione di base Esperienza pluriennale in Area Critica Specializzazione in Area Critica
Area attitudinale: (<i>saper fare</i>)	Utilizzo di procedure e protocolli di chiamata e di intervento in particolare: «protocollo A.C.R.» Capacità assistenziali organizzative e gestionali di pazienti in condizioni di criticità vitale.
Specifico professionale: (<i>saper essere</i>)	Nei confronti dell'utente: rispetto del bisogno specifico di salvaguardia della intimità del paziente, intesa sia come osservanza del segreto professionale, sia come approccio alla rilevazione di segni e sintomi (pazienti spogliati in strada ecc.). Nei confronti degli astanti: — fornendo assistenza psicologica; — mantenendo un atteggiamento professionale «rassicurante» durante le manovre di rianimazione e nella fase di raccolta dati necessaria alla definizione del problema e ai successivi interventi sanitari.
Miglioramento della qualità:	Valutazione ed aggiornamento costanti: — scambio di informazioni ed esperienze vissute quale aiuto alla crescita professionale del singolo e del gruppo;

- valutazione dei risultati ottenuti;
- valutazione del gradiente di qualità con cui viene accettata e «vissuta» la figura del professionista infermiere.

Il soccorso

In base al protocollo telefonico la chiamata viene gestita dall'Infermiere Professionale che stabilisce il codice di andata (gravità - patologia - situazione) e identifica il mezzo di soccorso adeguato al caso.

Nella situazione telefonica identificata come caso di Arresto Cardio Respiratorio, ovvero qualora il paziente non sia cosciente e non respiri, viene possibilmente inviato un equipaggio composto da tre unità: autista, infermiere generico e infermiere professionale che partono con codice di emergenza. Il personale che si reca sul posto può così prepararsi sia psicologicamente sia materialmente al tipo di soccorso che sta per affrontare. Eventuali, ulteriori informazioni, vengono comunicate all'equipe via radio dall'operatore di centrale che mantiene il contatto telefonico con il chiamante, sia per ottenere nuove notizie utili, sia allo scopo di dare suggerimenti sul comportamento da tenere in attesa dei soccorritori.

L'approccio al paziente

Protocollo operativo A.C.R.

<i>Obiettivo:</i>	Ripristino delle funzioni vitali (stato di coscienza, attività respiratoria, attività circolatoria).
<i>Risorse:</i>	Personale infermieristico e tecnico addestrato al Basic Life Support (BLS) e Advanced Life Support (ALS) secondo i protocolli A.H.A. e E.R.C.
<i>Strumenti:</i>	Ambulanza di soccorso. Zaino (contenente materiale per accesso venoso, ossigenoterapia, ventilazione e farmaci di urgenza). Monitor defibrillatore semiautomatico/manuale.
<i>Azioni:</i>	Valutazione rischi e pericoli legati alla situazione. Salvaguardia sicurezza di operatori e astanti. Valutazione segni di A.C.R.: 1) stato di coscienza/incoscienza; 2) dopo aver garantito la pervietà delle vie aeree; 3) assenza respiro autonomo (> 5") 4) assenza polso carotideo (10").

L'autista e l'infermiere generico danno avvio al Basic Life Support e quindi: aspirazione delle secrezioni per liberare le vie aeree, Guedel e successiva ventilazione con pallone tipo Ambu o con Pocket- Mask collegati ad Ossigeno, ricerca del punto di repere e conseguente esecuzione di M.C.E. secondo linee-guida).

L'I.P. provvede nel frattempo ad eseguire il collegamento del paziente al Monitor defibrillatore, viene interpretata la traccia e in base alla lettura si procede all'ACLS e cioè:

- a) se F.V. = defibrillazione in sicurezza secondo algoritmo;
- b) se PEA = B.L.S. e A.C.L.S. secondo algoritmo;
- c) se Asistolia = B.L.S. e A.C.L.S. secondo algoritmo.

In successione viene incannolata una via venosa periferica ed eventualmente somministrati farmaci quali adrenalina e/o atropina secondo linee guida e protocolli di riferimento.

Viene mantenuta la salvaguardia dell'intimità del paziente.

Viene instaurato un dialogo con i parenti al fine di raccogliere dati relativi all'insorgenza dell'evento, anamnesi e precedente stato del paziente. Il dialogo ha effetto tranquillizzante se vengono spiegate le manovre eseguite e lo stato di gravità della situazione. Qualora però lo stato emotivo dei parenti intralci l'operatività dell'equipe, essi vengono invitati ad allontanarsi.

Se si ripristina polso carotideo ed eventualmente respiro autonomo, l'IP organizza il rientro con l'utente stabilizzato, avvisando la Centrale Operativa che provvederà all'allertamento delle strutture più adeguate al caso (D.E., T.I., UCIC, ecc.).

Se non vengono ripristinate le funzioni vitali, dopo 30' circa di Rianimazione Cardio Polmonare e Cerebrale viene richiesta la presenza sul posto di un Medico Curante o della Guardia Medica, sempre che gli stessi non siano già presenti, per effettuare la constatazione del decesso. Solo in circostanze eccezionali si può decidere per il trasporto in Ospedale, mentre le manovre rianimatorie vengono continuate e viene informata via radio la C.O. della situazione.

Assistenza psicologica parenti.

Verifica:

— immediata: si effettua valutando la ripresa dell'attività cardiaca, respiratoria, dello stato di coscienza;

— a distanza: valutazione diretta sull'ex-paziente in merito al mantenimento di buone funzioni vitali e buona attività cerebrale e fisica una volta dimesso.

I dati di intervento estrapolati

Periodo esaminato: dal 15 luglio 1991 al 30 settembre 1995.

Totale A.C.R. ospedalizzati: 346
di cui A.C.R. non traumatici 260 (il 75%).

Totale A.C.R. trattati sul posto, successivamente ricoverati e poi dimessi in buone condizioni psicofisiche: 18 (il 7% dei 260 esaminati)

I nostri tempi medi di intervento del campione:

T1 (di allertamento) = 1' 30" (+ 1'30" — 30")
(dalla chiamata alla partenza del mezzo)

T2 (di arrivo sul posto in territorio urbano) =
5' 6" (+ 2' 4" — 3' 6")
(di arrivo sul posto in territorio extraurbano)=
12' (+ 2'4" — 3'6")

T3 (di permanenza sul posto) = 16' 18" (+ 27' 42" — 11' 18")

T4 (di intervento totale) 22' 48" (+ 30' 12" — 13' 48").

Confrontando questi dati con gli standard dettati dalla D.L.R. 3312 (rispettivamente di 15' e 20') si evidenzia che sono stati pienamente rispettati.

I Codici di andata dei 18 ACR sopravvissuti e dimessi sono stati:

Cod. 2 (giallo) 1 (6%)
Cod. 3 (rosso) 13 (72%)
Cod. 4 (rosso) 4 (22%)

Nel caso del cod. 2 non è stato possibile valutare adeguatamente la gravità, in quanto il chiamante riferiva che la persona era cosciente.

I Codici di rientro dei 18 ACR sopravvissuti:

Cod. 2 (giallo) 2 (11%)
Cod. 3 (rosso) 3 (17%)
Cod. 4 (rosso) 13 (72%)

Nei 2 casi di cod. 2 di rientro la RCP ha avuto esito positivo con ripristino delle funzioni vitali e dello stato di coscienza sul posto, prima del caricamento del paziente.

L'età media dei sopravvissuti è stata 64.4 anni (+ 22.6 — 32.4) con un minimo di 32 anni ed un massimo di 87 anni.

Il primo ritmo rilevato al monitor è stato:

Fibr. Ventricolare = 8 (44%)
Tach. Ventricolare = 1 (6%)
PEA o Asistolia = 8 (44%)
A.R. e bradic. estrema = 1 (6%)

I provvedimenti attuati sono stati:

Monitor	= 18	100 %
Ambu + Guedel	= 18	100 %
MCE	= 14	77.7%
Via venosa	= 12	66.6%
Aspirazione	= 10	55.5%
CVE	= 9	50 %
Chest tump	= 1	5.5%
I.O.T.	= 1	5.5%

La Terapia eseguita sul posto è stata:

Ossigeno	= 18	100 %
Sol. fisiologica	= 6	33 %
Adrenalina	= 5	27.7%
Xylocaina	= 2	11 %
Atropina	= 1	5.5%
Ringer A.	= 1	5.5%
Lasix	= 1	5.5%

È interessante notare che al 100% dei pazienti è stata somministrata ossigenoterapia. I farmaci somministrati sono quelli compresi nei protocolli di C.O.

Gli equipaggi che sono intervenuti sul posto erano così composti:

Autista + Inf. Gen. (IP) + IP	= 14	77.7%
Autista (IG) + IP	= 4	22.3%

Problematiche e variabili influenzanti gli esiti

1) In alcune situazioni, la non collaborazione e la non conoscenza del sistema 118 da parte del chiamante, ci ha impedito di fare chiarezza sulla situazione e di far eseguire sul posto determinate manovre, che avrebbero potuto influenzare positivamente gli esiti del soccorso.

2) I tempi di arrivo sul posto sono stati strategicamente importanti in quanto, ovviamente, più i tempi sono dilatati e minori sono i risultati delle manovre rianimatorie.

3) Fondamentali sono stati la qualifica, la capacità e il numero dei componenti dell'equipaggio.

4) Ovviamente, determinante, è stata la causa primitiva dell'arresto.

Termini di paragone internazionali

Analizzando le nostre statistiche e, soprattutto, le percentuali di sopravvi-

venza degli Arresti Cardio Respiratori da noi soccorsi (7%) e paragonando questi dati con le statistiche internazionali a disposizione si evidenzia una sovrapposizione di risultati.

Infatti, prendendo in considerazione l'esperienza di *Gothenburg* (Svezia), dove operano sui mezzi di soccorso degli Infermieri Professionali adeguatamente formati che lavorano secondo le stesse linee guida da noi utilizzate, le percentuali di sopravvivenza sono identiche.

L'esperienza di *Houston* (U.S.A.) conferma anch'essa il 7% di pazienti dimessi vivi dopo aver subito Arresto Cardio Respiratorio e dopo essere stati rianimati sul posto.

A *Bruxelles* (Belgio) la percentuale di sopravvivenza è salita dal 7% del 1988 al 19% del 1992 dopo che erano diminuiti i tempi di arrivo dell'ambulanza sul posto (entro 5' dal verificarsi dell'evento).

Come è stato percepito il nostro lavoro

La ricerca ricopre e richiede, giustamente, sempre più spazio.

Abbiamo voluto così verificare i risultati assistenziali attesi ed ottenuti, intesi non solo come sopravvivenza e qualità di vita a distanza delle persone da noi soccorse, ma anche l'impressione del cittadino, cioè l'immagine che egli ha della figura dell'infermiere professionale.

L'intervista

Il lavoro è stato articolato ricontattando gli ex pazienti e recandosi a domicilio ad intervistarli insieme ai parenti, agli astanti spettatori dell'evento e all'equipaggio intervenuto sul posto. Sono così state compilate apposite schede contenenti i seguenti dati:

— molti astanti hanno «escluso» che nell'equipaggio ci fossero dei «semplici» infermieri. Abbiamo dedotto che questo dato poteva essere emerso per la dimostrazione di professionalità e competenza dimostrate da tutta l'équipe durante il soccorso.

Infatti, anche nei casi in cui c'era già personale sanitario sul posto, esso non ha mai ostacolato le manovre rianimatorie e si è fatto da parte ritenendo assolutamente competente il personale intervenuto.

— Le indicazioni date dall'Infermiere Professionale al chiamante sono state quasi sempre eseguite (posizione da far assumere al paziente, manovre da effettuare o non effettuare). Molto importante, infatti è l'abilità dell'Infermiere operatore di Centrale nel tranquillizzare l'utente e nel contenerne l'ansia durante il colloquio telefonico.

Vediamo ora in particolare i risultati delle interviste sottoposte a pazienti, parenti, astanti e equipaggio.

Il paziente: Il 60% non ricorda il fatto, né il tempo precedente l'arresto cardio respiratorio, né tantomeno il soccorso, il ricovero e la degenza in terapia intensiva.

Nessuno ha vissuto esperienze paramortali (tunnel di luce, sensazioni embrionali, colloquio con persone decedute, ecc.). Un solo paziente ha provato un forte senso di beatitudine e pace.

Il 40% ha avuto sintomi prodromici.

I pazienti hanno capito solo dopo settimane o mesi ciò che era loro accaduto e dove erano. La maggior parte ha ora una buona qualità di vita; alcuni non hanno ripreso l'attività lavorativa, ma hanno comunque conservato un buon grado di reattività mentale e fisica.

Parenti o astanti: Il 30% ha rilevato i parametri vitali e il 20% ha iniziato manovre rianimatorie in base alle proprie conoscenze e/o come telefonicamente suggerito.

Emotivamente sono state descritte sensazioni quali ansia, angoscia, impotenza, rabbia e disperazione che, all'arrivo del soccorso sanitario hanno lasciato il posto a fiducia, sollievo e speranza.

Il tempo di attesa dell'ambulanza è sembrato dilatato, lungo e interminabile rispetto al reale.

Il reparto intensivo è stato visto come un luogo dove le infermiere sono competenti e disponibili.

Il trattamento «familiare» scade invece nel reparto internistico.

I soccorritori: Il gruppo ha avuto difficoltà nel soccorso a causa degli spazi ristretti, della posizione dei pazienti, dell'ascensore occupato, della luce insufficiente, delle scale ripide.

Fondamentale è risultata l'integrazione del gruppo, il numero dei suoi componenti e le indicazioni date dalla Centrale Operativa.

Conclusioni

Possiamo affermare che la figura dell'Infermiere Professionale in una realtà organizzativo-assistenziale complessa come il 118 è di primo piano.

Fondamentali sono risultati l'esperienza e la preparazione specifica in Area Critica, nonché il continuo aggiornamento che gli avvalgono la fiducia non solo dell'utente, ma anche delle altre figure sanitarie con cui collabora quotidianamente.

Nell'ottica dell'integrazione tra le diverse componenti dell'équipe, altro elemento di valutazione importante è stata la motivazione professionale, confortata dalla costante valutazione dei risultati ottenuti, dal gradimento dimostrato dall'utente, il ringraziamento diretto all'operatore per l'assistenza prestata, l'identificazione del gruppo come «personale qualificato, veloce, sicuro, immediato nel garantire una risposta».

Punto cardine in questo tipo di realtà è l'utilizzo di protocolli operativi

che consentono all'IP di poter operare sul territorio in caso di emergenza.

La relazione presentata viene integrata da un video.

Per questioni di tempo siamo stati costretti ad effettuare parecchi tagli alle riprese. Rimane comunque una interessante sintesi e testimonianza di un evento importante.

Bibliografia

D.R. 3312 del 14 luglio 1989.

D.P.R. del 27 marzo 1992.

Principi amministrativi e gestionali della Professione Infermieristica, Casa Editrice Ambrosiana. Studio FACS (F.V.G. 1993).

Linee Guida American Heart Association e European Resuscitation Council, novembre 1992. *Resuscitation* (rivista della E.R.C.) n. 27, 1994.

**118 REGIONE SOCCORSO CENTRALE OPERATIVA DI PORDENONE
PROSPETTO INTERVISTE CODICI 4 - PAZIENTI SOPRAVVISSUTI**

PAZIENTE

1) *Si ricorda cosa è successo?*

.....
.....
.....
.....

2) *Se sì, come ha vissuto l'evento, sintomi prodromici, sensazioni particolari?*

.....
.....
.....
.....

3) *Dopo l'arresto ha vissuto un'esperienza particolare tipo luci, buio, forme, voci, calore, colore, flashback?*

.....
.....
.....
.....

4) *Dopo l'R.C.P. quando ha capito dove stava, cos'era successo, che cos'erano quei fili, suoni, personale sanitario?*

.....
.....
.....
.....

5) *Come ricorda il rapporto con i sanitari?*

.....
.....
.....
.....

PARENTI O PRESENTI

1) *Era presente al momento del malore?*

.....
.....
.....

2) *Ha soccorso il paziente con manovre rianimatorie?*

.....
.....
.....

3) *È un sanitario oppure è profano in materia?*

.....
.....
.....

4) *Ha ricevuto indicazioni telefoniche dalla C.O. sul comportamento da tenere?*

.....
.....
.....

5) *Ha chiamato subito soccorso? E con quale numero?*

.....
.....
.....

6) *Come ha vissuto l'attesa dell'autolettiga?*

.....
.....
.....

7) *Come ha vissuto le manovre effettuate dai sanitari?*

.....
.....
.....

8) *Come ricorda il rapporto con i sanitari?*

.....
.....
.....

EQUIPAGGIO DELL'AUTOLETTIGA

1) *Scenario all'arrivo sul posto*

.....
.....
.....
.....

2) *Collaborazione con parenti o astanti*

.....
.....
.....
.....

3) *Eventuali problemi tecnici (spazio-transporto)*

.....
.....
.....
.....

4) *Manovre effettuate*

.....
.....
.....
.....

5) *Integrazione con équipes dipartimento emergenza e rianimazione*

.....
.....
.....
.....

6) *Conclusioni*

.....
.....
.....
.....

Allegato alla delibera n. 3312 del 13 luglio 1989*Azione 15 - Formazione ed addestramento degli infermieri operatori di centrale*

Il personale infermieristico addetto alla centrale operativa va formato in maniera specializzata su:

- attrezzature e tecnologia di centrale;
- risorse a disposizione del sistema;
- pianificazione dei sistemi di gestione della centrale operativa;
- collegamento e comunicazioni con l'utenza.

Superata la fase di addestramento teorico sarà sottoposto ad un tirocinio pratico presso centrali operative già esistenti.

Verrà scelto tra personale infermieristico che abbia maturato esperienza nell'ambito dell'emergenza.

CONDIZIONI ORGANIZZATIVE

Il corso viene effettuato a livello regionale (unico per tutte le Centrali operative).

Personale: A ogni corso partecipano 5 infermieri professionali per ogni U.S.L. sede di centrale operativa.

Tempi: Il ciclo di formazione del personale è suddiviso in più corsi di 1 mese da effettuarsi ogni 4/6 mesi.

Personale: L'operatore addetto alla centrale ha la qualifica di infermiere professionale con adeguato addestramento. È supportato, quando occorre, dal medico che opera nell'area dell'emergenza.

Per ogni centrale operativa viene nominato un caposervizio scelto tra gli operatori che hanno frequentato il corso di formazione regionale.

Azione 5 - Individuazione della tipologia dei mezzi di soccorso.

CONDIZIONI ORGANIZZATIVE

Spazi: Vanno predisposti gli appositi spazi per lo stazionamento dei mezzi di soccorso. Ogni ospedale dovrà predisporre, in accordo con i responsabili della Direzione regionale, una adeguata elisuperficie rispondente alle vigenti normative.

Personale: L'intervento medicalizzato, effettuato sia con autoambulanza che con eliambulanza deve essere effettuato da un medico rianimatore e da 2 infermieri esperti nell'emergenza.

Gli altri interventi devono essere effettuati da due infermieri esperti nell'emergenza.

È opportuno che la figura dell'autista sia trasformata in figura infermieristica.

Tempi: 180 giorni.

Attrezzature: La dotazione minima di attrezzature delle ambulanze è quella descritta nel suballegato 1.

DPR 27 marzo 1992 n. 76

«Atto di indirizzo e coordinamento delle attività delle Regioni e P.A. di Trento e di Bolzano in materia di emergenza sanitaria»

ARTICOLO 4

(Competenze e responsabilità nelle centrali operative)

1. La responsabilità medico-organizzativa della centrale operativa è attribuita nominativamente anche a rotazione con specificazione normativa, a un medico ospedaliero con qualifica non inferiore ad un aiuto corresponsabile preferibilmente anestesista, in possesso di documentata esperienza ed operante nella medesima area dell'emergenza.

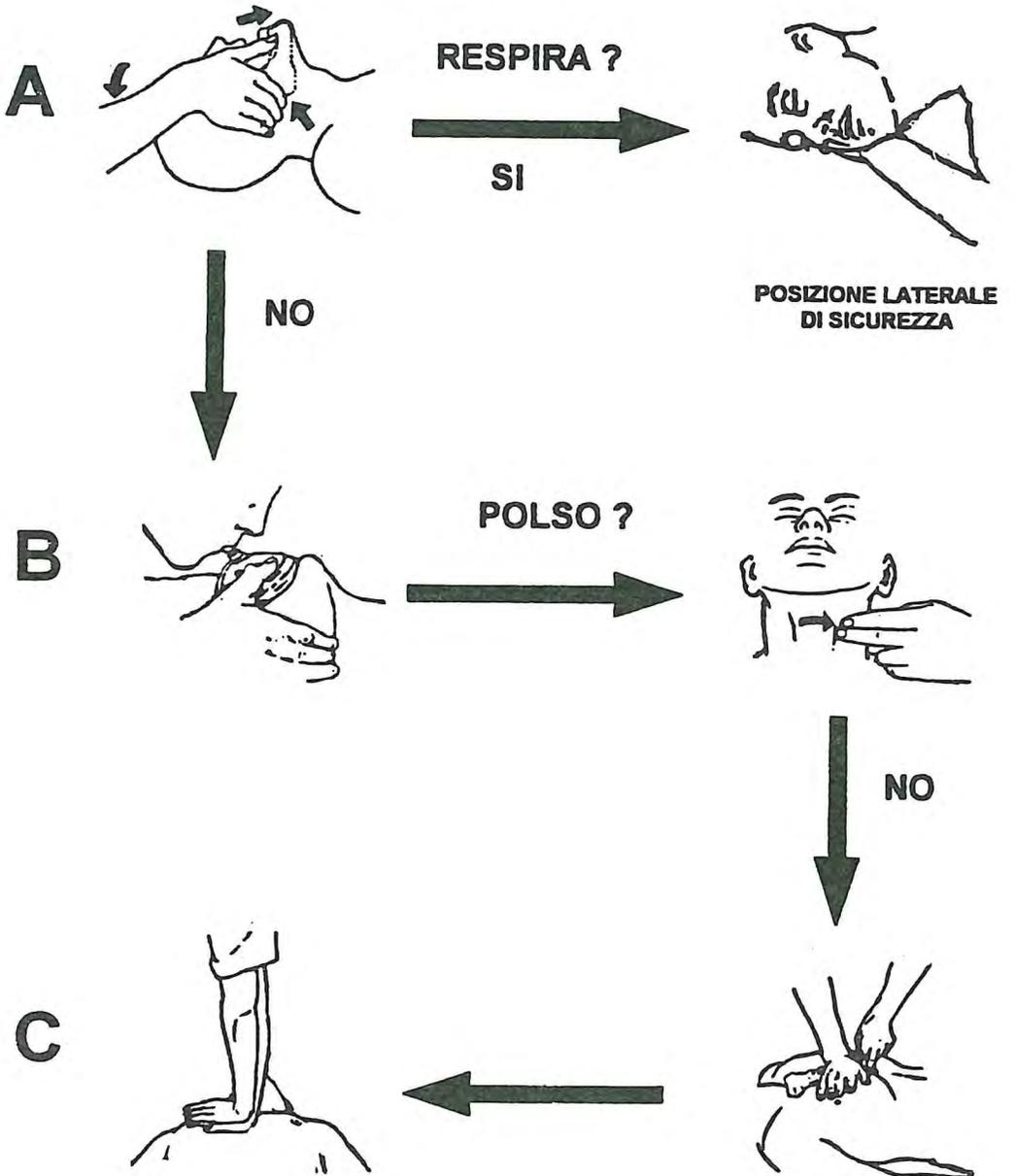
2. La centrale operativa è attiva per 24 ore al giorno e si avvale di personale infermieristico adeguatamente addestrato, nonché di competenze mediche di appoggio. Queste devono essere immediatamente consultabili, e sono assicurate nominativamente, anche a rotazione, da medici dipendenti con esperienza nel settore dell'urgenza ed emergenza, e da medici del servizio di guardia medica di cui all'art. 22 dell'accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici addetti al servizio di guardia medica e di emergenza territoriale, reso esecutivo con D.P.R. 25 gennaio 1991, n. 41. La responsabilità operativa è affidata al personale infermieristico professionale della centrale, nell'ambito dei protocolli decisi dal medico responsabile della centrale operativa.

ARTICOLO 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.

CONOSCI L'ALFABETO?



MEZZI DI TRASPORTO

(conformi al Decreto del Ministero dei Trasporti)



AMBULANZA TIPO
ORDINARIA O DI
TRASPORTO

A

Dotazione minima:

- bombola di Ossigeno;
- aspiratore;
- barella principale autocaricante;
- barella atraumatica a cucchiaio;
- set di collari cervicali;
- doccia semirigida tipo box splint;
- sfigmomanometro;
- ambu;
- cannule di Guedel;
- set di venti mask;
- sacche a pressione;
- set di medicazione;
- set medicazioni speciali per ustionati;
- set per incannulamento vene periferiche;
- soluzioni per reintegro volemia;
- dotazione farmacologica d'urgenza;
- set indumenti di protezione per trasporti infettivi;
- faro di ricerca fisso e portatile;
- sedia portantina tipo FW mod. 42.

MEZZI DI TRASPORTO

(conformi al Decreto del Ministero dei Trasporti)



AMBULANZA TIPO
DI SOCCORSO

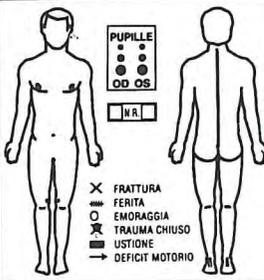
B

Dotazione minima:

- bombola di Ossigeno portatile;
- aspiratore portatile;
- ventilatore automatico;
- monitor defibrillatore portatile;
- materassino a depressione;
- KED;
- set per intubazione e dispositivo per minitracheostomia;
- set per incannulamento vene centrali;
- set per drenaggio toracico;
- set pediatrico completo;
- soluzioni per infusioni endovenose;
- sfigmomanometro a parete;
- completa dotazione farmacologica d'urgenza;
- docce tipo box-splint;
- set di attrezzi per incidenti stradali.

N° NUMERO DI SCHEDA	CODICE DI USCITA		DATA			
RIFERIMENTI			SIGLA MEZZI	ora di arrivo		
		PRESTAZIONE A CARICO DELL'UTENTE <input type="checkbox"/>				

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA
RESIDENZA - INDIRIZZO		LUOGO DI NASCITA
<input type="checkbox"/> IPOTESI DIAGNOSTICA 118	<input type="checkbox"/> SINTOMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> DIAGNOSI CURANTE



PUPILLE

OD OS

NR

X FRATTURA
O FERITA
O EMORAGGIA
A TRAUMA CHIUSO
U USTIONE
- DEFICIT MOTORIO

ORA	P.A.	F.C.	F.R.	G.C.S.	NOTE CLINICHE	TERAPIA FARMACOLOGICA	O	V.A.	M.C.	Cv.E.(j)
				M V E E M V E E M V E E M V E E	TOTALE					
				M V E E M V E E M V E E	TOTALE					
				M V E E M V E E M V E E	TOTALE					
				M V E E M V E E M V E E	TOTALE					
				M V E E M V E E M V E E	TOTALE					

PROVEDIMENTI					
VIA VENOSA	CANNULA GUEDEL	VENTILAZIONE MECCANICA	MEDICAZIONE	CUCCHIAIO	
DESTROSTIX	mg% VENTILAZIONE AMBU	E.C.G.	EMOSTASI	MAT. A DEPRESSIONE	
PRELIEVO	ASPIRAZIONE	MONITOR	COLLARE CERVICALE	K.E.D.	
PRELIEVO	INTUBAZIONE O.T.N.T.	CONTENZIONE			

NOTE - TERAPIA ABITUALE	

VALUTAZIONE SANITARIA	ESITO	INFORTUNISTICA
INTERVENTO NON NECESSARIO I 0	SOCCORSO NON EFFETTUATO N 1	PEDONE
FORMA MORBOSA LIEVE I 1	SOCCORSO IN LOCO-NON TRASPORTO N 2	AUTOMOBILE
FORMA MORBOSA GRAVE I 2	SOCCORSO E TRASPORTO N 3	MOTOCICLO
COMPROMISSIONE FUNZIONI VITALI I 3		BICICLETTA
DECEDUTO I 4	DECESSO IN ITINERE	CAMION
		AUTOBUS/PULLMAN
		INCIDENTE AUTOSTRADALE
		EXTRICATION

PRESENTI SUL POSTO	OSPEDALE DI DESTINAZIONE	Firma per rifiuto assistenza proposta:
PS CC VU VF GM MC	O 1	
	O 2	
EQUIPAGGIO		

							RIFERIM.	
CENTRALE OPERATIVA DI PORDENONE								
DATA	ORA DI RICEZIONE	ORA DI PARTENZA	ORA DI ARRIVO SUL POSTO	ORA DI PARTENZA DAL POSTO	ORA DI LIBERO			
LINEA								
118	DIR	CRI	POLFER	OSP	ALTRO	POLSTRADA		
112	113	115	116	COA	VVUU	GM		
INDIRIZZO REPARTO OSP. ECC.								
DA								
A								
RIFERIMENTO				TELEFONO				
A				R				
MEZZO								
A				R				
ELI AMB	ALTRA AMBUL	PS	CC	VVUU	VVFF	NEC	GUARDIA MEDICA	MED. CURANTE
TRASPORTATO							ETÀ	
ACCOMP.				LOCOMOZ.				
M	I	P	A	CA	SE	BA	CZ	
PROGRAMMATI								
RORD	HDAY	DIMI	TRAS	CONS	SANG	MAT	MASP	TSO
TRASPORTO NON EFFETTUATO								
RIF	NREP	SCH	DEC	TR.M	TRASP.	+ ATT	SOSP	NOPS
NOTE								
RICEZIONE				GESTIONE				

CODICE DI INTERVENTO

GRAVITÀ	A	R	PATOLOGIA	A	R	SITUAZIONE	A	R
1 Non urgente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Trauma o ustione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A Inc. stradale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Urgente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Malore generico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B In casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 A rischio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Cardiaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C In strada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Emergenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 Dolore addominale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D In acqua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			5 Dispnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E Sul lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			6 Emorragia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F Luogo pubblico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			7 Intossicazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G Violenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			8 Parto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H Pediatrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			9 Coma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I Psichiatrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			0 Sconosciuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L Etilista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

a) Espressa numericamente da 1 a 6

- codice 1 non urgente differibile nel tempo
- codice 2 urgente differibile per tempi brevi
- codice 3 rischio indifferibile
- codice 4 emergenza
- codice 5 decesso durante il trasporto
- codice 6 rinvenuto cadavere.

b) Espressa numericamente da 1 a 10

- codice 1 trauma o ustione
- codice 2 malore generico
- codice 3 cardiaco
- codice 4 dolore addominale
- codice 5 dispnea
- codice 6 emorragia
- codice 7 intossicazione
- codice 8 parto
- codice 9 coma
- codice 0 sconosciuta.

c) espressa con lettera

- codice A incidente stradale
- codice B in casa
- codice C in strada
- codice D in acqua
- codice E sul lavoro
- codice F luogo pubblico
- codice G violenza
- codice H pediatrico
- codice I psichiatrico
- codice L etilista.

<i>LUOGO</i>	<i>ÉQUIPE</i>	<i>TOT. ACR NON TRAU.</i>	<i>SOPRAVVIV.</i>
Gothenburg	I.P.+E.M.T.	2747	7%
Houston	E.M.T.	172	7%
Bruxelles	E.M.T.+U.M.E.	316	7% 88 19% 92
Pordenone	I.P.+I.G.	260	7%

SOCCORSO EXTRA OSPEDALIERO IN AMBIENTE MONTANO. L'ESPERIENZA DEL SUEM 118 BELLUNESE

G. CAMAROTTO ⁽¹⁾, M.P. DAMIAN ⁽²⁾, A. NORBEDO ⁽²⁾

⁽¹⁾ I.P.A.F.D. Servizio SUEM 118 - S.A.R.

⁽²⁾ I.P. Servizio SUEM 118 - S.A.R.

Obiettivi di questa relazione sono:

- esporre, brevemente, il modo in cui è stato organizzato il sistema 118 nel Bellunese,
- descrivere le modalità del soccorso extra ospedaliero in ambiente montano,
- presentare, infine il ruolo dell'I.P. sia in C.O. che nel soccorso territoriale, facendo un cenno sia alle tecnologie e alle conoscenze utilizzate, che alle modalità con le quali si sviluppa l'assistenza in alcuni ambiti della nostra realtà montana.

Alcuni dati che descrivono il contesto nel quale dobbiamo operare sono essenziali per comprendere i motivi delle scelte organizzative particolari e delle altrettanto particolari soluzioni operative adottate.

Vediamo questi dati

Il SUEM 118 Bellunese, è operativo nella provincia di Belluno che ha una superficie territoriale di 3.679 kmq.

La sua viabilità ha una tipologia di sviluppo molto diversa rispetto alla pianura e spesso manca di percorsi alternativi.

La popolazione totale è di 213.992 ab. con una densità di 58 ab/Kmq.

La densità generalmente molto bassa ha 2 grossi picchi di presenza turistica in occasione dei periodi estivo ed invernale, nei quali il consueto bacino di utenza dei residenti si dilata, in certi luoghi, sino a punte 8 volte maggiori. Per il solo 1991 le presenze sono state di oltre 7.200.000 persone, con un rapporto di 33 turisti per ogni abitante.

La nostra provincia offre circa 150 tra rifugi alpini e bivacchi e d'inverno ci sono circa 500 fra piste da discesa, da fondo, impianti di risalita, seggiovie etc e ci sono oltre 500 sentieri di cui 69 sono sentieri alpinistici attrezzati e 41 vie ferrate.

In sintesi vi è una bassa densità di popolazione distribuita su di una superficie territoriale molto vasta ed impervia, esattamente il contrario di quello che avviene nella pianura e nelle grandi città.

È da notare che nella provincia di BL, *non esistono reparti o servizi ad alta specializzazione, quali neurochirurgia, centro ustioni, RMN etc.* Il più vicino centro neurochirurgico è distante oltre 150 Km, ed è raggiungibile, anche con 3 h di viaggio in ambulanza.

Il sistema di Soccorso Bellunese nasce e si evolve nella zona più lontana e più vasta: *il Cadore*. Nel Bellunese, *la cultura della gente è cambiata, se ieri l'abitante del paese di montagna era un rassegnato utente, oggi è una persona che rivendica il proprio diritto a non essere un cittadino di serie B, esige servizi simili a quelli erogati agli abitanti delle aree metropolitane.*

E proprio per sopperire alla carenza di viabilità, di strutture e di servizi e per organizzare al meglio le risorse esistenti fornendo al cittadino un servizio migliore, si è arrivati alla creazione del 118 Bellunese.

Il 118 provinciale, si avvale di un parco ambulanze di 48 mezzi distribuiti su 20 postazioni. Solo 22 ambulanze operano con personale infermieristico, il resto è gestito dal volontariato. 4 ambulanze sono *Unità Mobili di Rianimazione* con medico anestesista a bordo.

La disposizione delle *Guardie Mediche* prevede 14 punti guardia con 17 medici.

Inoltre ci sono 19 stazioni di Soccorso Alpino.

Viste le caratteristiche orografiche e climatiche sfavorevoli (frequente presenza di neve, ghiaccio, zone impervie), le risorse sono state distribuite in base a criteri di oggettiva utilità, alcuni dei quali, evidenziati dal *documento Stato-Regioni* che è alla base del «Decreto 118» e mi riferisco all'indicazione prioritaria di assicurare il soccorso *entro 20' dalla chiamata, nelle aree rurali ed 8 minuti nelle aree urbane.*

Attualmente i nostri tempi medi di intervento con ambulanza, calcolati dalla chiamata all'arrivo sul posto, sono di *11 minuti*. Con l'elicottero raggiungiamo i margini della provincia in *13 minuti max.*

È interessante valutare il rapporto distanza-tempo tra elicottero e autoambulanza che in pianura è di 3:1, mentre in montagna il rapporto si dilata fino a 5/6:1.

Questo significa che in un minuto l'elicottero copre la distanza di 5/6 Km stradali, per Km. percorso dall'ambulanza.

L'elicottero, attualmente in nostra dotazione, è un A 109 K2 attrezzato per il soccorso alpino e sanitario.

La base dell'elisoccorso è dotata di *Hangar* e di una *elisuperficie H-24* riscaldati per evitare la formazione di ghiaccio. Gli *erogatori di carburante* sono interrati ed omologati, il sistema antincendio è a norma.

Cuore di tutto il sistema di soccorso della provincia Bellunese è la C.O.118, situata in una villetta adiacente all'ospedale di Pieve di Cadore.

I servizi che il sistema 118 garantisce sono sostanzialmente sovrapponibili a quelli che abbiamo già sentito presentare dagli interventi che mi hanno preceduto e quindi non mi dilungo a ripetere.

Tutto questo *Sistema di soccorso* ha una *complessità organizzativa elevata.*

Quindi nel sistema emergenze è necessario l'impiego di *professionisti*: infermieri professionali e medici.

L'infermiere professionale, all'interno di tutto questo complesso sistema ha un ruolo fondamentale: è un Professionista con una mentalità ed un'ottica

professionali che lo portano ad avere una visione globale delle problematiche della persona e della gestione dell'intervento critico.

Gli infermieri Professionali che operano nel nostro servizio fanno tutti parte del Servizio Anestesia e Rianimazione provengono, per buona parte da reparti di area critica.

I volontari presenti fanno parte del Corpo Nazionale Soccorso Alpino che si occupano esclusivamente del supporto tecnico negli interventi alpinistici.

La *quantità di personale varia* in funzione del carico di lavoro: durante i periodi di elevato afflusso turistico, sia estivo che invernale, il personale in servizio viene aumentato.

Gli infermieri ruotano all'interno di tutto il servizio quindi in C.O.118, nelle ambulanze, in elicottero, nel Servizio Anestesia o in Terapia Sub Intensiva di prossima attivazione.

Questo favorisce l'ottima conoscenza di tutto il Sistema di Soccorso, diminuisce il rischio di «Burn out», favorisce la creazione di un gruppo integrato.

Per quanto riguarda la *formazione* del personale poniamo molta attenzione a favorire l'autoformazione e ad aggiornare le conoscenze ed abilità mediante corsi interni ed anche stages formativi presso le sedi di altre Centrali Operative.

Vediamo ora le modalità operative del 118 bellunese. Per quanto possibile cercheremo di presentare gli aspetti di maggiore interesse e specificità.

Tra i compiti più «atipici» dell'infermiere professionale addetto al S.U.E.M. 118, spicca il ruolo di «operatore di centrale». Una visione affatto superficiale di questo compito, potrebbe suggerire la singolare trasformazione dell'infermiere in centralinista-smistatore, la disamina attenta dei compiti dell'operatore di centrale, propone invece un profilo sanitario di altissima professionalità.

— L'operatore di Centrale effettua il primo *filtro sulla chiamata di emergenza*. Per meglio gestire le chiamate di soccorso abbiamo sviluppato il *protocollo di ricezione della chiamata che viene seguito mediante la compilazione della chiamata dal momento della richiesta di soccorso. Vengono codificati gli interventi secondo le indicazioni del decreto del 15 maggio 1992* In tale scheda l'operatore seguirà tutto l'iter dell'intervento e darà una sua interpretazione alla gravità del caso segnalato assegnando i codici colore per l'invio dei mezzi ed équipe.

— Svolge quindi funzione *decisionale*, e per questo l'operatore si avvale di tutti gli strumenti informativi presenti in centrale. In alcuni ambiti decisionali si avvale del medico responsabile di C.O. in quanto sono ambiti specifici della professione medica (consulenze per terapia, accordi per trasferimenti secondari, ecc.).

— Dà le *istruzioni pre arrivo all'utente*, punto fondamentale di una corretta gestione di un intervento. Le istruzioni pre-arrivo che l'operatore dà al telefono, mentre i soccorritori si recano sul posto, sono, nelle situazioni tempodipendenti, l'essenza dell'essere Infermieri in C.O., l'entrare in casa da professionista e guidare le azioni del chiamante in modo terapeutico.

— Ha funzione di *Collegamento* con tutti i mezzi di soccorso operanti sul territorio, con i vari ospedali, con la Questura, 113, ecc.

Ha funzione di tipo *burocratico-amministrativo, di controllo* indiretto sulle stazioni di soccorso periferiche, sul proprio operato, etc.

— Attua la verifica assieme all'equipe sugli interventi effettuati (post-breafing) Segue il personale in formazione secondo il protocollo di inserimento ed addestra il personale volontario delle varie stazioni di soccorso sparse sul territorio.

— Svolge, per quanto è possibile, funzione di ricerca.

Tutto questo richiede capacità di gestione di risorse e capacità di utilizzare gli strumenti informativi della centrale operativa (linee telefoniche, frequenze radio dedicate, computer con programmi di gestione località, protocolli operativi etc). La visione integrata delle varie funzioni dell'operatore di centrale, suggerisce, in realtà, una figura professionale complessa, in cui le funzioni strettamente sanitarie si fondono con competenze eterogenee di tipo logistico-organizzativo. Tali competenze vengono mantenute con una formazione continua.

Funzioni dell'I.P. sui mezzi di soccorso

L'infermiere, opera nella maggior parte dei mezzi di soccorso presenti sul territorio: ambulanze da soccorso, unità mobili di rianimazione ed elicottero.

— È *responsabile di tutta la cellula sanitaria e del materiale sanitario ivi allocato*. Abbiamo adottato delle procedure di controllo per tutto il materiale da controllarsi ad ogni inizio turno o dopo ogni intervento.

— È operativo su tutte le apparecchiature di diagnosi e supporto vitale, possiede le conoscenze e la manualità fondamentali per il supporto vitale avanzato.

— Deve adottare tutti quegli accorgimenti per avere il materiale in perfetta efficienza nonostante le basse temperature che spesso incontriamo.

— È responsabile delle *comunicazioni radio-telefoniche*.

— È responsabile sulla scena dell'evento, nei confronti del quale interviene, della sicurezza dell'equipaggio, degli infortunati e per gli astanti.

— *Valuta le condizioni vitali del paziente* rilevandone i parametri vitali, eventuali lesioni e loro caratteristiche.

— *Raccoglie informazioni* dai testimoni sull'accaduto e dallo stesso paziente sulla sintomatologia precedenti patologie etc.

— Collabora con il medico quando presente. Nel caso non ci sia, l'IP stabilizza e trasporta l'infortunato utilizzando tutti gli strumenti in dotazione e seguendo i protocolli e gli standards concordati rimanendo sempre in comunicazione radio.

— Collabora con tutti gli enti istituzionali che intervengono e, se necessario, ne richiederà via radio di altri.

— *Comunica i codici di rientro* e richiede l'allertamento di eventuali strutture.

— Durante il trasporto controlla il malato e interviene in eventuali peggioramenti.

— Compila la *scheda di intervento*.

— *Collabora con il personale del P.S.* nell'assistenza al pz. e dà tutte le consegne.

— Applica il *protocollo di sanificazione dell'ambulanza*, reintegra le dotazioni in modo da essere subito operativo.

Ci pare interessante a questo punto portare alcuni esempi di come si sviluppa l'assistenza in alcuni momenti operativi, vedere come si cerca di valutare e migliorare la qualità delle prestazioni erogate.

In questo contesto l'uso dei protocolli può aiutarci a fornire prestazioni di elevata qualità.

1) Un primo esempio: le emergenze che si verificano a causa delle valanghe nel nostro territorio, sono eventi di per sé abbastanza rari ma che richiedono una risposta immediata e precisa da parte di tutto il sistema 118.

I tempi di estrazione di una persona travolta da valanga sono limitati infatti dopo mezz'ora di seppellimento, ha solo il 50% di probabilità di sopravvivere.

Durante i primi periodi di attivazione dell'elisoccorso non avevamo sviluppato nessun protocollo e tanto meno procedure. Al verificarsi delle prime valanghe è nata l'esigenza di proceduralizzare alcuni comportamenti come ad esempio l'attività dell'operatore di C.O. 118.

Ma la valanga è un evento che coinvolge varie figure istituzionali come C.N.S.A.S. la G.di F. Unità cinofile, Esercito, Elicotteri sia del 118 che militari. In una occasione siamo riusciti ad elitrasportare sulla valanga circa 120 soccorritori che operavano a temperature che sono giunte fino a -25°C . Tutto questo richiede uno strumento di integrazione indispensabile al fine di poter lavorare assieme: il Protocollo.

Assieme al soccorso alpino abbiamo elaborato un protocollo al cui interno abbiamo sviluppato:

conoscenze generali su:

— *incidenti da valanga;*

— *ipotermia assideramento;*

— *effetti delle basse temperature sullo strumentario;*

— *tecniche di riscaldamento;*

— *procedura per l'operatore di C.O. 118;*

— *procedure operative e di sicurezza per il personale medico e infermieristico che opera sulla valanga.*

Al rientro da ogni valanga si effettua sempre un post briefing per valutare

il protocollo allo scopo di migliorarlo in funzione dell'esperienza acquisita e si valutano tutti i momenti critici del soccorso, avvenuti sia in centrale che sul posto.

Tutto questo unito alle periodiche esercitazioni in simulazione, ci ha permesso di essere meglio organizzati sia sul piano dell'intervento in sé che sul piano del coordinamento generale del soccorso.

Alcuni problemi che abbiamo dovuto affrontare hanno riguardato la conservazione dei farmaci e delle tecnologie in ambiente a bassissime temperature.

Ad esempio in certe condizioni l'Emagel si ghiaccia in 20 secondi, molti altri farmaci modificano le loro proprietà fisiche e chimiche, le radio hanno poca autonomia a causa della scarsa tenuta delle batterie etc.

Alcune delle soluzioni che abbiamo adottato sono state:

alla partenza dell'elicottero il materiale viene avvolto all'interno di un telo termico con molti pacchetti termici posti vicino ai farmaci, alle batterie del monitor defibrillatore, il tutto chiuso all'interno di un sacco barella.

Il materiale così preparato può mantenersi ad una buona temperatura per 2-3 h e inoltre può essere vericellato in ogni punto della valanga.

All'arrivo sul posto se si prevede una lunga ricerca (2, 3, sepolti) si attiva l'HEATPAC (detto anche PIOVRA). È un'attrezzatura usata dall'esercito dei paesi del nord.

È una fonte di calore autonoma (un carboncino acceso) che può fornire una temperatura che va tra 40° e i 65° e durare fino a 20 h.

Le sue funzioni sono:

- riscaldare il materiale sanitario (flebo, farmaci, etc);
- fonte di calore per i soccorritori che lavorano in condizioni estreme (di fatto diviene l'unica fonte di calore presente nei pressi della valanga);
- all'estrazione dei travolti diventa fonte di calore per i pazienti estratti.

Abbiamo visto comunque che nella maggior parte dei casi è sufficiente un uso massiccio di pacchetti termici, sia monouso che quelli riutilizzabili, in quanto i tempi di estrazione dei sepolti da valanga sono generalmente molto ridotti.

2) Altra modalità operativa importantissima in ambiente montano è *l'eliosoccorso*. L'elicottero è uno strumento di lavoro indispensabile per riuscire a coprire distanze anche brevi, ma che in territorio montuoso richiederebbero tempi incompatibili con il soccorso in situazioni di emergenza. Lavoriamo a stretto contatto con il C.N.S.A.S. e con esso ci siamo molto ben integrati.

Nella nostra base l'equipaggio, è composto da: pilota, medico rianimatore, infermiere professionale e tecnico di bordo.

Quando la centrale operativa rileva che l'intervento si deve svolgere in un ambiente inperio, di tipo alpinistico, l'equipaggio, si modifica e l'infermiere professionale viene sostituito dal Tecnico di Soccorso Alpino o dall'unità Cinofila. Il 24% degli interventi sono effettuati con essi.

Visto la morfologia montagnosa del nostro territorio, spesso ci siamo trovati ad intervenire con il Gancio Baricentrico e fino a poco tempo fa questa era l'unica possibilità per recuperare infortunati sia in pareti rocciose che comunque in tutti quei luoghi in cui non si poteva atterrare.

Il 21 maggio 1995 ha preso ufficialmente servizio un nuovo elicottero: l'*Agusta A109 K2*. Tale elicottero ha ampliato le possibilità operative degli equipaggi, è aumentata la sicurezza e la velocità di intervento ec. Inoltre presenta, oltre al gancio baricentrico, anche il verricello.

Ci sembra interessante valutare, insieme a voi, come l'arrivo di un elicottero nuovo, molto diverso da quello precedente, richieda la modifica delle procedure, dei protocolli e del comportamento degli operatori.

L'arrivo del nuovo elicottero è stato pianificato da tutte le componenti che vi operano: Elicotteristica, Sanitaria e di Soccorso Alpino.

È stato predisposto un programma formativo per consentire al personale di sfruttare tutta l'operatività e per garantirne la sicurezza. Il corso ha seguito rigidamente la normativa HEMS e di elisoccorso (D.D. 41/6821/M3E) dell'8 novembre 1994.

La prima fase del corso preparava il personale alla:

- conoscenza generale dell'elicottero;
- uso dell'apparato radio interno;
- procedure di rifornimento con paziente a bordo;
- la sicurezza attorno e a bordo dell'elicottero;
- nuova disposizione del materiale sanitario, etc.

Tutto il personale è stato valutato ed ha ricevuto l'attestato di idoneità.

La seconda fase prevedeva di abilitare il personale sanitario all'uso del verricello, naturalmente dove consentito.

Il verricello amplia l'operatività dell'equipaggio in modo considerevole, è utile per portare il personale sanitario sul luogo dell'evento in tutte quelle situazioni in cui non è possibile l'atterraggio e che non sia ancora considerato ambiente alpinistico, come in bosco, in pista da sci, sugli incidenti stradali etc.

I corsi, teorico-pratici, sono in avanzato stato di svolgimento: quasi tutto il personale infermieristico ha acquisito una buona padronanza delle procedure e in breve saremo operativi.

Conclusione

Questa rassegna delle principali implicazioni operative dell'I.P., nei servizi di emergenza, individua una figura professionale complessa con valenze sicuramente ampie e nuove, se si considerano gli aspetti formalmente conosciuti del mansionario dell'I.P.

L'aver affrontato situazioni nuove, è stato di grande stimolo per una proiezione in avanti dell'impegno professionale, anche se abbiamo dovuto confron-

tarci con problematiche che hanno richiesto, e richiedono, una continua messa a punto delle strategie e modalità di intervento.

Un fattore determinante per la manutenzione e l'evoluzione della professionalità è considerata la formazione.

Con questa stiamo ottenendo alcuni risultati importanti, in particolare:

- una più efficiente operatività in eliambulanza;
- una maggior sensibilità ai bisogni dell'utente durante la ricezione della chiamata.

Siamo convinti che in questo campo molto ancora dobbiamo fare per migliorarci ed essere d'aiuto sia all'utente che agli equipaggi che intervengono, e stiamo valutando nuove metodologie come la metodologia del DISPATCH per calarle nella nostra realtà montana.

Una rotazione più ampia del personale nei servizi di Area Critica (vedi la partenza di una nuova sub intensiva) favorisce un'attuazione più precisa dell'integrazione tra gli operatori e tra le strutture, fondamento imprescindibile per il raggiungimento ottimale di obiettivi complessi come quelli posti dalle situazioni di criticità vitale.

Siamo consci che nella nostra provincia molta strada è stata fatta anche grazie alla professionalità degli infermieri.

I maggiori sforzi sono stati compiuti al fine di integrare, all'interno del 118, tutte le risorse disponibili sul territorio.

Nostro ulteriore obiettivo è il raggiungimento di una perfetta e più vasta integrazione in cui tutte le componenti del soccorso sanitario e di altre istituzioni collaterali, collaborino armonicamente con l'unico intento di fornire all'utente un servizio efficace ed efficiente.

Sicuramente, c'è ancora molto da fare, soprattutto se consideriamo la grande particolarità della situazione del nostro territorio.

Allo stesso modo siamo sicuri che il patrimonio di quella che è diventata per la nostra popolazione una «consuetudine della sicurezza» e per noi una «cultura dell'emergenza» potrà ancora arricchirsi di nuove competenze ma soprattutto di rinnovata qualità dell'assistenza alla persona, che il servizio dell'emergenza garantisce.

DIBATTITO

D.: FAVERO WALTER, Padova - Non tutti qui presenti fanno emergenza in territorio, forse non tutti masticano i termini e le sigle in inglese. Si può dare una spiegazione alle terminologie usate in riferimento alla sigla tipo BLS, LS, ATLS, per chiarire? Perché abbiamo delle difficoltà a conoscerne il significato.

D.: BENETTON, Treviso - Volevo fare ad Albanese due domande:

1) Riguardo l'intervento dell'elisoccorso. Scegliendo l'invio dell'elicottero solo in base alla dinamica dell'incidente e non alle condizioni dei feriti coinvolti, che percentuale di invii a vuoto del mezzo avete?

2) Riguardo l'infermiere coordinatore in volo; questa figura a Treviso non c'è, ma abbiamo il tecnico specialista di volo, meccanico specializzato. Con che criterio è stata scelta questa figura infermieristica, dandogli un'attività particolare come quella di assistenza al pilota?

D.: FONTANA, Trento - Non ho visto nella lista dei potenziali motivi di intervento, i casi di annegamento. Anche voi avete una regione esposta a questo rischio come la nostra, in cui i tempi devono essere talmente limitati per cui il mandare un'ambulanza medica non ha significato. Volevo sapere qualcosa di più in merito.

D.: DE PIERI, Novara - Sull'indicatore che avete presentato c'era il numero di morti più il numero di ricoverati di terapia intensiva, su numero di interventi. Come mai includete anche il numero dei morti: è un dato che indica quante persone sono state trovate decedute nell'intervento, mentre quello che in genere serve sapere è quante di queste persone avevano effettiva necessità di essere portate nelle terapie intensive, cioè non capisco perché c'era la somma fra numero di morti e numero di ricoverati in terapia intensiva.

R.: ALBANESE - Per quanto riguarda il coordinatore di volo sanitario.

È un ricordo un po' triste quello che nel 1993 ha portato la morte di quattro nostri colleghi e un pilota a Parma. In quel caso è stato creato un problema, c'era una mancanza di coordinamento tra la centrale operativa e l'elicottero in volo che stava andando in soccorso per un caso di suicidio. Il problema era di trovare un'unione tra centrale operativa che doveva gestire questo mezzo ad elevata specializzazione e, per chi si trovava a bordo, dover coordinare il relativo rapporto con le ambulanze, e quindi doveva essere una persona che conosceva bene l'una e l'altra. Quindi: la realtà delle centrali

operative, la realtà del rapporto di chi c'è a terra, di chi è in ambulanza e di come si muove quello che è in ambulanza.

L'IP coordinatore di volo, una volta a terra, diventa un IP come gli altri, e partecipa all'assistenza al paziente. È solo in volo che collabora col pilota perché gli guarda la coda perché non prenda alberi, cavi, sta attento all'area quando atterra e quando decolla e alla sicurezza intorno all'elicottero della gente che si avvicina, di quelli che arrivano con le barelle. Tutta una serie di cose che richiedevano una figura che provenisse dalle centrali operative.

Per quanto riguarda i medici; noi li chiamiamo «bagagli», perché loro vogliono solo intubare, cioè «datemi una glottide e un tubo, io sono contento così», cioè questa è la loro mentalità, noi li portiamo appresso soprattutto per quello, perché facciano bene solo quello, noi li portiamo e loro fanno quello che devono fare. Vengono portati lì perché il massimo della compliance nel traumatizzato della strada è quello di riuscire a intubare il paziente il più velocemente possibile, farlo respirare, infondere liquidi, monitorizzarlo e magari drenargli un pneumotorace direttamente sul posto.

Noi abbiamo visto a Udine che effettivamente, da un rapporto sulle autopsie di pazienti politraumatizzati, che 4 su 10 erano salvabili perché avevano pneumotorace che si poteva drenare sul posto.

Per quanto riguarda il mare; noi ci attiviamo anche per il mare, in caso di annegati, anche se dai dati non compare, come non compare l'incidente aeronautico, come non compare la catastrofe.

Per quanto riguarda i deceduti; c'è un problema di criterio di raccolta dei dati. Gli americani, addirittura fra i loro protocolli, individuano anche la presenza di un morto per un incidente. Nella nostra attività abbiamo visto realtà in cui, dopo un incidente abbiamo trovato una persona in strada, in piedi e senza un graffio e l'altra morta dentro la macchina: eppure quella persona viva veniva da quell'auto. Quindi, la persona nella stessa auto aveva subito un trauma tale da provocare la morte per l'altro, ma si è salvata. Nello scorporo dei dati abbiamo dovuto stabilire anche quelli che potevano essere ancora vivi prima che noi arrivassimo e che sono deceduti sul posto. È un problema di metodologia di raccolta dei dati.

Noi abbiamo il totale delle missioni dal 1° agosto 1992 al 14 novembre 1995, che sono state 3583. Di queste le regolari sono state 2669 (74,4%): cioè l'elicottero è partito e atterrato su un posto e ha preso il paziente, oppure lo ha mandato via in un'ambulanza. Di questi 3583, 914, pari al 25,51%, sono interventi che non hanno costituito la continuità dello stesso.

D.: GIASONE, Milano - Mi è parso di capire che voi non intervenite nell'ambito psichiatrico. Volevo conoscere le ragioni e sapere se vi sono organizzazioni in merito.

D.: REGNANI, Pronto Soccorso, Reggio Emilia - Volevo porre una domanda al collega di Udine; mi risulta che la Regione FVG abbia fatto un importante

progetto di certificazione all'interno dei Pronto Soccorso. Volevo chiedere se aveva coinvolto anche la vostra unità operativa e che tipo di risultati e ricaduta ha avuto sulla qualità dell'assistenza e sull'organizzazione.

D.: SCHIAVON, caposala di rianimazione, Treviso - Volevo fare una domanda alle colleghe di Mantova rispetto al loro lavoro e chiedere se avevano già fatto una pianificazione dell'intervento formativo da attuare per quanto riguarda gli IP.

Loro hanno rilevato che c'era un problema, che anch'io vivo, del mandar fuori gli IP dalla rianimazione in reparti di base. Però molto spesso gli IP non sono chiamati dai reparti di base perché non sono in grado di fare prestazioni d'urgenza, ma sono proprio chiamati dai medici rianimatori che vogliono i loro IP. Avete visto questo problema?

D.: BORLAN, rianimazione, Genova - Volevo sapere soltanto se per partecipare ad un'équipe di elisoccorso occorrono dei requisiti fisici particolari.

D.: SACCHETTI, Novara - Volevo sapere dai colleghi dell'elisoccorso di Udine, com'è gestita la responsabilità civile, penale del coordinatore di volo quando non svolge mansioni sanitarie?

R.: SARIA - Rispondo alla collega che chiedeva sull'intervento psichiatrico. Noi abbiamo attualmente un ospedale di riferimento psichiatrico con guardie mediche reperibili per le urgenze psichiatriche. Queste vengono allertate in base alla richiesta della guardia medica che di notte visita l'utente oppure in base alla richiesta delle forze pubbliche che sono sul posto oppure direttamente da noi quando arriviamo sul luogo dell'intervento.

R.: SPEZIALI - Per quanto riguarda la regolamentazione delle uscite dell'IP di rianimazione con un medico rianimatore, facendo riferimento alla nostra realtà, usciamo quasi regolarmente col medico, sostanzialmente per quei reparti che sono nel monoblocco della rianimazione per cui i tempi e le distanze sono ridotti.

D.: SCHIAVON - La difficoltà è che l'anestesista vuole l'IP, ma l'IP della rianimazione. Volevo capire come avete risolto questa difficoltà, se c'è stata, cioè vi rifiutate di andar fuori?

R.: SPEZIALI - Io non posso permettermi di lasciare scoperto il mio reparto per garantire un'assistenza extra, non sarebbe logico. Penso che il fatto di risolvere il problema *in loco* torni a doppio favore, per noi e per il malato critico nei reparti fuori dalla terapia intensiva. Io penso che dipenda molto dal rianimatore che abbiamo a fianco, dalla sua autonomia e dalla sua capacità. Nel reparto dove va, quando non ha di fronte un IP preparato nell'emergenza, si deve anche arrangiare.

D.: MARCELLO GASTI, Udine - Sono uno degli accreditatori di quel progetto di certificazione all'interno del Pronto Soccorso della Regione FVG ed ho anche coordinato il Pronto Soccorso di un ospedale periferico. L'accreditamento proviene dall'esperienza americana, inglese e australiana ed è uno dei sistemi per verificare. È un sistema di autoverifica per capire se all'interno del servizio tutto funziona secondo criteri internazionalmente ritenuti validi. Sono criteri sia di dotazione strumentale, cioè si valuta se c'è il defibrillatore, se non c'è ecc..., sia di dotazione del personale, come pure della presenza di protocolli e procedure all'interno del Pronto Soccorso.

È il terzo anno che viene fatto in FVG; gli accreditatori non sono dei personaggi provenienti da Marte, ma sono semplicemente operatori professionali, medici ed infermieri di strutture diverse da quelle che vengono valutate, che per la verifica utilizzano insieme una griglia predisposta. La prima esperienza è stata tragica nel senso che non c'era niente di disponibile, però questo ha stimolato, l'anno dopo, l'impegno da parte di tutti perché le cose migliorassero ed ha fatto sì che le persone si preparassero alla visita; in alcuni casi diventava una gara, un po' sciocca, a chi era il più bravo.

Nell'accreditamento si valuta anche se all'interno del Pronto Soccorso c'è la cabina del telefono, se ci sono i servizi, se ci sono le sedie per gli utenti ...

R.: ALBANESE - Per quanto riguarda gli attributi fisici, non ci sono adesso formalmente dei limiti fisici, però noi ci siamo dati un limite di età, non superare i 40 anni, e non superare gli 80 Kg di peso, altrimenti il nostro elicottero invece di avere due ore e mezza di autonomia ne avrebbe molta di meno; un equipaggio di quattro persone di 100 Kg, significa dover eliminare 150 litri di carburante.

D.: BORLAN, Genova - Quest'anno nella Regione Liguria è partito il servizio di elisoccorso, ma, forse sono state date male le informazioni, ci sono stati dati dei limiti riguardo ai problemi di vista, cioè, chi degli infermieri aveva dei problemi di vista non poteva volare.

R.: ALBANESE - Per quanto riguarda le responsabilità legali dell'infermiere coordinatore di volo; durante l'intervento con l'elisoccorso ci sono due fasi pericolosissime: decollo e atterraggio. Il decollo ancor più dell'atterraggio. In quelle fasi il CVS non può far nulla. Nella fase di decollo, nella fase di atterraggio oppure nella ricerca della zona di atterraggio, l'ultima parola spetta al pilota, e anche se l'IP ritiene che la zona di atterraggio sia più vicina al paziente, il pilota decide.

I nostri piloti non sanno mai cosa stiamo facendo da un punto di vista sanitario, perché uno dei problemi più importanti è il coinvolgimento emotivo del pilota per evitare altri stress e motivi di fretta. Il problema è proprio questo, di non far sapere al pilota.

D.: ?, IP, ospedale San Luigi - Orbassano, Torino - Lavoro in rianimazione

e opero sui mezzi di servizio di soccorso avanzato. Voi avete parlato di protocolli stilati con i medici della centrale operativa.

La prima domanda è: quanto siete tutelati voi a livello legale quando vi attenete ad un protocollo che permette, in emergenza, di praticare manovre non previste dal nostro Mansionario? Quanto siamo tutelati legalmente noi IP della provincia di Torino, che non possediamo questi protocolli sanitari, e come avete superato il problema di far stilare questi protocolli di intervento, visto che il medico responsabile della nostra centrale operativa non si è preso questa responsabilità per ora?

D.: CRUPI, rianimazione pediatrica del «Gaslini», Genova - Mi riferisco all'intervento per il servizio 118, che attua assistenza in campo cardiologico. Voi avete ribadito che i parenti si sono dimostrati molto reattivi e positivi all'assistenza che svolge l'IP e l'avete definito come competente e molto efficiente. Ciò è avvenuto anche quando si è verificato il decesso del paziente e, se ciò si è verificato, sono stati messi in atto dei procedimenti di tipo legale o perlomeno da parte vostra come organizzazione, sono state attuate delle verifiche per le metodologie attuate?

R.: RAFFIN - Rispondo alla collega di Torino che chiedeva quanto siamo tutelati a livello legale. Alcune cose per noi esistono anche come problemi, non è che siamo qui a dirvi che possiamo fare qualsiasi cosa, perché la nostra strada è tranquilla. Sicuramente c'è un fatto, che è stato anche citato fra le righe della relazione: la qualità e la capacità che si riesce a dimostrare in questi eventi; che non è la dimostrazione semplicemente manuale di interventi, ma è qualcosa che va a definire i problemi. Una discussione costante durata 4 anni con medici del pronto soccorso in cui si arriva con un paziente defibrillato, aveva ripreso ritmo e ti veniva chiesto, tutte le volte, cos'è successo, com'è successo. Avevamo il monitor defibrillatore semiautomatico con registrazione della traccia, e, dopo chilometri e chilometri di tracce registrate, siamo arrivati alla conclusione che in alcune situazioni l'IP che ha eseguito determinate manovre, non solo era a conoscenza di quello che faceva, ma sapeva tutelarsi su quelle che erano le possibili reazioni che una determinata procedura causava, nello stesso tempo era in grado comunque di fare le cose perché le sapeva fare. Cioè, una cosa è essere tutelati a livello legale dal medico, il quale comunque ti dice «vi conosco, insieme stiliamo dei protocolli, so che il gruppo è fatto di 18 IP, che conoscono e sanno eseguire determinate manovre». Se tu mi dici invece «andiamo dal giudice e che cosa succede in quel momento, allora parliamo di stato di necessità e andiamo a verificare che cos'è lo stato di necessità e, nel momento in cui io ero in grado di eseguire determinate manovre e non le ho messe in atto, andiamo a vedere che cosa poteva succedere a quel paziente.

Per quello che riguarda la reazione dei parenti all'assistenza quando questa diventa un evento seguito dalla morte dell'assistito, ognuno di noi che

ha avuto questo tipo di esperienza può garantire che non è solo una sensazione di pelle. Noi in 4 anni non abbiamo avuto alcuna denuncia. È una fortuna probabilmente, comunque i trenta minuti che tu stai lì sul posto a rianimare sono partecipati anche dai parenti; non è che il parente esce dalla stanza, ma partecipa, vive emotivamente e si rende conto di quello che sta succedendo. Il parente prima di noi sa che l'evento che è accaduto è molto grave. Se poi c'è qualcuno che non ci vuole credere, quindi utilizza le strategie di difesa personale per evitare che questa notizia arrivi o che si dilazioni nel tempo, è comunque una persona che partecipa.

Il problema può sorgere quando siamo chiamati dal medico di famiglia o dalla guardia medica che si trova in difficoltà perché non ha gli strumenti o i farmaci adatti alla situazione. Ma in questo caso il problema legato al decesso viene superato con la compilazione della constatazione di morte.

Ci sono alcune situazioni in cui invece è talmente alto lo stato di tensione dell'ambiente, ad esempio nel soccorso a bambini piccoli, situazioni drammatiche che scatenano ansia, non solo nei parenti in cui si decide che per tutelare la nostra persona e il momento, il paziente comunque viene portato via. Di solito questo succede con i pazienti giovani.

D.: CRUPI - Volevo dire un'altra cosa: Lei è partita dal presupposto che, fortunatamente, non si sono verificati decessi; ma i parenti non hanno mai espresso il desiderio di avere una figura che non sia solo infermieristica accanto, a svolgere un'azione così importante quale la rianimazione in un evento così critico. È successo cioè che abbiano avuto espressioni come: «possibile che non venga un medico? un rianimatore?, qualsiasi figura più specializzata?». Logicamente un parente può intervenire chiedendosi: «sono sicuro che quello che ha fatto l'infermiere era corretto, o c'è stato da parte sua un errore?». E poi, visto che non si è verificato il decesso, voi come gruppo attuate delle verifiche per le metodologie che utilizzate per l'assistenza, oppure lasciate le cose così come stanno e praticate in modo standardizzato questi protocolli?

R.: RAFFIN - Forse ci siamo capiti male. I decessi sono avvenuti, cioè non è che noi siamo riusciti a recuperare tutti questi infortunati. Dalle statistiche, 18 persone solo sono sopravvissute su tutte e queste comunque sono state accompagnate in ospedale. Quindi, le 300 sono persone rinvenute in arresto cardiocircolatorio e trattate, rianimate e accompagnate in ospedale poi decedute, 18 le persone sopravvissute.

D.: CRUPI - ... e nessuno dei parenti ha mai manifestato perplessità ...?

R.: RAFFIN - Probabilmente nella nostra Regione gli utenti sono abituati ad un determinato tipo di approccio. Io ti posso portare le copie dell'intervista fatta e le risposte. Nessuna delle persone intervistate ha identificato come

IP la persona che è andata a rianimare, hanno tutti pensato che ci fossero dei medici presenti.

D.: CRUPI - Una volta che è stato verificato il decesso, a maggior ragione, a mio parere, uno forse già nella situazione critica, dolorosa, emotiva, può accanirsi sulla figura dell'IP dicendo «tu non eri competente, se c'era una persona competente lui viveva».

R.: RAFFIN - Forse non mi sono spiegata. Ci troviamo in situazione in cui interveniamo noi in seconda battuta chiamati dal medico curante o dalla guardia medica quando questo non riesce a dare una risposta adeguata ...

D.: CRUPI - Nel caso presentato è stato il marito a chiamare e voi siete intervenuti in un secondo momento; quando la signora è stata intubata è arrivato il medico della guardia medica.

R.: RAFFIN - Quando si mette a confronto una professionalità, stiamo dicendo che la capacità operativa in determinati ambiti è tale per cui il problema non si pone.

D.: CRUPI - Io non sto mettendo in dubbio la vostra capacità operativa, non mi sento in coscienza di dirlo; mi sto domandando se è possibile che nessuno mai abbia evidenziato che interviene un infermiere e non un medico.

R.: MAGAGNIN - Credo che la risposta stia nel fatto che loro si prendono la responsabilità e quindi sono pronti a rispondere di qualsiasi atto e di qualsiasi prestazione attuata. E questo è un discorso di professionisti che si mettono a confronto.

D.: PITTARELLO, Padova - Volevo chiedere se in questo caso c'è un abuso di professione? Voi vi siete tutelate da questo punto di vista nel momento in cui fate manovre che non vi competono, abusando di una professione?

R.: RAFFIN - Il problema si può chiarire benissimo domani con la relazione che verrà svolta in mattinata. Io non credo che questo sia abuso di professione, ma non perché io voglio andare ad intubare il paziente perché, se voi avete osservato le statistiche, visto che il problema grosso che può venir fuori è quello dell'intubazione, su 18 pazienti sopravvissuti uno solo è stato intubato e, vi garantisco che il problema vero, e l'abbiamo visto, sono i tempi di intervento. E se qualcuno mi dice che sa fare determinate manovre e non le fa, io non so se viene chiamato a rispondere per abuso di professione o per omissione di soccorso.

D.: PITTARELLO - Io volevo sapere se prima di iniziare questo tipo di lavoro

al 118 vi siete consultati con un legale per sapere precisamente quello che potete fare e quello che non potete fare.

R.: RAFFIN - Sì. È stata fatta una riunione di tipo informativo a livello regionale perché ci si rendeva conto che questo lavoro nella nostra regione poteva creare dei problemi. Come in realtà è avvenuto. Si deve pensare che ci sono delle situazioni di tipo economico tali che non ci permettono di avere una copertura legale.

Il mio collega lo ha spiegato molto bene, a un certo punto ha deciso che la soluzione in quel momento era quella e si è tutelato utilizzando tutte quelle che erano le sue possibilità. Capite benissimo con tutte le conoscenze che avete che cosa vuol dire chiamare una struttura di appoggio di un certo tipo. E comunque la conferma del legale a suo tempo è stata data.

R.: ALBANESE - Solo due precisazioni. Probabilmente ci siamo spiegati male.

Quando noi abbiamo parlato di protocolli operativi, non abbiamo detto che facciamo diagnosi, non abbiamo detto che andiamo lì dal paziente e gli diciamo «Lei ha un edema polmonare acuto». Cioè noi rileviamo soltanto delle sintomatologie e in base a queste forniamo una risposta al paziente, e da lì mettiamo in atto tutta una serie di trattamenti.

Il fatto stesso che il nostro primario, il nostro responsabile, abbia preso questa decisione, firmata, portata in Direzione Sanitaria e dice «Tutti gli infermieri della centrale operativa che escono in ambulanza sono in grado di fare tutte queste cose. Io certifico tutto quello che loro faranno», significa che si prende lui la responsabilità in prima persona per quello che ciascuno ha fatto.

D.: PITTARELLO - Ti devo correggere. Non c'è primario, non c'è Direzione Sanitaria che possa mettersi davanti alla legge.

R.: RAFFIN - È un discorso di responsabilità diverso. L'IP si prende la responsabilità dell'azione che compie sul risultato che l'azione avrà. Il medico si assume la responsabilità del sistema organizzativo di tutta la centrale operativa e in questo ambito anche i protocolli che vengono applicati dal personale della centrale operativa. Non vedo perché ci possono essere degli equivoci, mi sembra abbastanza chiara. Il primario dà il consenso all'applicazione dei protocolli fatti a loro volta dai medici partecipanti alla centrale operativa, quindi anche il primario e loro rispondono delle azioni messe in atto sul paziente secondo il protocollo.

D.: PITTARELLO - Se nel protocollo c'è scritto qualcosa che non spetta all'IP, a livello di legge all'avvocato o al giudice non interessa.

R.: ALBANESE - Partiamo dal presupposto che bisogna accettare una certa

filosofia, cioè quella di portare l'intervento fuori prima che il paziente in ospedale e preventivare quello che potrà poi succedere. Cioè noi abbiamo parlato di una realtà in cui c'era il panettiere, il giardiniere che alla sera si metteva la divisa della Croce Rossa e andava in strada senza avere assolutamente alcuna professionalità specifica; prendeva il paziente così come lo trovava e lo portava in ospedale. Poi è arrivata la centrale operativa con i suoi IP: cosa abbiamo fatto? Hanno già spostato la retta del soccorso al tempo precedente. Cioè andiamo, portiamo dei professionisti fuori dall'ospedale e gli facciamo fare quello che l'IP è in grado di fare. Adesso stiamo arrivando a far fare ai parenti e a quelli che stanno vicino, già una prima rianimazione con le informazioni pre arrivo.

In tutti i casi di overdose che succedono a Udine e in provincia, se l'IP arriva sul posto e, non solo sostiene le funzioni vitali, ma non gli fa il Narcan, questo malato muore lo stesso, perché da alcuni punti per arrivare in ospedale ci vogliono almeno 20 minuti.

Quando arrivi sul posto e trovi il malato in overdose, fai il Narcan perché previsto dal protocollo, il paziente si sveglia, ti saluta e ti ringrazia e va via; forse solo infastidito perché gli hai mandato in fumo 100.000 lire di droga. Ed anche per il paziente traumatizzato in auto: quante volte noi ci preoccupiamo di pensare a quanti disabili abbiamo procurato noi IP, magari con delle manovre un po' improvvisate?

Ci stiamo dando delle regole, c'erano prima di noi quelli che non davano alcuna importanza a come trovavano il paziente, lo tiravano via dall'auto, lo mettevano in ambulanza e correvano in ospedale. Perché non riconoscere all'IP anche al di fuori dell'ospedale questo suo ruolo di professionista, questa sua autonomia professionale?

È questo che forse non va bene alle altre figure professionali, perché noi all'inizio abbiamo parlato anche con avvocati e giuristi; e ci facevano il discorso inverso, perché tu che sai fare, che sai riconoscere una determinata situazione non sei intervenuto? Questo era il problema.

D.: FAVERO, unità coronarica - Camposanpiero - Chiedo scusa se insisto su questo tema, ma questa mattina ad una precisa domanda fatta da un collega tedesco che lavora in Piemonte in cui appunto chiedeva se l'IP era coperto quando il primario firmava una dichiarazione in cui lo autorizzava a compiere metodiche mediche; la signora Silvestro è stata tassativa nel dire che bisogna attenersi al Mansionario, e se il Mansionario non prevede defibrillare, fare endovene, intubare, ecc... non c'è santo che tenga. Nel caso di defibrillazione in ambulanza con l'ambulanza in movimento, quali precauzioni bisogna avere?

Volevo chiedere alle colleghe di Mantova, le quali non hanno risposto a una domanda fatta da un nostro collega di Treviso, che chiedeva la pianificazione del corso di aggiornamento che avevano previsto per gli IP che lavoravano nei reparti di degenza normale. Com'era strutturato questo corso, in quan-

te ore, da chi era svolto, sia per quanto riguarda la clinica che per l'assistenza?

R.: SPEZIALI - Abbiamo semplicemente detto che gli obiettivi e i termini del corso e gli argomenti sono ancora in fase di sviluppo. Attualmente stiamo organizzando un corso di inserimento di sette nuove unità infermieristiche, per cui abbiamo temporaneamente rimandato la programmazione effettiva di questo corso che sarà fra circa 20 giorni.

R.: RAFFIN - Riguardo alla defibrillazione in ambulanza, è successo in un paziente con compromissione delle funzioni vitali, con infarto miocardico acuto, sono andati in fibrillazione ventricolare in ambulanza; ovviamente l'ambulanza viene fermata e si defibrilla. La prima cosa importante nel soccorso extraospedaliero è la sicurezza e l'incolumità; io non posso permettermi di defibrillare mentre l'ambulanza fa tutte le curve.

Per quanto riguarda i protocolli. Sono atti medici delegati, firmati dal responsabile medico, che a livello locale ti autorizzano a fare determinate cose e a livello locale quelle cose tu le puoi fare anche se non sono comprese nel Mansionario. Finora in Italia non c'è nessun caso di denuncia per cose di questo genere.

D.: PERUZZI, Padova - Una precisazione per quanto riguarda la defibrillazione. Nei vostri protocolli operativi mi sembra di aver capito che voi siete autorizzati a defibrillare, però utilizzate defibrillatori automatici o semiautomatici? L'indicazione alla defibrillazione la dà la macchina o la dà l'IP?

R.: MAGAGNIN - Nella relazione, abbiamo specificato che lavorano al 118 IP che hanno pluriennale esperienza in rianimazione, in unità coronarica, dunque in area critica. Io devo essere in grado di identificare che il paziente è in arresto cardiaco e che la traccia della fibrillazione ventricolare che vedo, non è perché sto registrando i disturbi sull'ambulanza determinati dalle buche sulla strada, ma che il paziente effettivamente è in arresto cardiaco.

Cioè il defibrillatore semiautomatico ti tutela perché ti dimostrerà e ti consiglia, però sono io che decido. In America sono stati istruiti la polizia stradale ed vigili del fuoco, ad utilizzare il semiautomatico. Io sono un professionista e sono in grado di sapere che in quel momento nella diagnosi che il defibrillatore fa, lo scarto di errore è bassissimo.

Abbiamo fatto uno studio su tre tipi di semiautomatici, e tutte le volte che abbiamo monitorizzato un paziente compilavamo una scheda per vedere quante volte il semiautomatico sbagliava: erano dati infinitesimali. Comunque è importante per questo che ci sia un professionista che sa rendersi conto.

D.: ? - Volevo fare una considerazione sul dibattito. Io credo che in ogni caso si debba considerare la vita di chi abbiamo davanti. Prima della legge, dell'aspetto giuridico c'è comunque l'aspetto etico e, se noi abbiamo di fronte

un paziente che sta per morire dobbiamo cercare di fare tutto quello che siamo in grado di fare per poter farlo vivere. Poi verrà la legge.

Nel momento in cui una struttura sanitaria mette in piedi un 118, ci mette degli IP dentro, sa cosa questi IP vanno a fare, sa quali tipi di situazioni incontreranno, gli da degli strumenti, gli da delle cose, materiali... Nel momento in cui una struttura sanitaria fa tutto questo non può poi dire che lei non centra niente.

L'alternativa qual è? Mettiamo medici dappertutto, ne abbiamo fin troppi, circa 40.000, ma quanto costano gli interventi, quanto ne traiamo in termini di produttività dalla presenza di determinate figure rispetto ad altre? Quanto queste cose hanno senso, perché è vero che noi possiamo mettere medici dappertutto, però è anche vero che dal momento in cui dobbiamo fare dei discorsi di costi/benefici, allora dobbiamo chiederci se ci conviene mettere tanti medici sulle ambulanze o ci conviene cercare di fare un minimo di rieducazione alla vecchietta che sta male e che è allettata e che rischia di non muoversi più perché non abbiamo nessun IP nel territorio per fargli un minimo di rieducazione. Anche queste sono domande che bisogna porsi.

R.: RAFFIN - Io credo che noi soffriamo di un Mansionario non adeguato ai tempi. Noi abbiamo percorso una strada che ci ha portato a questa realtà e soffriamo delle leggi che sono sempre più in ritardo. Ci aspettiamo che il Mansionario futuro possa mettere in chiaro come ci dovremmo comportare in queste situazioni.

D.: CAPODIFERRO, terapia intensiva cardiocirurgica, Bologna - Credo che domani si scatenerà un putiferio per quanto riguarda le competenze; io sarò in prima linea in questa discussione. Io dico siamo alle solite, cioè io sono andato in molti congressi e in ognuno ho sempre notato la paura, un alibi da parte della maggior parte dei miei colleghi IP nel dire di essere in grado di prendersi delle responsabilità di determinati interventi. Quando uno dice che uno può o deve intubare, non è che vuol fare il medico, perché, se è per il bene del paziente in quel momento che io, IP, debba fare il medico, io faccio il medico.

Secondo me questo è enormemente importante. Il discorso è anche questo: noi abbiamo paura (è qui che sta l'alibi) della legge che non ci copre. Intanto la legge non dice «tu non devi intubare», il giudice ti condanna se tu dalla tua intubazione dai un nocumento al paziente, che è cosa completamente diversa.

Sempre a livello legale io vi ricordo un DPR 27 marzo 1992, che è quello che istituisce il 118 dove si dice che l'IP che opera nei servizi di area critica può, sulla base di protocolli stabiliti col medico, fare tutto quello che è necessario e lo può fare, l'importante è che sia stabilito; se parliamo di cose illegali ce ne sono tantissime altre.

Non ci dobbiamo lamentare quando poi vediamo nei congressi, negli stand

dove, sulla maggior parte degli avvisi, c'è scritto personale paramedico e noi ci lamentiamo.

Tutti operatori degli stand che mettono paramedico, non lo fanno apposta, lo fanno perché nella loro cultura la parola IP non è molto altolocata e allora scrivono paramedico riempiendosi la bocca. La professionalità si raggiunge anche attraverso questo. Non bisogna aver paura della propria personalità e soprattutto non bisogna aver paura delle proprie potenzialità. Si potrà anche sbagliare, ma comunque bisognerà cominciare a fare qualcosa perché è impossibile che nel 2000 ci siano ancora IP attaccati ad un Mansionario.

D.: ALFONSI, unità coronarica, Padova - Esiste una normativa che stabilisce il numero minimo di IP assegnati esclusivamente alla centrale operativa?

R.: ALBANESE - Non c'è nessuna normativa in merito. Ci sono dei protocolli che indicano quanto personale ci deve stare in centrale in base all'utenza, alla popolazione da servire. Quindi, in base alla popolazione del territorio, tu calcoli quanti operatori di centrale ti servono. E' necessario avere infermieri professionali su ogni mezzo, in base ai mezzi di cui una unità operativa dispone.

D.: POZZATI, 118, Ferrara - Noi lavoriamo con i medici, sette, e tutte le volte che la centrale operativa di Ferrara ci dice di uscire, in base al codice, abbiamo sempre il medico. Quindi tutte le operazioni di intubazione, defibrillazione, sono fatte dal medico. Volevo sapere se da voi il medico c'è o no?

R.: ALBANESE - Questo medico fa parte della guardia medica ... «*ex art. 22*»?

D.: POZZATI - È della guardia medica esterna integrata con l'ospedale; sono liberi professionisti.

R.: ALBANESE - Non abbiamo questa risorsa, non a caso la premessa era sull'analisi della situazione. Nella nostra realtà lavoriamo con la guardia medica d'appoggio, quando la guardia medica è in servizio, cioè prefestivi, notturni e festivi.

Nell'attività diurna, per i problemi di specifiche situazioni che richiedono l'allertamento dell'elisoccorso, questo viene allertato per protocollo. Nel momento in cui si verifica un arresto cardiocircolatorio alle ore 7:00 c'è ancora la guardia medica, alle 10:00 c'è l'ambulanza con l'IP.

D.: ? Noi abbiamo una realtà molto disomogenea nella nostra provincia; la zona del Cadore è servita da tre centri mobili di rianimazione e nei casi in cui la centrale operativa individua un codice di gravità elevato, invia il medico anestesista.

Il resto della provincia, a parte Feltre, non ha questa realtà. Naturalmen-

te noi usciamo con l'anestesista come previsto, durante il giorno; in due postazioni abbiamo il medico di guardia durante la notte, ma stanno gradatamente togliendo l'anestesista per sostituirlo. Nel resto della provincia escono solo infermieri.

D.: FRANCESCO, IP di rianimazione, Oristano - Volevo fare una domanda sul filmato.

Ho visto che l'ambulanza parte sempre dall'ospedale, non ho capito perché non deve essere dislocata sul territorio. Per questioni di competenza, per rispondere al collega di Bologna. Poi, prima di iniziare qualsiasi discorso su fare o non fare determinate cose, bisogna cominciare a lottare per poter fare anche altre cose. A me è capitato in rianimazione, di estubare un paziente — intervento che era stato deciso in visita — mentre i medici erano andati a bersi il caffè. Nel frattempo, siccome il paziente era sveglio e incavolato, gli ho tolto il tubo. Però poi mi son dovuto sorbire da parte del primario la tirata d'orecchie. Noi «118» non sappiamo neanche che cosa vuol dire! le ambulanze vengono gestite da associazioni private! Quando si fanno convegni sarebbe giusto farsi un giro nel «deserto» e vedere su cosa bisogna discutere nei convegni, infatti noi viviamo nel «deserto».

R.: SILVESTRO - Questo è anche un problema politico, superiore alle nostre teste o alle nostre capacità o alla nostra possibilità decisionale. Forse noi invece abbiamo la fortuna di vivere in posti diversi e forse, vale la pena di parlarne.

Tavola rotonda di valutazione multidisciplinare con presentazione di casi e comportamenti assistenziali particolarmente afferenti a:

- ruoli e funzioni dell'équipe sanitaria;*
- esercizio professionale/mansionario infermieristico;*
- responsabilità professionale, civile e penale del personale infermieristico.*

Partecipano:

LUCA BENCI, I.P. laureato in giurisprudenza, Firenze;

DANIELE RODRIGUEZ, Docente di Medicina Legale, Università di Ancona;

PIERANGELO SPADA, IID Direttore di Scuola per Infermieri Professionali, Como.

Moderatore: ELIO DRIGO, Presidente Aniarti, Udine.

Elio Drigo

Questa tavola rotonda è nata dall'esigenza di cercare di fare chiarezza su molti aspetti della nostra attività quotidiana. Abbiamo creato l'opportunità di un incontro con esperti, profondi conoscitori della realtà infermieristica e dei problemi che l'esercizio professionale oggi presenta con sempre maggiore intensità. In questi giorni, nei dibattiti, sono emersi con chiarezza tutti i temi che rimettono in discussione la responsabilità infermieristica e le contraddizioni derivanti tra le normative vigenti, le esigenze operative ed organizzative e le consuetudini ed effettive capacità di gestire situazioni e risolvere problemi da parte degli infermieri ormai consolidate.

Ci troviamo in un momento in cui, da una parte vi è una fortissima esigenza di trasformazione per la professione, di un suo inserimento all'interno di una realtà estremamente complessa ed in rapida evoluzione; dall'altra parte c'è l'esigenza delle strutture di avere a disposizione dei professionisti infermieri che abbiano una connotazione diversa e più marcatamente professionale rispetto a quanto sentivano fino a poco tempo fa.

Adesso le istituzioni sanitarie sono molto maggiormente orientate verso la responsabilizzazione dei professionisti sugli obiettivi da raggiungere. Questa impostazione richiama tutti gli operatori ad un coinvolgimento decisamente più preciso rispetto al passato. C'è bisogno quindi di definire alcuni punti fermi e, possibilmente, di tracciare alcune prospettive di pensiero e di azione.

Su questo si inserisce anche tutta la problematica fatta emergere dal nuovo profilo professionale dell'infermiere, che costituisce una opportunità unica di trasformazione della nostra professione e della nostra professionalità.

Il problema è quello di affrontare il tema della responsabilità in una prospettiva di evoluzione delle possibilità di rendere il miglior servizio raggiungibile ai cittadini.

Questa mattina ci poniamo l'obiettivo di dibattere con ottica multidisciplinare alcuni casi verificatisi nel contesto assistenziale dell'area critica e dell'emergenza. Prima di esaminare direttamente i casi che presenteremo, ci sarà, da parte di ciascuno dei tre relatori, un'esposizione introduttiva della tematica, che si annuncia carica di interesse per la ricerca di risposte, se ve ne possono essere in certe situazioni molto complesse.

Daniele Rodriguez

Ringrazio innanzi tutto gli organizzatori che mi hanno voluto qui presente per discutere un tema di grande interesse. Mi complimento inoltre con loro per la metodologia di sviluppo di questa tavola rotonda, che ha nella discussione di alcuni casi simulati il suo momento caratteristico e qualificante.

Proprio nella prospettiva della discussione dei casi, mi limiterò ad una brevissima introduzione alla problematica, procedendo per schemi essenziali

e sintetici, focalizzando gli aspetti di specifico interesse e ripromettendomi di perfezionare successivamente, nel corso del dibattito, quanto preliminarmente esposto. Il Presidente Drigo ha detto che ci confronteremo su alcuni casi concreti; conosco questi casi per averne avuto notizia, in precedenza, dagli organizzatori e sono convinto che da quei casi emergeranno con maggior concretezza i vari problemi, che potranno essere opportunamente correlati da eventuali norme di riferimento.

Tra le tematiche indicate nel titolo di questa tavola rotonda, da una, in particolare, vorrei partire per impostare le mie riflessioni, quella della *responsabilità professionale*. È il caso di aggiungere che proporrò alcune indicazioni che possano costituire una sorta di guida per dirigere la discussione, e ciò non certo per indirizzarla verso un determinato obiettivo, ma solo per fornire alla stessa punti di riferimento ed evitare che si parli per luoghi comuni, come talora avviene quando si affrontano temi analoghi.

Conviene innanzi tutto considerare che la parola *responsabilità* ha un duplice significato. Questa duplicità di significato è da richiamare espressamente, perché vi è in genere l'abitudine — specie in ambiente sanitario — a pensare alla responsabilità come conseguenza di un comportamento riprovevole. Alla locuzione *responsabilità professionale* in particolare è attribuito il senso di errore per colpa, perseguibile sia in sede penale che civile, in relazione a condotta professionale incongrua quando da essa sia derivato un danno al paziente.

Limitarci a considerare solo questo aspetto della responsabilità porterebbe ad enfatizzare il concetto «negativo» del termine ambivalente di responsabilità (essere chiamati a rispondere, magari in giudizio penale, di propri atti), in contrapposizione a quello «positivo» dell'essere responsabili (*), dell'assumersi cioè le responsabilità che l'attività professionale comporta.

Tabella I - *L'ambivalenza del termine responsabilità*

<i>Ottica positiva</i>	<i>Ottica negativa</i>
Coscienza degli obblighi connessi con lo svolgimento di un incarico	Essere chiamati a rendere conto del proprio operato; colpevolezza
Impegno dell'operatore sanitario <i>ex ante</i>	Valutazione da parte di un giudice <i>ex post</i> .

(*) Una siffatta distinzione è ricavata da: BENCIOLINI P., APRILE A., *Responsabilità dell'infermiere in pronto soccorso*, in MENON C., RUPOLO G., *Pronto soccorso per l'infermiere professionale*, Ambrosiana ed., Milano 1995, pp. 281-288. Voglio dare inoltre atto che molti dei contenuti di questa relazione discendono o comunque risentono dell'impostazione che il predefinito Prof. Paolo Benciolini dà, nella sua attività didattica, ai vari argomenti qui trattati.

La condotta responsabile scaturisce dal rispetto di alcuni parametri di riferimento che possono essere così schematizzati:

- 1) presupposti scientifici dei compiti e delle funzioni propri della professione;
- 2) indicazioni che derivano dalla coscienza personale;
- 3) le norme di riferimento.

Circa i punti 1 e 2, si può osservare che possono essere sintetizzati nell'adagio che richiama il comportarsi secondo scienza e coscienza. Tale adagio è denso di significato e spiace osservare che spesso viene richiamato anche a sproposito per giustificare comportamenti discutibili, e ciò avviene, ed è avvenuto, con frequenza tale che detto adagio è ormai privo di valore ed ridotto ad una successione, in serie, di parole che si ripetono automaticamente come se si trattasse di una formula magica.

In merito al punto 3, si segnala che le norme di possibile riferimento sono quelle riportate nella tabella II.

Tabella II: *Ambiti della responsabilità*

Ambito di riferimento	Fondamentali fonti normative
Penale	Codice penale
Civile	Codice civile
Amministrativo-disciplinare	Varie: ad es. legge 833/78 e D.P.R. 761/79 e successive modif.; D.P.R. 225/74 e D.M. 739/94.
Deontologico-disciplinare	Codice deontologico dell'infermiere
Etico	Valori etici

Risulta, in sostanza, che per chi esercita una professione sanitaria esiste la possibilità di riferirsi a norme diversificate, etiche, deontologiche, amministrative e giuridiche, che spesso disciplinano uno stesso ambito.

Le norme etiche scaturiscono dalla nostra coscienza, o forse, più propriamente, dal confronto con la coscienza individuale dei principi cui ciascuno di noi fa riferimento e che discendono da valori sociali, culturali, politici, religiosi. Per la loro intrinseca natura, per la loro sostanziale provenienza *interna* (sia pure non avulsa dai principi morali del contesto socio-culturale in cui si vive) le norme etiche sfuggono ad una codificazione in forma scritta. E tale codificazione scritta è possibile quando si tratti di norme etiche *condi-vise*, sulle quali cioè sia possibile realizzare una convergenza fra soggetti che

sono espressione di diversi convincimenti ideologici. È appena il caso di osservare che siffatta convergenza non è operazione agevole, visto che si tratta di porre a confronto, in modo autentico e costruttivo, impostazioni spesso molto diversificate. Ciò nonostante sono stati elaborati vari *documenti* o *codici*, sia a carattere nazionale che internazionale, predisposti da enti, associazioni, comitati, che contengono indicazioni di utile riferimento, quantomeno per approfondire la riflessione ed il confronto con le indicazioni della coscienza individuale. Indissolubilmente legate alla coscienza individuale, anche qualora abbiano una codificazione scritta, le norme etiche restano svincolate dalla previsione di una qualche sanzione o punizione nell'eventualità che non vengano rispettate.

Più frequentemente codificate in forma scritta sono le norme deontologiche, che sono rappresentate da indicazioni di comportamento alle quali devono attenersi gli esercenti di una data attività professionale; si tratta di codificazione elaborata dalla stessa categoria professionale. In Italia non tutte le categorie professionali — e non tutte quelle operanti in ambito sanitario — si sono date un Codice Deontologico; per quanto riguarda la Vostra professione, è attualmente in vigore il Codice Deontologico dell'Infermiere, approvato dalla Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI nel 1977. Un codice deontologico reca dunque norme condivise all'interno della categoria professionale, che corrispondono in genere ad indicazioni comportamentali espresse in termini positivi, con l'esplicitazione, cioè, della condotta da tenere in una determinata situazione, più o meno circostanziata. È da specificare che abitualmente, per quanto genericamente descritta, la situazione individuata dalla norma deontologica è pertinente all'attività professionale ed individua il ruolo del professionista stesso: è caratterizzata cioè da *concretezza* e *specificità*.

Tabella III - *Principali doveri individuati nel Codice Deontologico dell'Infermiere*

<i>Dovere</i>	<i>Capo e punto</i>
- di operare per la salute e la vita	Premessa A: 1, 4 B: 6
- di rispettare libertà, religione, ideologia, razza, condizione sociale della persona	A: 2
- di mantenere il segreto	A: 3
- di aggiornamento e formazione permanente	C: 9
- di collaborare con tutti operatori sociosanitari	B: 6
- di mantenere un comportamento corretto e dignitoso	B: 8
- di non abbandonare il posto di lavoro prima della sostituzione	C: 10
- di mettersi a disposizione dell'autorità in caso di calamità	C: 10

Vi sono poi le norme giuridiche che sono regole imposte al cittadino dall'autorità dello Stato e che, nel rispetto della libertà individuale, definiscono ciò che è lecito e ciò che è illecito; per quanto di interesse in questa sede, ricordo le norme attinenti al diritto amministrativo (che regolano l'attività dello Stato e degli enti pubblici e di quanti in essi operano in funzione del conseguimento dell'interesse dello Stato), a quello penale (che definiscono i reati, cioè gli atti che recano danno alla collettività, in quanto turbano le regole della convivenza, nonché le rispettive pene), a quello civile (che regolano i rapporti tra i singoli cittadini, riguardando in particolare la persona come tale, la persona come soggetto di patrimonio e la persona come membro di una famiglia). Su tutte queste norme non mi soffermo, in quanto costituiscono oggetto di altra relazione. Mi riservo comunque di approfondire alcuni aspetti inerenti ad esse nel corso del dibattito.

Ora, in corso di introduzione, è importante mantenere il discorso in termini di carattere generale. Vi sono dunque norme di riferimento di carattere etico, deontologico e giuridico. Occorre chiedersi se queste norme abbiano carattere di specificità per quanto riguarda la Vostra attività professionale. Non ha certo questo carattere la norma giuridica, in particolar modo quella penale, caratterizzata com'è da *generalità*: tale norma non si riferisce ad una particolare tipologia di individui, né a maggior ragione al singolo, bensì a tutti i cittadini la cui condotta configuri la situazione prevista dalla norma; per di più la norma giuridica è caratterizzata da astrattezza, individuando una situazione ipotetica, non particolarmente circostanziata, alla quale possano essere ricondotti i singoli casi concreti. Soltanto il codice deontologico entra nel merito, nel dettaglio delle situazioni, caratterizzandole in termini professionali; solo il codice deontologico dunque fornisce indicazioni abbastanza specifiche. Nel codice penale non si fa riferimento all'infermiere quale autore di condotte illecite; nonostante ciò, tutte le varie norme penali possono riguardare comunque l'infermiere, ma solo e soltanto in quanto cittadino sia pure deputato a specifiche attività professionali. Dunque si tratta di norme di carattere generale, rivolte a qualunque cittadino; in questo caso la difficoltà è di correlare in modo congruo siffatte norme generali alle problematiche caratteristicamente connesse alla professione. Per quanto invece attiene la norma deontologica, come detto, in genere ci troviamo di fronte a situazioni, che, per quanto genericamente individuate, sono pertinenti all'attività professionale ed individuano, di volta in volta, il ruolo del professionista stesso: la codificazione deontologica è dunque caratterizzata da *concretezza* e *specificità*.

Il rilievo di queste osservazioni sarà evidente nella discussione dei casi pratici. Ha pure rilievo l'osservazione dell'ottica, positiva o negativa, a cui si ispirano alcune norme di utile riferimento per definire il concetto di responsabilità.

Individuano un'idea negativa di responsabilità tutte le norme di carattere penale. Queste seguono uno schema tipo: descrivono, in termini generali (ma

chiaramente descritti), una condotta riprovevole, configurante in genere un danno od un pericolo, e contemplano la pena specificamente connessa. La logica del codice penale è quella di prevedere una precisa punizione per ogni specifica condotta errata, vale a dire non lecita, espressa cioè in termini negativi. Come strumento pedagogico il codice penale è dunque quanto meno molto discutibile: non ha un ruolo di guida, ma solo una funzione di intimidazione. Allora a che cosa serve parlare di codice penale, se si vuole arrivare a delineare, in termini positivi, il concetto di responsabilità? Serve perché occorre estrarre dalla norma negativa del codice penale un insegnamento di tipo positivo. Il concetto è di facile comprensione ricorrendo al più banale degli esempi. Se tu uccidi sei punito. Questo che cosa significa? Significa non solo «tu devi non uccidere», ma anche, e soprattutto, «tu devi rispettare la persona umana». In particolare, per il discorso che sviluppiamo, significa «tu devi rispettare la persona umana nell'ambito della tua professione». Per trarre dal codice penale insegnamenti positivi è dunque necessario ribaltare la struttura stessa dei singoli articoli.

Il grande vantaggio del codice deontologico è di esprimere concetti già resi in termini positivi. Poiché tale codice tende ad essere considerato una sorta di «cenerentola» dei possibili punti di riferimento normativi, è il caso di sottolinearne il grande valore e la grande utilità come guida, perché di comprensione immediata, caratterizzata com'è da indicazioni comportamentali espressi in termini positivi. Stesso discorso si può fare per il mansionario ed il profilo professionale; sono norme descrittive delle condotte lecite, quindi necessariamente espresse in termini positivi.

In questa introduzione al dibattito, vorrei tuttavia soffermarmi su alcuni articoli del codice penale, che conviene aver presenti per lo sviluppo della discussione e per l'analisi dei casi pratici, nonché per riconsiderare consapevolmente alcune questioni emerse nella sessione di ieri pomeriggio.

Ieri pomeriggio è stato richiamato, tra l'altro, lo stato di necessità. È necessario precisare che tale locuzione non è una formula magica da evocare per riuscire ad imporre un certo punto di vista o per giustificare una data condotta. La situazione dello stato di necessità è prevista dal nostro codice penale ed è enunciata con una formula assolutamente precisa. Il primo comma dell'articolo 54 del codice penale recita: «Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo».

Sono da sottolineare i concetti fondamentali che compaiono in quest'articolo. Si tratta dei seguenti:

— il pericolo deve essere in atto, cioè imminente e sovrastante; non è sufficiente che si tratti di un pericolo prevedibile o immaginabile, anche solo a breve distanza di tempo; il pericolo deve essere insito nella situazione contingente;

— il pericolo deve riguardare un danno alla persona; e non si tratta di un generico danno, ma un danno che viene specificamente qualificato come grave;

— il pericolo deve tassativamente non essere evitabile, mantenendo, ad esempio, una diversa condotta;

— l'azione (in altre parole, per quanto qui rileva, l'ulteriore rischio che si fa correre alla persona) deve essere proporzionato al pericolo.

Questi sono i parametri che caratterizzano, e tassativamente, la nozione giuridica dello stato di necessità. Ed è a questa nozione che, ragionando in termini giuridici, occorre fare riferimento.

Propongo infine alla Vostra attenzione un altro articolo del codice penale, che punisce l'abusivo esercizio di una professione. Si tratta dell'articolo 348, che recita: «Chiunque abusivamente esercita una professione, per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato, è punito con la reclusione fino a sei mesi o con la multa da lire duecentomila a un milione».

Ricade nella previsione di quest'articolo l'infermiere che esegua attività che travalicano le previsioni tassative del mansionario e che, occorre aggiungere, non rientrano tra le funzioni che sono prospettabili in funzione del profilo professionale dell'infermiere approvato con decreto del Ministero della Sanità 14 settembre 1994, n. 739. È il caso di indicare esplicitamente che il delitto sussiste a prescindere dal fatto che consegua un danno per il paziente.

Per concludere le indicazioni di carattere generale, vi sono altre norme, penali e civili, di riferimento per quanto riguarda la responsabilità professionale, intendendo per tale quella di cui si parla quale conseguenza di una condotta professionale colpevole, di una condotta cioè erronea che assuma rilevanza giuridica. Senza addentrarsi nel dettaglio dei vari articoli, è sufficiente indicare che per configurare siffatta responsabilità, è necessario che siano rispettati i seguenti requisiti:

- condotta colposa dell'esercente la professione sanitaria;
- danno a carico del paziente;
- nesso di causalità fra condotta e danno.

Per quanto attiene la condotta (azione od omissione) dell'esercente la professione sanitaria è necessario che essa sia qualificabile come caratterizzata da colpa. Il concetto di colpa coincide, alternativamente o cumulativamente, con quelli di negligenza, imprudenza, imperizia, inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline (art. 43 del codice penale).

In ordine al danno alla persona, per quanto riguarda il profilo penale, sono da tener presenti i delitti di omicidio e di lesione personale, entrambi colposi. Essendo intuitivo il concetto di omicidio, basti qui segnalare che, secondo l'art. 582 del codice penale, il delitto di lesione personale sussiste quando una persona provochi in altri una malattia nel corpo o nella mente. Ciò significa, per quanto qui rileva:

— sia che alla azione od omissione dell'infermiere consegua una malattia diversa, anche dal punto di vista nosografico-qualitativo, rispetto a quella iniziale;

— sia che la conseguenza dell'azione od omissione sia comunque correlata alla malattia di base, allorquando tale malattia venga ad assumere caratteristiche autonome, diverse cioè da quelle che avrebbe assunto in caso di trattamento corretto: può trattarsi anche solo di maggior durata della malattia stessa.

Del tutto evidente è la necessità che fra condotta caratterizzata da colpa e danno alla persona sussista nesso di causalità materiale. L'art. 40 del codice penale formalizza quest'aspetto indicando che l'evento dannoso da cui dipende l'esistenza del reato deve essere conseguenza dell'azione od omissione.

Prima di chiudere vorrei proporre un'ultima annotazione per quanto riguarda la responsabilità professionale, intesa in senso negativo, come addebito, cioè, di responsabilità. Il codice deontologico ci dà un'ulteriore grande lezione. Esso prevede, nei suoi articoli, alcune condotte o di carattere generale o in rapporto a determinate situazioni. Come noto, in ipotesi di mancato rispetto delle indicazioni del codice deontologico, il Collegio professionale commina sanzioni, che, dunque, sono direttamente legate soltanto alla condotta. Ossia: alla condotta riprovevole corrisponde l'applicazione di una determinata sanzione, anche se a questa condotta irregolare non consegue alcun danno al paziente.

Per quanto riguarda il codice penale, invece, la previsione che fa scattare la punibilità è quella del danno al paziente, cioè della lesione personale colposa o dell'omicidio colposo. Questo significa che io potrei avere una pessima condotta professionale, ma se questa non porta ad alcun danno al paziente, a me non può essere mosso alcun addebito penale. Diversamente, per il Collegio professionale la sanzione scatta anche in funzione della semplice condotta non conforme alle indicazioni del codice deontologico. È evidente il significato preventivo che può venire ad assumere la funzione disciplinare del Collegio professionale, in quanto intervenga per condotte riprovevoli, anche prima che — col loro reiterarsi — possano essere produttive di danno per il paziente.

Luca Benci

Questo tipo di relazione non sarebbe stata assolutamente possibile un anno fa, quando non erano stati approvati i nuovi profili professionali e non poteva in alcun modo essere ricostruita una evoluzione della responsabilità dell'infermiere.

Non si poteva cioè parlare di evoluzione della responsabilità infermieristica. Nella professione medica questo invece era possibile perché l'evoluzione era stata, quanto meno, di carattere giurisprudenziale. Questo significa che i giudici hanno interpretato in modo diverso la responsabilità medica.

Nell'ambito infermieristico, le norme mansionari, strette, rigide e vecchie non permettevano una ricostruzione in termini evolutivi della responsabilità.

Tenterò di dimostrare l'importanza a livello operativo e di responsabilità giuridica del profilo professionale; importanza che, a parere mio, non è stata ben compresa, quanto meno, da una parte degli organi che tutela la professione infermieristica, mentre è stata ben compresa, come tutti possiamo ricordare, dalla categoria medica, che si è opposta vivacemente all'approvazione del profilo e, addirittura alcuni sindacati medici hanno ricorso al Tribunale amministrativo del Lazio (TAR) per chiederne l'annullamento.

Evoluzione della responsabilità, ma anche evoluzione delle attribuzioni. Sulle attribuzioni, in realtà, il segno non è univoco. Non corrisponde infatti al vero che negli ultimi cinquanta anni le varie norme che si sono succedute hanno attribuito maggiori competenze. Il segno non è del tutto positivo, anzi ci sono alcuni segni negativi. Sono state infatti tolte alcune competenze per darle ad altre figure o per riattribuirle alla categoria medica.

Voglio tentare di dimostrare, attraverso l'analisi dei mansionari, che stiamo passando da un infermiere prettamente esecutore di ciò che dice il medico, da un infermiere che senza mansionario non si muove, ad un infermiere che ha la responsabilità del processo assistenziale. Perché oggi, il punto è già questo, il nuovo profilo indica esattamente questo.

Il punto di partenza non può che essere il mansionario del 1940. Il primo atto normativo organico che attribuisce all'infermiere determinati compiti. Prima di questo c'erano alcune norme ricavate da leggi diverse, successivamente convogliate nel Testo Unico delle Leggi Sanitarie del 1934, ma che in realtà non avevano alcun valore pratico.

Nel mansionario del 1940 il tratto evidenziatore era la figura infermieristica come figura esecutrice, che agiva sotto la responsabilità del medico; l'infermiere era un vero e proprio esecutore, non un professionista. Di professione, nel periodo di tempo che intercorre dal 1940 al 1974 non poteva assolutamente parlarsi, nonostante fossero presenti alcuni caratteri distintivi della professione come l'istituzione dei Collegi IPASVI, ma comunque il mansionario era talmente rigido da non potere comportare in alcun modo la qualifica di professionista per l'infermiere.

Vediamo le principali norme contenute nel mansionario del 1974. Competeva all'infermiere:

— «l'esecuzione delle disposizioni e delle norme che regolano l'andamento dei servizi di assistenza del reparto», quindi il medico che dava regole ben precise, vincolanti che le infermiere diplomate dovevano eseguire;

— «assistenza completa all'infermo, alle dirette dipendenze del medico». L'assistenza infermieristica non era svolta sotto la responsabilità delle infermiere, in quanto il medico dava le direttive;

— «somministrazione dei medicinali ordinati». La prescrizione medica allora era un ordine; oggi non lo è più, è una prescrizione e ne vedremo i caratteri distintivi. Allora invece era un ordine imperativo;

— «esecuzione dei trattamenti speciali e curativi ordinati dal medico». Ancora un tratto che indica il carattere imperativo delle direttive mediche e,

soprattutto, il carattere subordinato della professione infermieristica.

Per 34 anni non è successo pressoché niente: dal 1940 al 1974, data di approvazione del nuovo profilo dell'infermiere professionale ed attuale mansionario. Ci sono vari punti che andrebbero ricordati, ma il punto a) dell'art. 1 è quello più caratterizzante un professione, è l'articolo che attribuisce all'infermiere un proprio ambito di competenza. Il disposto mansionariale che subordinava l'assistenza completa all'infermo, «alle dirette dipendenze del medico» viene spazzato via e si attribuiscono all'infermiere «la programmazione di propri piani di lavoro e di quelli del personale alle proprie dipendenze, loro presentazione ai superiori e successiva attuazione».

Si parla per la prima volta di piani di lavoro e vengono attribuiti all'infermiere professionale. Qui un motivo storico deve essere ricordato. La redazione di un piano di lavoro non è un compito di stretta competenza dell'infermiere professionale: è in realtà un compito da caposala. È lecito quindi domandarsi per quale motivo è stato attribuito all'infermiere questo compito nel 1974?

La risposta la troviamo nelle vicende sindacali e contrattuali di quegli anni. Se si vanno a leggere le bozze contrattuali degli anni '70, si scoprirebbe che il caposala era un figura considerata ad esaurimento. La politica sindacale di quel decennio considerava il caposala una figura da superare. Non era una questione limitata alla figura del caposala. Tutte le figure che cominciavano per capo sono state soppresse, ricordiamo l'esistenza dell'ostetrica capo, del tecnico capo, della dietista capo, dell'usciera capo e così via. Tutte figure falcidiate da quella particolare stagione politica e sindacale.

Il Ministero quando ha fatto il decreto di revisione del mansionario non poteva sapere che il caposala sarebbe stato l'unico sopravvissuto di figure analoghe e ha quindi logicamente attribuito all'infermiere la programmazione dei piani di lavoro.

L'altra novità rilevante è stata la cancellazione dell'inciso «alle dipendenze del medico» riferita all'assistenza completa all'infermo. L'assistenza infermieristica diventava di competenza dell'infermiere.

Sulla stessa linea, di limitazione di autonomia e responsabilità, si collocavano, altri due atti normativi. Il primo lo troviamo nel Contratto di Lavoro della Spedalità Pubblica del 1979, l'ultimo dei contratti ospedalieri, in cui si specificava che il livello infermieristico era caratterizzato da «responsabilità professionale dei propri compiti, limitatamente alla corretta esecuzione della prestazione e non al risultato finale in cui la stessa è inserita». L'infermiere cioè rispondeva degli errori che commetteva, in particolare degli errori sulla esecuzione delle norme mansionariali: se ustionava un malato, se sbagliava a somministrare la terapia ecc.

Nonostante fosse prevista, da mansionario, l'assistenza completa all'infermo, l'errore nella pianificazione non era previsto. L'infermiere, cioè, rispondeva solo della singola esecuzione e non del processo di assistenza (nursing) nella sua globalità. Il contratto del 1979 non dava adito a dubbi e delineava la figura infermieristica come figura esecutrice con conseguente limitazione di autonomia e di responsabilità.

Nel 1984 viene approvato il D.P.R. n. 821/1984 che conteneva i profili professionali, generici e non specifici, raggruppati cioè per qualifica funzionale. Possiamo tranquillamente affermare che era in realtà un pessimo profilo, che era cioè necessario un duro sforzo interpretativo per tirare fuori qualche concetto. L'indirizzo che determinò era del tutto in linea con l'assetto precedente, si precisava cioè che l'infermiere era responsabile dei propri compiti limitatamente alle prestazioni, che erano quelle del mansionario e alle funzioni che non erano però specificate in alcun punto normativo, che per la normativa vigente erano tenuti ad attuare. Quindi vi era ribadito che l'infermiere era limitato nella sua responsabilità e di conseguenza nella sua autonomia in quanto rispondeva solo ed esclusivamente degli atti mansionariali.

Nel 1994 viene approvato il nuovo profilo professionale dell'infermiere recepito con il D.M. n. 739/1994. L'approvazione del nuovo profilo determina il punto di svolta, una svolta che possiamo a buon diritto definire epocale. Un passo avanti così deciso, così avanzato, per certi versi così violento che nessuno si poteva aspettare in questi termini.

Intendiamoci, una parte del profilo professionale parla di formazione e crea problemi sull'equipollenza dei titoli di studio, e il passaggio tra un ordinamento regionale ad un ordinamento universitario non potrà essere indolore. Sulla parte più strettamente giuridico professionale le innovazioni sono di un'importanza fondamentale. Tre punti essenziali determinano il cambio.

L'infermiere:

— partecipa alla identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;

— identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;

— pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico.

Questa è la svolta. Il mansionario non è più quello del 1974, ma deve essere riletto. Rimane in vigore perché è a tutt'oggi la base fondante, a livello giuridico, dell'esercizio professionale infermieristico, ma deve essere riletto alla luce di quanto afferma il nuovo profilo. Propongo in particolare due motivi di rilettura:

— l'assistenza completa all'infermo si deve fare in modo personalizzato. Mi sono confrontato con alcuni dei maggiori esperti di diagnosi infermieristiche in Italia, i quali mi hanno detto che in realtà il profilo dovrebbe parlare di problemi e non di bisogni, ma consideriamola una sottigliezza. L'assistenza completa all'infermo oggi deve essere fatta attraverso il processo di assistenza, lo afferma il profilo. Due sono le conseguenze di tali assunti, una diretta e l'altra indiretta.

Le conseguenze dirette sono l'obbligatorietà del processo di nursing e la responsabilità in toto del processo assistenziale.

La conseguenza indiretta è invece data dalla obbligatorietà dell'adozione della cartella infermieristica, di un documento personalizzato, che deve al suo

interno contenere le quattro fasi del processo di nursing recepite dal profilo professionale. L'infermiere deve cioè lasciare traccia delle sue attività di pianificazione, di gestione e di valutazione.

Si tenga presente che, e il professor Rodriguez potrà ampliare questo punto in sede di dibattito perché so che se ne è occupato, tutta la documentazione infermieristica è da considerarsi atto pubblico e di conseguenza, risponde anche dei vari reati connessi agli atti pubblici. La cartella infermieristica ha valore legale, quanto meno nelle cause penali sull'accertamento della responsabilità dell'infermiere e del medico. Quindi togliamo questo pregiudizio che la documentazione infermieristica non abbia valore legale, perché un luogo comune che da sempre non è mai stato vero.

Prima di passare alla seconda chiave di lettura, terrei a precisare che cosa è successo in un reparto di ortopedia di un ospedale di Firenze. Una signora viene ricoverata in reparto con una frattura di femore, anziana, obesa. Dopo qualche giorno compare la prima piaga da decubito, poi una seconda, una terza e così via. Episodi settici hanno poi avuto come conseguenza il ricovero in rianimazione e successivamente la paziente è deceduta.

Tutti gli infermieri e i medici del reparto sono stati raggiunti da un avviso di garanzia, che è quell'atto, con cui la magistratura indagante, la procura della Repubblica, avverte che c'è un'indagine in corso. L'accusa è di omicidio colposo. Le domande che sono state poste al gruppo infermieristico sono state molto semplici: «dove era il protocollo di posizionamento?», «che cosa avete fatto quando è venuta la prima piaga?», «come avete cambiato, di conseguenza, il protocollo di posizionamento?», «che cosa avete fatto quando è arrivata la seconda e la terza piaga, come le avete trattate?», «da dove risulta l'attività di valutazione, dove l'avete riportata?».

In questo procedimento penale, tuttora in corso, vi è dimostrata la svolta epocale del nuovo profilo professionale. Gli infermieri vengono chiamati a rispondere della responsabilità per l'intero processo assistenziale.

Tecnicamente, dal punto di vista giuridico, rimane un'obbligazione di mezzi e non di risultato, che comunque non sposta i termini dell'innovazione apportata. Il professor Rodriguez parlava di scienza e coscienza. Soprattutto, in questo caso, secondo scienza. È noto che una persona allettata deve essere posizionata ogni due tre ore, in diretta conseguenza delle sue condizioni e come profilassi anti lesioni da decubito. Le condizioni del paziente devono essere valutate dall'infermiere che, sulla base della raccolta dati, comincia il suo processo diagnostico. Se la attività di identificazione dei bisogni è carente, se la pianificazione che ne segue è errata, se vi è un errore di valutazione, l'infermiere deve tornare indietro e ricominciare il processo diagnostico, mutuato dal problem solving. In caso contrario, se proseguono in un'assistenza sbagliata, rischiano. Nel caso riportato rischiano un rinvio a giudizio e quindi un processo per omicidio colposo, non più quindi per la fonte tipica di responsabilità infermieristica, l'errore sull'esecuzione delle mansioni, bensì per l'errore sull'assistenza infermieristica in generale, hanno cioè sbaglia-

to, per usare un linguaggio più giuridico, l'assistenza completa all'infermo nelle forme e nei modi indicati dal profilo professionale.

Prima abbiamo ricordato la norma del mansionario del 1940 che diceva che «all'infermiere compete la somministrazione dei medicinali ordinati dal medico»; nel nuovo profilo si specifica, in modo ben più ampio che compete all'infermiere la garanzia della «corretta esecuzione delle prescrizioni diagnostico terapeutiche». Non si parla più di ordine, ed anzi si amplia l'ambito di somministrazione caricandolo di responsabilità prima sconosciute. Non si indica più l'infermiere professionale come un mero esecutore di ordini altrui, bensì come un professionista responsabile di tutto l'atto di somministrazione.

Ora cominciamo, visto che siamo in sede di congresso Aniarti e quindi di area critica, la comparazione tra le mansioni nell'urgenza, secondo il termine che usa il mansionario; oggi, come è noto, sarebbe più corretto parlare di emergenza, ma ho volutamente usato il termine urgenza che è lo stesso usato nell'atto normativo del mansionario.

Non ritroviamo, come avevo già accennato, un tratto di progressione univoca. Questo significa che gli infermieri professionali dal 1940 al 1974 potevano fare attività che oggi sono di competenza medica.

Al primo punto troviamo «l'intubazione d'urgenza», oggi non consentita, quanto meno se non negli stretti ambiti che il professor Rodriguez ha enunciato e cioè quelli dello stato di necessità, stato di necessità che deve essere provato.

Negli altri punti troviamo «tamponamento vaginale, tamponamento nasale anteriore, applicazione di lacci emostatici, respirazione artificiale». Fino al 1974 i punti previsti nell'emergenza erano cinque, oggi sono diventati quattro. Quindi non è vero in assoluto che si possa dire che l'intubazione d'urgenza sia un atto medico. Lo decide lo Stato se è un atto medico o no. E lo Stato ha deciso che dal 1974 questo debba essere un atto medico e lo ha tolto dal mansionario dell'infermiere professionale.

Vediamo adesso un articolo che, mi hanno detto, anche ieri ha dato origine ad una serie di interpretazioni e discussioni: non può essere altrimenti perché questo è un pessimo articolo. Prima di passare alla sua analisi dettagliata è necessario fare qualche considerazione.

Dal 1990 ad oggi sono state approvate, oltre a quanto dice il mansionario, cinque norme extra mansionariali che attribuiscono competenze all'infermiere. Mi sembra di potere affermare, senza timore di smentita, che non ce n'è una che possa essere considerata di carattere positivo per l'infermiere. I calcoli del legislatore non erano tesi ad attribuire all'infermiere altri compiti o attribuzioni per accrescere la sua competenza professionale, ma sono stati calcoli utilitaristici. Gli serviva che l'infermiere dovesse, forse perché in quel momento altre figure non erano disponibili o comunque creavano difficoltà, fare certe mansioni. L'infermiere «serviva». Mi trovo perfettamente d'accordo con l'editoriale del numero 2 del 1995 di *Scenario*, in cui Elio Drigo, Annalisa Silvestro e Giuliana Pitacco specificano che non è con queste concessioni che

una professione va avanti. È una verità assoluta. Queste mansioni non fanno crescere in alcun modo la professione infermieristica, anzi le creano dei problemi e non tutte attribuiscono qualcosa in più. Cito velocemente tre di queste cinque norme:

— l'art. 3 della legge 4 maggio 1990, n. 107, in tema di raccolta sangue, specifica che «il prelievo di sangue intero (a scopo di donazione) deve essere eseguito da un medico, oppure sotto la sua responsabilità ed in sua presenza da un infermiere professionale». L'infermiere diventa un braccio operativo del medico;

— l'art. 1 della legge 5 giugno 1990 che prevede gli interventi urgenti per la prevenzione e la lotta all'AIDS mi sembra ancora più scandaloso. In piena epoca De Lorenzo viene fatta partire l'assistenza domiciliare ai pazienti di AIDS, per giustificare una serie di finanziamenti. In questo caso serviva che l'infermiere potesse eseguire le terapie endovenose a domicilio superando i vincoli mansionari. L'articolo testualmente recita che «... il trattamento a domicilio ha luogo mediante l'impiego, per il tempo necessario, del personale infermieristico del reparto ospedaliero da cui è disposta la dimissione che opererà a domicilio secondo le stesse norme previste per l'ambiente ospedaliero...». Si crea in questo modo una frattura tra gli infermieri operanti nell'assistenza domiciliare che non possono mettere un soluzione fisiologica a un anziano e gli infermieri provenienti dai reparti di malattie infettive che possono arrivare a somministrare, a titolo di esempio, terapia antiblastica a un paziente affetto dalla sindrome da immunodeficienza acquisita;

— ancora più scandaloso è il Decreto del Ministero della Sanità 19 dicembre 1990, n. 445 che riguarda la competenza alla somministrazione dei farmaci sostitutivi agli stati di tossicodipendenza. In virtù del referendum abrogativo del 1993 in tema di tossicodipendenze non è certo che questo decreto sia ancora in vigore. In questo caso si specifica che gli infermieri non possono somministrare il metadone cloridrato sciroppo, cioè non possono somministrarlo in assenza del medico. L'infermiere può somministrare tutti gli stupefacenti che vuole, ma non può somministrare il metadone, no. È una strana concezione dell'abilitazione professionale da parte dello Stato;

— arriviamo quindi a questo gioiello normativo: si tratta di un «atto di indirizzo e coordinamento per le regioni», quindi le regioni devono implementare questa norma, devono cioè renderla operativa. Premettiamo che eravamo a due settimane dalle elezioni, la gente moriva per le strade perché non riusciva a trovare un ospedale che li accogliesse, per la mancanza di un coordinamento. Per tacitare lo sdegno della pubblica opinione hanno fatto questo decreto.

Alcune parti sono indubbiamente meritorie, altre hanno creato una confusione enorme. L'art. 10 è una di quelle che ha creato confusione e testualmente recita: «il personale infermieristico professionale, nello svolgimento del servizio di emergenza, può essere autorizzato a praticare iniezioni endovenose e flebotomi, nonché a svolgere le altre attività e manovre atte a salvaguardare

le funzioni vitali previste dai protocolli decisi dal medico responsabile del servizio».

Il solito gruppo di medici ha impugnato il decreto al TAR del Lazio che ha accolto il ricorso. In seguito il Governo ha chiesto la sospensione della sentenza in attesa del pronunciamento del Consiglio di Stato in funzione di giudice di appello: di conseguenza il decreto è formalmente in vigore.

Questo articolo, comunque, crea problemi e lo ha specificato il TAR del Lazio. Se si vuole cambiare il mansionario, lo si cambi, ma non si diano agli infermieri delle attribuzioni subordinate al consenso o all'autorizzazione dei medici. È lo Stato a decidere chi è abilitato all'esercizio di una professione. Non può il medico decidere di attribuire una competenza a un infermiere o ad un'altra categoria. Il medico non ha questo potere, una categoria professionale non ha la possibilità di abilitare qualcuno all'esercizio professionale.

L'art. 10 di questo decreto non può essere considerato un passo in avanti. Inoltre bisogna porre l'attenzione sul fatto che questo atto normativo è «un atto di indirizzo e di coordinamento» e da un punto di vista giuridico non deroga il mansionario. Il mansionario è una norma precettiva operativa, questa non ha uguale natura. Bisogna fare molta attenzione, in quanto si va, con questo articolo nell'indeterminatezza.

Un ultimo punto mi sembra importante. Questa che vi sottopongo è l'ultima norma extra mansionariale, che in realtà è stata sottaciuta anche dai Collegi provinciali.

Chi lavora in area critica queste cose le conosce bene: è cambiata la legge sull'accertamento di morte. Ha reso l'accertamento della morte più semplice, ma per certi versi più rigoroso. Questa norma specifica che «l'esecuzione delle indagini elettroencefalografiche deve essere eseguita da tecnici di neurofisiopatologia sotto supervisione medica.

In mancanza di tale figura professionale, in via transitoria e ad esaurimento e sempre sotto supervisione medica, l'esecuzione di tali esami può essere affidata a tecnici e/o infermieri professionali adeguatamente formati a svolgere tale compito».

Il mansionario prevede per gli infermieri la possibilità di svolgere gli elettrocardiogrammi, gli elettroencefalogrammi e similari. Tale norma deve oggi essere riletta.

In proposito vi è chi sostiene che l'infermiere perde la competenza solo per l'EEG destinato all'accertamento morte. Io sostengo che debba essere riletto in modo più ampio. La figura professionale indicata è quella del tecnico di neurofisiopatologia che deve eseguirlo sotto supervisione medica. Nel decreto che ha recepito il profilo del tecnico di neurofisiopatologia, però, è richiesto soltanto il requisito della prescrizione medica.

Solo l'infermiere, quindi, deve farlo sotto supervisione medica. E solo l'infermiere adeguatamente formato. I protocolli che ha fatto la Federazione dei Collegi IPASVI insieme alle associazioni di medici e di tecnici specificano che l'infermiere può continuare a fare questo esame se dimostra che svolge già

questa attività da almeno cinque anni in un ambulatorio di elettroencefalografia e deve frequentare un apposito corso di formazione di quaranta ore. Successivamente questa mansione sparirà dal mansionario infermieristico.

Il tecnicismo puro, attenzione, oggi non è più solo motivo di conflitto solo con i medici. Può essere motivo di conflitto anche con le altre figure professionali previste dai nuovi profili. Sono infatti usciti nove, dieci profili di figure tecniche ed altri ne sono previsti. A titolo di esempio sta uscendo il profilo del tecnico di cardiologia a cui possono essere attribuite mansioni che sono contigue a quelle infermieristiche. I tecnici di neurofisiopatologia sono abilitati a svolgere quattro, cinque mansioni ed è logico che punteranno a renderle esclusive della loro figura professionale.

Concludo con un'altra questione, anche questa poco divulgata, ma che attribuisce delle responsabilità: la nuovissima responsabilità per la somministrazione della nutrizione parenterale totale. Una circolare del Ministero della sanità ha recepito un «safety alert» dell'autorevole organo statunitense Food and Drugs Administration. L'allarme era chiaro: negli Stati Uniti si sono verificate alcune morte per embolia in seguito a precipitati che si formano nelle sacche per la nutrizione parenterale totale. Il Ministero ha indicato alcuni rimedi, tra i quali: le sacche devono essere preparate dai farmacisti, è obbligatorio l'uso del filtro, l'infermiere deve ispezionare le sacche, deve istruire il paziente a controllarle visivamente e fare altre cose.

L'inosservanza di queste precauzioni, e mi rifaccio alla relazione del prof. Rodriguez, può comportare responsabilità per colpa specifica, per inosservanza di regolamenti. L'imputazione, nel caso di specie, può essere per omicidio colposo.

In conclusione vorrei porre di nuovo l'accento sulla svolta epocale del nuovo profilo. Per quanto riguarda invece il succedersi di norme extra mansionariali, invece, il segno non può che essere negativo. Il mansionario deve essere radicalmente cambiato ma, ed esprimo la mia personale opinione, pensare oggi di abolire completamente il mansionario è oggi politicamente impensabile visto che al Ministero della Sanità c'è un medico, nelle commissioni parlamentari la maggioranza è costituita da parlamentari medici che mai accetterebbero una abolizione del mansionario.

È possibile invece una revisione profonda del mansionario che faccia finalmente chiarezza su tutti i punti controversi, tenendo presente la sua natura tassativa.

Ritorno sul tecnicismo. Lottare per avere attribuite mansioni puramente tecniche, oltre che non essere pertinenti della professione infermieristica, è anche pericoloso in quanto il rischio che corre la professione è quello di vedersi compresso tra la figura medica e le nuove figure professionali non mediche.

Gli infermieri hanno avuto un profilo che rappresenta, è bene continuare

a sottolinearlo, una svolta epocale. L'infermiere è una delle poche figure, insieme al fisioterapista, a cui è attribuita la responsabilità in toto della sua attività, nella specie del processo assistenziale.

È la svolta, ma anche il futuro della professione infermieristica.

Elio Drigo

Gli interventi dei primi due relatori hanno già ben delineato l'entità e la quantità dei problemi che si presentano per la professione infermieristica soprattutto nell'esercizio professionale in area critica.

L'Aniarti ha voluto questa tavola rotonda proprio perché ci si rende conto di quanto sono complessi ed urgenti i problemi sul tappeto. Affrontare questi temi per noi significa anche aprire a livello nazionale il dibattito, che speriamo il più vicino possibile, sulla revisione del «mansionario», dibattito che riteniamo ormai assolutamente indifferibile. Questo vuole essere anche un invito a riflettere in tutte le sedi possibili su questa problematica in modo che si vada in tempi brevi ad un superamento di una situazione che sta diventando paradossale.

La parola a Pierangelo Spada per il terzo intervento.

Pierangelo Spada

Il contributo che vorrei portare a questa tavola rotonda, al fine di stimolare il dibattito e la discussione, parte dal seguente quesito: come può incidere la formazione sulla responsabilità professionale ?

La riflessione vuole anche considerare i comportamenti assistenziali afferenti:

- ai ruoli e alle funzioni dell'équipe sanitaria;
- all'esercizio professionale e al mansionario infermieristico; analizzando il mansionario e i programmi di insegnamento della Scuola per Infermieri Professionali.

Partendo da queste considerazioni proviamo ad analizzare quanto legiferato negli anni '70 e '90.

ANNI '70

L. 25 febbraio 1971 n. 124
 DPR 14 gennaio 1972 n. 4
 L. 15 novembre 1973 n. 795
 DPR 14 marzo 1974 n. 225
 DPR 13 ottobre 1975 n. 867
 L. 30 aprile 1976 n. 339

ANNI '90

Decreto MURST 2 dicembre 1991
 Decreto L.vo 30 dicembre 1992 n. 502
 Decreto 14 settembre 1994 n. 739

Dall'analisi della normativa sopraccitata, balza all'occhio la successione, probabilmente non casuale, della pubblicazione del «mansionario» con i programmi di insegnamento delle Scuole. Va ricordato che negli anni '70, la formazione come l'esercizio professionale, era maggiormente orientata all'assistenza ospedaliera; il concetto di salute è contrapposto a quello di malattia.

Analizziamo per sommi capi le singole leggi, cercando di capire i cambiamenti prodotti sia in ambito formativo che operativo.

L. 25 febbraio 1971 n. 124

Estensione al personale maschile dell'esercizio della professione di infermiere professionale, organizzazione delle relative scuole e norme transitorie per la formazione del personale di assistenza diretta;

- viene soppresso l'internato obbligatorio;
- scompare la «Scuola Convitto Professionale per Infermiere» che viene sostituita dalla «Scuola Infermieri Professionali»;
- gli uomini sono ammessi nelle Scuole;
- sono richiesti 17 anni per l'ammissione al corso.

D.P.R. 14 gennaio 1972 n. 4.

Trasferimento alle Regioni a statuto ordinario delle funzioni amministrative statali in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera e dei relativi personali ed uffici.

Vengono trasferite (non delegate) dallo Stato alle Regioni le funzioni amministrative concernenti la formazione professionale delle professioni sanitarie ausiliarie e delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie (cfr. L. 19 luglio 1940 n. 1098). Tutto ciò ha privato la formazione infermieristica della necessaria uniformità sul piano nazionale.

L. 15 novembre 1973 n. 795.

Ratifica ed esecuzione dell'accordo europeo sull'istruzione e la formazione delle infermiere, adottato a Strasburgo il 25 ottobre 1967:

Definisce le norme minime per l'istruzione e la formazione degli infermieri europei. Solleva il problema dell'insegnamento dei principi amministrativi, degli aspetti giuridici relativi alla professione, della responsabilità sull'operato degli studenti.

D.P.R. 14 marzo 1974 n. 225.

Modifiche al regio decreto 2 maggio 1940, n.1310, sulle mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici.

Sottolineo la modificazione di un R.D. del 1940!

L'art. 1 definisce le mansioni dell'infermiere professionale. Tra le attribuzioni di carattere organizzativo ed amministrativo degli infermieri professionali troviamo la seguente:

a) programmazione di propri piani di lavoro e di quelli del personale alle proprie dipendenze, loro presentazione ai superiori e successiva attuazione.

L'art. 2 definisce le attribuzioni assistenziali dirette ed indirette degli infermieri professionali attraverso una lista di mansioni esecutive, che di fatto impediscono lo svolgimento di una attività professionale. Tra queste vorrei citare il punto 10): opera di orientamento e di istruzione nei confronti del personale generico, degli studenti e del personale esecutivo. Ritengo importante ricordare che il mansionario prevede anche compiti di coordinamento e di controllo del personale sottoposto, degli studenti infermieri, e del personale esecutivo. Ciò significa che l'I.P. può incorrere in responsabilità civile e penale anche per un danno conseguente ad atti dei sottoposti non correttamente eseguiti.

D.P.R. 13 ottobre 1975 n. 867.

Modificazioni all'ordinamento delle scuole per infermieri professionali ed ai relativi programmi di insegnamento

- la durata del corso viene portata a 3 anni scolastici;
- vengono modificati i programmi di insegnamento.

Dove e come viene insegnata la responsabilità professionale? Nel corso di etica?, di aspetti giuridici?, di principi amministrativi?, di legislazione sociale?, oppure in altri corsi?. Al 1°, 2° o 3° anno?

Non dobbiamo fare l'errore di pensare che la responsabilità professionale possa venire appresa esclusivamente da una formazione d'aula, inserita tra i contenuti di una singola disciplina, ma ritengo debba emergere dal concerto di differenti momenti formativi disciplinari e soprattutto dall'integrazione con l'insegnamento clinico.

L. 30 aprile 1976 n. 339.

Limiti di età per l'ammissione alle scuole e corsi per le professioni sanitarie ausiliarie.

- vengono richiesti 16 anni per l'ammissione al corso.

Negli anni '70, nel panorama infermieristico si è assistito ad un notevole e repentino cambiamento legislativo che ha molto condizionato l'approccio didattico formativo nei confronti degli studenti.

Tutto ciò non ha certamente favorito lo sviluppo di una chiara identità professionale e una definita concezione del proprio ruolo.

Dico questo perché ritengo che la responsabilità professionale sia strettamente correlata alla identità professionale.

In questo periodo storico non è stata posta molta attenzione alla capacità

decisionale, al significato del processo di nursing, anche perché il modello di riferimento proposto era esclusivamente tecnicistico e bio-medico inteso nella dimensione ampia di dipendenza gerarchica.

Consideriamo anche il grosso movimento sindacale che ha voluto il cosiddetto «infermiere unico»; è stata messa in discussione la figura del caposala, il terzo anno di formazione, costellato di specialità, ha di fatto interrotto i corsi di specializzazione, peraltro istituiti senza adeguati criteri con la legge 19 luglio 1940 n. 1098.

Il percorso culturale effettuato negli anni successivi all'interno della professione è stato notevole e costruttivo. Sia per la traduzione di testi specifici per la professione sia per l'elaborazione di una cultura professionale che ha consentito di porre maggior attenzione allo sviluppo dello specifico professionale. Il rivendicare questa specificità, che rifugge dalla dipendenza gerarchica di altre figure professionali, manifesta alla società la consapevolezza delle proprie capacità e conoscenze professionali, di conseguenza si sente maggiormente responsabile del proprio operato.

Per quanto riguarda gli anni '90, merita una segnalazione la seguente normativa.

Decreto MURST 2 dicembre 1991.

Modificazioni all'ordinamento didattico universitario relativamente al corso di Diploma Universitario in Scienze Infermieristiche.

— Istituisce il corso di diploma universitario in scienze infermieristiche (D.U.S.I.);

— la tabella XXXIX ter contiene le finalità, l'ordinamento e l'organizzazione didattica, e definisce i corsi integrati e gli obiettivi didattici.

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502.

Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

- la formazione infermieristica avviene in sede ospedaliera;
- per l'accesso è necessario il diploma quinquennale (il biennio superiore è ritenuto valido solo per i successivi 3 anni);
- si pone il problema per le docenze riferite alla disciplina infermieristica.

Decreto 14 settembre 1994 n. 739.

Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere.

Dall'analisi del comma 3 dell'art. 6 del D. Lgs. 502/92 appare chiaro che l'elemento qualificante dei profili professionali è costituito dal percorso for-

mativo a livello universitario. Sotto l'aspetto contenutistico il profilo professionale definisce la competenza, la responsabilità e l'autonomia professionale.

L'art. 1 del Decreto n. 739 recita che l'infermiere è l'operatore sanitario che è responsabile dell'assistenza generale infermieristica. L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria.

L'infermiere:

b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;

c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;

e) agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;

f) per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto.

4) L'infermiere contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca.

Questo Decreto segna un importante passo per la crescita della professione infermieristica nel nostro Paese. Viene riconosciuta all'infermiere una specifica responsabilità per quanto compete l'assistenza infermieristica, e assegnata una attiva partecipazione nel mondo sanitario. Ciò stimolerà sicuramente ulteriori riflessioni e consentirà di realizzare nuove iniziative.

Va inoltre sottolineato che il riconoscimento come responsabile dell'assistenza generale infermieristica consente di ridiscutere la logica delle mansioni esecutive previste dal citato D.P.R. 225/74, che richiede all'I.P. di rispondere solamente degli atti eseguiti e non dei risultati.

Il problema della disomogeneità della formazione evidenziato dal 1972 con la delega del Governo alle Regioni in materia di formazione, potrebbe ripresentarsi ancora oggi, in quanto, pur facendo riferimento alla tabella XXXIX ter, i contenuti dei corsi integrati possono variare tra le Università proprio per l'autonomia didattica che le caratterizza. Questo è un problema reale e credo vada presidiato attentamente dalla Federazione Nazionale dei Collegi IP.AS.VI., che «forse» potrebbe dare indicazioni più precise e dettagliate sui contenuti.

Viviamo oggi un processo di radicale trasformazione nell'ambito della formazione e dell'esercizio professionale infermieristico. Di questo processo l'avvio del Diploma Universitario in Scienze Infermieristiche e le conseguenti modifiche della didattica rappresenta soltanto l'aspetto iniziale forse più appariscente. Alla stregua di ogni cambiamento, anche questa situazione si configura come una sfida, cioè come un evento portatore di opportunità e di rischi. Da un lato l'opportunità di aggiornare sul piano socio-culturale e istituzionale questo lavoro in sintonia con le attuali tendenze sociali in materia di profes-

sioni. Dall'altro il rischio di snaturare un patrimonio di conoscenze, di valori sin qui selezionati e posti a sostegno di questo lavoro.

L'esito di questo processo non è prevedibile né è fissato a priori; esso dipende da molteplici condizioni. Non ultime anche dalla competenza e dalle modalità con cui gli «addetti ai lavori» sapranno interpretare questo delicato momento di passaggio.

Elio Drigo

Presentiamo ora un caso emblematico, che solleva non pochi problemi e sul quale svilupperemo poi il dibattito.

Presentazione del primo caso in discussione

Somministrazione di un farmaco antidolorifico senza prescrizione medica diretta.

Un infermiere racconta:

— avevamo ricoverato in terapia intensiva un malato politraumatizzato con trauma toracico ed addominale cosciente e in ventilazione artificiale. I farmaci antidolorifici somministrati avevano terminato il loro effetto.

— Il medico era assente per una rianimazione d'urgenza in Pronto Soccorso e sicuramente sarebbe stato assente ancora a lungo perché doveva accompagnare il malato per le indagini diagnostiche.

— Ho rilevato un aumento delle manifestazioni di segni di dolore del malato.

Stavo osservando la comunicazione non verbale; il disadattamento al respiratore, l'aumento della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa e avevo notato una certa irrequietezza e movimenti anche pericolosi per le lesioni che il paziente aveva riportate nel trauma.

— L'infermiere:

— considerando che il persistere del dolore avrebbe potuto compromettere le condizioni cliniche del malato, ho ritenuto opportuno contattare il medico al telefono. Ho spiegato la nuova situazione del malato e il medico mi ha detto di somministrare una dose del farmaco precedentemente somministrato.

Questa delle «prescrizioni telefoniche» è già una prassi normale nel nostro lavoro di ogni giorno.

— Il malato in breve si tranquillizza. Nelle ore successive compare però uno stato di sofferenza persistente.

— Il medico, non riuscendo a spiegarsi la motivazione di questo repentino aggravamento, mi attribuisce la responsabilità di aver provocato questo

stato del malato, o per aver sbagliato la dose del farmaco somministrato oppure perché, a suo avviso, in quel momento avevo valutato in modo non adeguato la situazione del malato, e non occorreva somministrare ancora farmaci antidolorifici.

Mi chiedo:

— L'infermiere può in caso di necessità come in quello presentato, di fronte ad evidenti segni di dolore molto intenso e per prevenire possibili complicazioni, somministrare un antidolorifico sulla base di una prescrizione «telefonica» oppure, al limite, senza la preventiva prescrizione del medico?

— In tutti i frequentissimi casi analoghi, quali strumenti posso utilizzare per garantire al malato l'assistenza ottimale contro il dolore ma anche proteggere il mio operato?

DIBATTITO

BENCI L.: Tema scottante. Prescrizione medica: all'infermiere compete la somministrazione dei farmaci prescritti. Di conseguenza, in assenza di una preventiva prescrizione, non potrebbe somministrare farmaci. Il ricorso in questo caso, non può essere altro che lo stato di necessità nei limiti delineati nella prima relazione. Oltre a questo c'è un problema di prova. Non semplice da risolvere. Prescrizione telefonica è una contraddizione *in terminis*. Sono andato a vedere cosa fanno all'estero: Gli inglesi, in base al codice di condotta professionale, innanzitutto non chiamano «prescrizioni» le «prescrizioni telefoniche» ma «istruzioni date all'infermiere per telefono» e aggiungono, che anche in una situazione di emergenza non sono accettabili. Questa pratica coinvolge l'infermiere in una situazione potenzialmente pericolosa per il paziente. Siamo in Inghilterra quindi non in una situazione in cui la professione infermieristica è all'inizio ed evidentemente questo tipo di istruzioni date all'infermiere per telefono, crea dei problemi non solo in Italia.

Il problema può essere anche allargato. Ci sono le prescrizioni mediche condizionate, quelle in cui vengono utilizzate le espressioni «se occorre», «al bisogno» ... E qui siccome c'è una forte analogia con questo, un punto fermo possiamo senza dubbio metterlo. Le prescrizioni al bisogno, se vincolate a segni vitali, a parametri rilevabili oggettivamente, non crea problema; è una prescrizione che possiamo considerare assolutamente completa. «Dare il seguente farmaco se la pressione arteriosa supera tot»: la pressione arteriosa è un segno rilevabile oggettivamente e non ci sono problemi. Maggiori problemi sono determinati dai sintomi, che sono riferiti dal paziente, c'è l'osservazione... Qui la prescrizione condizionata crea dei problemi. Ugualmente qui una prescrizione telefonica su sintomi crea problemi, perché non c'è qualcosa

di oggettivo; c'è qualcosa di soggettivo. Il medico in qualche modo si fida delle osservazioni fatte dall'infermiere e l'infermiere si fida delle impressioni che il medico ha avuto nell'interpretare i dati che gli ha dato l'infermiere. Lo stato di necessità quindi non è una cosa semplice da definire. Il medico sarà assente per lungo tempo. Senza dubbio l'infermiere può agire in stato di necessità che deve essere in grado di provare: il pericolo attuale, il danno grave per la persona e tutte le cose esposte nella prima relazione. Ma attenzione alla cautela. Gli infermieri inglesi hanno fatto un nuovo codice di condotta professionale ed hanno detto: ugualmente non ci siamo sulle istruzioni telefoniche date ad un infermiere; però hanno aperto la strada: se ci sono protocolli, in circostanze eccezionali, può essere mandato un fax ... Inapplicabile in molte realtà italiane una pratica di questo genere, ma in circostanze eccezionali (e luoghi eccezionali specificano gli infermieri inglesi), il caso presentato è profondamente aderente alla realtà quotidiana dei nostri reparti, il medico può dire «Lei ha capito male» e l'infermiere che ha somministrato, da un punto di vista penalistico, di responsabilità penale sarà pienamente responsabile. Starà poi a lui provare, cosa non facile, che il medico in quel momento al telefono aveva detto in altro modo. Non è una cosa semplice. Non è un caso-limite ma un caso che può comportare la responsabilità penale che è personale. Chi fa delle cose sia che siano a lui attribuite e che provocano dei danni al paziente, se ne prende la responsabilità. L'infermiere in una somministrazione terapeutica senza prescrizione è scoperto, anche in una situazione di emergenza. C'è da sperare che i medici non si tirino indietro sulle loro responsabilità. Ma, sempre dallo studio delle sentenze che hanno coinvolto la responsabilità congiunta di medici ed infermieri, non sempre questo avviene, anzi, i medici spesso, per quanto mi risulta hanno un comportamento processuale più scaltro degli infermieri, più veloce e disinvolto; possono anche cadere in contraddizione, ma non gli interessa perché in una situazione di un processo per omicidio colposo o di lesione personale, ovviamente ognuno tende a difendersi. La risposta è essenzialmente nei termini che la responsabilità penale è personale e che chi fa un danno anche non voluto (imperizia, imprudenza, negligenza) o si trova in situazioni di questo tipo in cui il farmaco non è prescritto, ne può pienamente rispondere, anche da solo.

Rodriguez D.: La mia prima riflessione sul caso presentato è in parziale (solo parziale) disaccordo con il precedente intervento. Il caso può essere considerato con riferimento, rispettivamente, sia al versante etico che al versante giuridico. Appena letto il caso, credo che tutti abbiano innanzi tutto pensato alla responsabilità in senso giuridico e nel senso — che, come detto, è caratteristico dell'ambito giuridico — negativo: quello cioè di essere chiamati a rispondere, penalmente o civilmente, di un determinato fatto in funzione di un danno arrecato, per colpa, al paziente. In realtà, se non si pensasse al versante giuridico, se non vi fosse il timore che il medico — in futuro, nell'ipotesi prospettata che si verifichi un danno al paziente — si possa tirare in-

dietro, la risposta al caso, dal punto di vista della responsabilità etica, *necessariamente* in senso positivo, sarebbe pacifica. Intendo dire che, di fronte ad una indicazione impartita per via telefonica, non possiamo comportarci che in un determinato modo: ossia fidare sul fatto che tutti, anche i medici, abbiano la loro etica. Fidiamo quindi sul fatto che questa etica faccia sì che anche il medico non si tiri indietro quando ci si dovesse trovare in sede penale.

Visto però che ci troviamo di fronte allo spauracchio del versante penalistico, allora poniamoci alcune domande. La *prescrizione*, intesa in senso etimologico (derivando dal latino *praescribere*) dovrebbe consistere in un ordine scritto e quindi formale. Ma in certe situazioni la prescrizione intesa come atto scritto può essere di difficile realizzazione ed in alcuni casi, rari peraltro, può essere impossibile. Il mansionario (di cui al D.P.R. 225 del 1974) non menziona la prescrizione formale, cioè scritta: parla solo di prescrizione; anzi, in alcuni casi, fa riferimento ad «ordini» impartiti dal medico (con ciò lasciando intendere che possano essere semplicemente verbali, come lo sono la maggior parte degli ordini). Mettersi a questionare sul fatto che la «prescrizione telefonica» non sia una prescrizione è un tema sul quale si possono portare argomenti tanto in senso favorevole come contrario. Quindi non è argomento che, per quanto analizzato, consenta conclusioni tranquillizzanti. Non attuare una prescrizione fatta al telefono è un atteggiamento non corretto dal punto di vista del mansionario. Dal punto di vista etico, Vi ho già detto come la penso.

Considero ora l'interrogativo che è stato proposto alla conclusione del caso pratico prima descritto: come posso dimostrare la correttezza del mio operato nell'ipotesi che io intervenga? La risposta mi sembra relativamente facile: se il medico si astiene dalla prescrizione scritta, toccherà a Voi fornire un riscontro scritto di questa «prescrizione telefonica». Prima si è detto che la cartella infermieristica sta diventando uno strumento indispensabile dal quale non si può prescindere per l'attività infermieristica. Laddove la cartella infermieristica non è stata ancora adottata, vi sarà il quaderno delle consegne o comunque uno strumento ufficiale di registrazione dei dati di competenza, delle indicazioni e delle prescrizioni ricevute, dell'attività assistenziale in genere. Cartella infermieristica e quaderno delle consegne costituiscono dunque i supporti cartacei in cui documentare per iscritto le prescrizioni telefoniche.

Vorrei ribadire che è dato di esperienza, anche abbastanza frequente, che la documentazione infermieristica — comunque sia strutturata e comunque la si voglia chiamare — in caso di necessità è incontestabilmente accettata in qualsiasi processo e che ad essa viene dato, nella pratica, valore probatorio del tutto analogo a quello attribuito alla cartella clinica classica (quella cioè di abituale compilazione medica).

Vi sono ancora alcuni spunti, che vorrei proporre in relazione al caso così come è stato presentato. Il primo si riferisce allo stato di sopore comparso nelle ore successive a carico del paziente. La presentazione della vicenda lascia intendere che questo stato di sopore abbia a che fare con la somministrazione del farmaco: almeno è questo il convincimento del medico che attri-

buisce all'infermiere la responsabilità di aver provocato tale stato del malato, sempre comunque in relazione alla somministrazione del farmaco. A prescindere ora dal caso concreto, è da tenere presente che, anche ammettendo che la condotta dell'infermiere sia scorretta, necessariamente, prima di addebitargli un'eventuale responsabilità per colpa, occorre stabilire che il danno al paziente è derivato proprio da quella condotta scorretta, oppure che da quella è stato aggravato oppure ancora che a causa di quella non ne è stata bloccata (come sarebbe stato possibile in caso di intervento corretto) l'evoluzione naturale. In altre parole è doveroso valutare in modo analitico ed attento il nesso di causalità; non è ammissibile il preconetto inverso (e paradossale) che cioè, dato che la condotta è errata (ovviamente quando lo è), da essa debba necessariamente discendere il danno al paziente con i connessi addebiti di responsabilità.

Sempre stimolata dal caso presentato, ed in particolare dalla prima delle domande conclusive, può essere posta un'altra questione, relativa allo stato di necessità. Si tratta della seguente: è ammissibile, oltre al concetto giuridico di stato di necessità al quale il codice penale ci impone di restare tassativamente ancorati, anche un concetto biologico di stato di necessità, non perfettamente coincidente con quello giuridico e che quindi in talune circostanze potrebbe a quello contrapporsi? È ben vero che, come cittadini, dobbiamo articolare il nostro operato in base alle indicazioni di legge, però è altrettanto vero che noi stessi possiamo contribuire a migliorare le leggi, approfondendo alcune questioni e perfezionando alcuni concetti, arricchendoli del nostro punto di vista e cercando di farli pervenire, così elaborati, all'attenzione del legislatore per una eventuale modificazione delle leggi vigenti. Vale quindi la pena che Voi vi esprimiate, anche in questa sede, in merito proprio allo stato di necessità ed in particolare se la concezione che Voi ne avete nell'ottica della tutela della salute e della vita del paziente corrisponda a quello giuridico.

Un'ultima considerazione, che forse, logicamente, avrei dovuto far per prima perché concerne, in definitiva, il problema della prescrizione. Le possibilità di errore che si prospettano nel caso sono sostanzialmente due: l'errore di dose nella somministrazione del farmaco e l'errore della valutazione della situazione precedente. È da osservare che, tanto che si ipotizzi (il che è, come già detto, tutto da dimostrare) che si sia trattato di errore nella valutazione della situazione (e a questo proposito occorrerebbe aprire una grande parentesi circa le responsabilità, anche del medico, di accettare come comunque attendibili informazioni su fatti da lui non rilevati ed in base alle quali prende decisioni) oppure che si sia trattato di errore nella somministrazione del farmaco, in ciascuna di queste due eventualità l'aver disposto della prescrizione in forma scritta del medico non avrebbe consentito, di per sè, all'infermiere, di contrastare siffatti addebiti. È evidente che il rischio di un errore qualitativo o quantitativo nella somministrazione c'è sempre a prescindere dal fatto che la prescrizione sia scritta od orale ed è un rischio intrinseco alla somministrazione stessa; del pari anche la valutazione clinica del pazien-

te, che in questo caso è descritta nella fase che precede la prescrizione del farmaco, comporta un rischio di errore intrinseco.

D.: MORONI - Al signor Benci vorrei chiedere a proposito dei protocolli, che a volte sono internazionali e a volte sono interni ai servizi, come ci si deve comportare. Io sono una caposala, mi capita di trovarmi alcune volte il medico o il primario che dice di fare certe cose e si devono fare solo perché viene messo fuori questo protocollo.

D.: (Partecipante) dalla rianimazione di Brescia - Nel caso problematico che ho vissuto, più che di una prescrizione telefonica si trattava di una prescrizione orale, non scritta, in una situazione di emergenza, in cui l'unico appoggio e sicurezza che ho avuto è stato il fatto che i colleghi presenti hanno sentito assieme a me il dosaggio del farmaco prescritto dal medico. A distanza di tempo, dopo avere sentito la descrizione degli effetti del farmaco sul paziente, il medico si è meravigliato molto che io avessi somministrato la dose che io riferivo. L'unica sicurezza è stata la possibilità che altri fossero stati testimoni della prescrizione non scritta. Come tutelarci in questi casi? conviene che in queste circostanze ci sia sempre presente un'altra persona?

D.: STROPEDI CRISTINA, Bergamo, Unità Coronarica - Riferendomi all'esempio che è stato presentato, nel caso in cui io scrivessi la prescrizione in cartella infermieristica, posso essere tutelata, visto che la cartella è riconosciuta come documento ufficiale?

R.: BENCI - La domanda sui protocolli: quando io mi riferivo all'indeterminatezza del DPR '92 sul soccorso stradale, non volevo demonizzare i protocolli. I protocolli sono oggi di fondamentale importanza e, a parte quel caso che Lei cita che è molto discutibile, sono pienamente leciti ed auspicabili. Per quanto riguarda la terapia secondo protocollo, è pienamente accettabile. Sulla grafica il medico segna «terapia secondo protocollo n. 1 o 2» o gli da un nome, firma il protocollo, lo allega alla cartella clinica e il protocollo diventa parte integrante della cartella clinica, non può essere più tolto ed è perfettamente lecito. Non ci sono dubbi su questo, anzi auspicabile e dal punto di vista giuridico, a parer mio, non trova alcuna controindicazione. È perfettamente lecito, basta rispettare alcune norme. Tenere presente che in cartella devono risultare questi farmaci prescritti se di protocolli terapeutici stiamo parlando. Una volta che il paziente chiede la cartella clinica non è sufficiente che nel giorno X gli sia stata somministrata terapia secondo il protocollo X, ma c'è bisogno che il protocollo sia allegato. Per cui l'uso dei protocolli terapeutici è perfettamente lecito, basta che siano codificati, scritti, con le modifiche annotate e così via...

Continuo sulla somministrazione orale, che aveva creato qualche proble-

ma: qui parliamo di prescrizione telefonica: la prescrizione orale. La cosa è molto diversa. Anche in Inghilterra la prescrizione orale è pienamente accettata, in casi di emergenza. Se uno sta male non c'è il tempo di scrivere la prescrizione; sarebbe fuori dalla realtà. La prescrizione orale in una situazione di emergenza, a parer mio è pienamente lecita. Il problema come al solito, è di prova. Ma questo è un altro discorso. Siamo in una situazione in cui il medico valuta, visita il paziente e prescrive un farmaco. Diverso è il caso di un infermiere che glielo riferisce a distanza ed il medico non ha sotto gli occhi il paziente.

Strettamente in riferimento alla prova, probabilmente nell'esercizio professionale, gli infermieri si sentono non sufficientemente tutelati per queste prassi, che cosa succede se uno scrive sulla cartella infermieristica? Lo deve scrivere: soprattutto negli ospedali, nelle aziende del Servizio Sanitario Nazionale, l'infermiere ricopre la qualifica di «incaricato di pubblico servizio» e la cartella infermieristica viene qualificata come «atto pubblico». C'è quindi un incaricato di pubblico servizio che attesta, a norma del codice civile, ciò che è avvenuto in sua presenza. È una base di prova. Se il medico smentisce, non è l'unica prova. Poi ci saranno le perizie successive a dimostrare una cosa o l'altra. Certamente gli infermieri sulla propria documentazione infermieristica fanno bene a sottolinearli e registrarli. Quella della registrazione del farmaco nella situazione di emergenza come quella proposta, io la definirei un obbligo, e soprattutto quando la prescrizione sia stata solo orale.

R.: RODRIGUEZ - Rimane relativamente poco spazio — dopo le puntuali risposte del dottor Benci — per qualche ulteriore spunto in relazione alle domande che sono state proposte. Ritengo conveniente soffermarmi sulla cartella infermieristica, che è incontestabilmente — ove adottata — il documento ufficiale da cui risultano le modalità dell'assistenza infermieristica. Completerei il discorso del dottor Benci, dichiarandomi perfettamente d'accordo con Lui sull'indicazione che la cartella infermieristica sia atto pubblico; è, per il vero, da aggiungere che questa è una nostra (cioè di noi relatori) valutazione, che non trova conforto — per quanto a mia conoscenza — in giurisprudenza: non mi risulta infatti che vi sia stata qualche sentenza in tal senso (ma non ne conosco neanche altre in senso difforme). Vi sono comunque molte sentenze che riconoscono alla cartella clinica natura giuridica di atto pubblico e, fino a prova contraria, non è detto che la cartella infermieristica debba essere considerata un documento diverso dalla cartella clinica intesa in senso tradizionale, per cui tutte le sentenze che sono state emesse sulla cartella clinica (per quanto di compilazione a cura del medico) possono essere abbastanza agevolmente considerate applicabili anche alla cartella clinica di compilazione infermieristica. È poi da segnalare che, nella pratica, accade (forse perché la cartella clinica tenuta dal medico tende sempre di più ad essere incompleta o poco chiara) che nel corso delle indagini della magistratura la cartella infermieristica o il registro (o il quaderno) delle consegne venga spes-

so sequestrato, in quanto si rivela strumento particolarmente utile per ricostruire la storia del paziente durante il ricovero, ed utile più di quanto in genere non lo sia la cartella clinica medica. Quindi, se non posso affermare — mancando giurisprudenza esattamente specifica — che la carella infermieristica è atto pubblico, posso tranquillamente segnalarVi, per esperienza diretta, che qualunque annotazione che sia apposta nella cartella infermieristica ha un valore probatorio che può essere posto alla stessa stregua delle testimonianze di cui si parlava prima.

A completamento del discorso sviluppato precedentemente dal dottor Benci, c'è una questione collaterale, cui avevo accennato nel precedente intervento, sulla quale ora vorrei esprimere ancora qualche idea: è quella che fa capo al medico che si accontenta della descrizione telefonica dello stato del paziente. Se il medico accetta come adeguata o comunque sufficiente una descrizione telefonica delle condizioni cliniche del paziente, si assume egli stesso la responsabilità di ritenere attendibile la persona che gli fornisce la notizia e quindi il contenuto della descrizione stessa. (Ciò comunque non sottrae l'infermiere alle sue eventuali specifiche responsabilità in caso di errata valutazione dei bisogni del paziente o di errato rilievo dei dati clinici che poi fornisce al medico). È ben vero che la prescrizione telefonica del medico si diversifica da quella orale per il fatto che in quest'ultimo caso il medico vede (essendo presente è da presumere che veda) il paziente e nell'altro no, però è giustificata l'unificazione delle problematiche di queste due eventualità per il fatto che nella prima il medico accetta l'attendibilità — e se ne rende responsabile come se avesse direttamente visitato il paziente — della descrizione della situazione clinica che viene prospettata dall'infermiere.

Sugli altri punti sollecitati dalle domande ed egregiamente discussi dal dottor Benci, non aggiungerei altro se non una riflessione sul valore dei protocolli, la cui utilità è indubbia. Tuttavia, richiamandomi ancora alla locuzione «scienza e coscienza» e soffermandomi ora sui presupposti di «scienza» che devono ispirare l'esercizio delle professioni sanitarie, è da dire che il protocollo è comunque uno strumento di scienza, per cui non necessariamente si cristallizza e resta sempre uguale a se stesso, ma deve essere modificabile (e, se del caso, modificato) in funzione di esperienze ed acquisizioni scientifiche successive alla predisposizione del protocollo stesso.

D.: NARDIN, Treviso - Volevo dei chiarimenti ancora in merito alla prescrizione telefonica. Nel nostro ospedale è usuale ormai la prescrizione telefonica della terapia insulinica da parte del Centro Antidiabetico a tutti i reparti dell'ospedale. Praticamente il paziente diabetico viene gestito dagli infermieri. Il medico di reparto, almeno del mio reparto, poco si occupa di questo aspetto della terapia. Più spesso si limita a scrivere «terapia insulinica secondo schema prescritto dal Centro Antidiabetico». Essendo questa un'abitudine in tutto l'ospedale, da un punto di vista giuridico, come dovremmo noi comportarci e quali potrebbero essere gli inconvenienti per gli infermieri?

La seconda domanda è riferita al protocollo, anche se mi sono già state date alcune risposte in proposito. Visto che il protocollo è suscettibile di variazioni, quando in grafica viene scritto «terapia eparinica secondo protocollo» ed espressioni analoghe, è bene che ci sia qualche cosa di scritto da parte del primario, del direttore sanitario ..., che giustifica questo uso del protocollo?

D.: PIETRO CAPODIFERRO, Terapia Intensiva Cardiochirurgica, Ospedale Sant'Orsola di Bologna - L'ho detto ieri e lo ripeto. Io credo che non si debba aver paura di ammettere le cose che si fanno da sempre da parte nostra negli ospedali, soprattutto nei reparti d'emergenza e quindi di prendersi la responsabilità anche giuridica di farle. Qualcuno potrebbe dire che noi non siamo coperti dalla legge. Allora io dico questo: il dottor Benci mi insegna che non si alzerà mai nessun legislatore che dirà: «da oggi l'infermiere professionale può fare questo e può fare quest'altro»; non è mai avvenuto. Il legislatore non potrà far altro che fotografare una realtà che già esiste. Io non sono molto d'accordo con il dottor Benci quando dice che bisogna attenersi scrupolosamente al DPR 225/74, che è oggettivamente ancora in vigore; è vero però che ci sono anche delle altre leggi che già citano compiti extra mansionario. Volevo chiedere al dottor Benci: non crede Lei che, invece di tentare di avere una copertura legale, l'infermiere debba impegnarsi a dimostrare al legislatore ed ai cittadini che fa determinati interventi che la legge non gli consentirebbe, ma nella realtà, sulla base di protocolli o per altri provvedimenti di fatto poi realmente fa? E questo soprattutto nei confronti dei medici, perché sono proprio loro che hanno bisogno di questo più che di altro.

E un'ultima cosa. Gli infermieri possono essere accusati di esercizio abusivo della professione medica, e sarà forse una banalità quella che dico e qualcuno magari sorriderà, ma i medici possono essere accusati di esercizio abusivo della professione infermieristica quando fanno delle cose che non gli competono assolutamente? Non ho dei casi da citare in questo momento, anche se ce ne sono molti in realtà. È una domanda che mi pongo in senso generale.

Un'ultima cosa che volevo dire riferendomi sempre al problema della paura, è che oggettivamente, se noi seguiamo l'evoluzione storica della professione infermieristica, ci rendiamo conto di come le cose cambino e cambiano anche le attribuzioni. All'inizio del '900 ad esempio, il medico aveva fatto dei ricorsi perché non voleva che l'infermiere segnasse sulla grafica la temperatura del paziente perché riteneva questa una prerogativa sua propria. Io penso che dal punto di vista dell'evoluzione storica bisognerebbe invece essere più coscienti, avere più il coraggio di dire e di pensare le cose che effettivamente si fanno e trarre le conseguenze. Non si tratta di rubare il mestiere di un altro o di assumersi delle prerogative che non sono proprie, assolutamente. Oggettivamente le cose cambiano: nel 2000 l'assistenza infermieristica italiana, che è già in ritardo di tanti anni rispetto alle altre, anche extra europee, non credo possa non cominciare a porsi questo tipo di problema e tentare di risolverlo.

D.: FERRARA PAOLO, Infermiere Professionale Specializzato, lavoro da quattro anni in Svizzera a Bellinzona. In Svizzera i pazienti ventilati vengono infusi durante le 24 ore con farmaci analgesici e sedativi che sono antagonizzabili. Io trovo paradossale, nel caso citato di un paziente con queste patologie, che il medico non abbia instaurato una terapia «al bisogno». Da qui nascono due domande. La prima: quanto il medico è perseguibile per non aver instaurato una terapia, visto che è il suo compito? Una terapia che poteva essere utilizzata, ad esempio, e questa è la seconda domanda, era quella con farmaci antagonizzabili e quindi il caso del sopore poteva essere tranquillamente verificato utilizzando un antagonista e vedendo se il paziente riprendeva coscienza. La domanda specifica è: quanto i medici sono perseguibili rispetto alla terapia al bisogno?

D.: CAPELLI, Caposala della Seconda Terapia Intensiva degli Ospedali Riuniti di Bergamo - Il nostro è un piccolo problema di conflitto infermieristico sul fatto che spesso i pazienti escono con la terapia antalgica dalla sala operatoria. Spesso i presidi che vengono applicati devono essere ricaricati con farmaci prescritti in cartella dal medico anestesista e riportati in cartella infermieristica dalle nostre nurses di anestesia. Il personale dei reparti rifiuta la ricarica di questi presidi, che possono essere applicati a livello sottocutaneo o peridurale, in quanto dicono che questa manovra non è prevista dal mansionario. Chiedo: siamo in errore noi come personale infermieristico che prepariamo e applichiamo queste terapie o sono in errore le infermiere del reparto che si rifiutano di farlo?

R.: BENCI - La prima risposta si riferisce alla domanda sulla terapia insulinica di un centro antidiabetico. Mi sembra di aver capito che viene fatta telefonicamente in assenza di qualsiasi urgenza, cioè in via routinaria. Credo ci sia da dire poco. Mi sembra una prassi talmente pericolosa in assenza di una qualsiasi urgenza, che non credo meriti altro commento. Un conto è l'emergenza e un conto è la prassi che un centro antidiabetico prescriva a tutto un ospedale in via telefonica delle terapie. Siamo realmente fuori da qualsiasi giustificazione. È una prassi pericolosa per tutti, dai pazienti agli infermieri, ai medici del centro, ai medici dei reparti.

Il secondo punto: la terapia secondo protocollo. Ci sono dei compiti del primario, che può dare delle direttive. Ci sono indicazioni in tal senso sia nel Decreto Legislativo 29 che 502, che riformano le competenze dei medici; i primari oggi si chiamano «dirigenti di secondo livello». Spettano al primario le direttive e gli indirizzi sulle scelte cliniche da adottare. Nell'operatività ci sono poi i dirigenti di primo livello, gli aiuti per intenderci, ma spetta al primario la direttiva. La scuola clinica è da rapportare al primario, se si vuole, discussa o non discussa, ma il primario ha da legge, da lungo tempo, questo compito.

La domanda del signore di Bologna: che valore ha il mansionario? Non

si tratta tanto di essere d'accordo con me, quanto con i numerosi pronunciamenti della Corte di Cassazione e di tutta quella che si chiama la giurisprudenza di merito, pretori tribunali ecc... Il principio generale nel nostro ordinamento giuridico è questo: gli atti sanitari sono di competenza medica. A meno che non siano attribuiti, sempre dall'ordinamento giuridico, anche, anche ad altre figure professionali. Il sistema dei mansionari, il sistema dei profili ed altri. Può essere una verità non simpatica, ma è questa; un medico non può essere denunciato per esercizio abusivo di professione infermieristica; non può. Un medico che un giorno somministri la terapia: sono anche atti medici. Forse, un giorno, se si occupasse di assistenza completa all'infermo... ci sarebbe da discutere, mi sembrerebbe assai improbabile, ma vista l'evoluzione del profilo... Peraltro l'ambito dell'esercizio abusivo di professione infermieristica è abbastanza ristretto: per quanto è a mia conoscenza vi è una sola sentenza: un'infermiera generica che effettuava prelievi venosi; ed anche in quel caso la Corte di Cassazione ha detto: «questo compito rientra oltre che nelle competenze del medico anche in quelle dell'infermiere professionale». Invece di scrivere: «esercizio abusivo di professione infermieristica» poteva scrivere «esercizio abusivo di professione medica» e non avrebbe fatto nulla di strano e di criticabile. Lo ha fatto, è un punto a favore della professione infermieristica, è importante che questa sentenza ci sia; non aspettiamoci molti altri pronunciamenti come questo. In una sede come questa, credo sia compito mio e del professor Rodriguez dire alcune cose. Non si tratta di una sede politica; le valutazioni di politica sanitaria o professionale spettano più propriamente al presidente dell'Aniarti ed agli organi direttivi dell'Associazione. Dire «sfondare il mansionario» significa anche voler dire al legislatore che c'è un po' di confusione. Attenzione: si deve poter dimostrare questo al giudice penale, non tanto al legislatore. Al legislatore gliene importa assai poco, se non in termini di pressioni politiche. Lo sfondamento del mansionario e delle norme extramansionariali significa andare incontro a problemi di tipo penale. Decidere di sfondare il mansionario anche in situazioni non di emergenza è difficile da dire tranquillamente, perché chi si pone su questa strada ne risponde poi direttamente. Per queste cose non ci si può basare su quello che si è sentito dire genericamente ad un congresso; ci si deve rifare alle norme e le norme sono ben definite.

I maggiori giuristi italiani, e cito per tutti il dottor Mantovani, sono concordi nell'affermare che lo stato di necessità è uno strumento rozzo, che mal si attaglia alla realtà sanitaria. Qui emerge sempre un esempio: siamo su una zattera, c'è acqua solo per me: butto te in mare. Questo è lo stato di necessità. Ricondurlo alla realtà sanitaria è difficile; ma è l'unico strumento che abbiamo, perché nel nostro ordinamento giuridico e soprattutto nel codice penale, non ci sono strumenti se non quelli che hanno ormai 65 anni. Il codice penale è infatti del 1930. Non possiamo fare altrimenti.

Sulla domanda dell'infermiere professionale specializzato della Svizzera, che chiedeva se sono perseguibili i medici che non hanno prescritto la terapia

al bisogno. Difficile. Non c'è obbligo di prescrizione e questo è validato più che dalla scienza giuridica, da quella medica. Sono definiti quelli che sono gli elementi costitutivi della prescrizione dei farmaci. Le prescrizioni cosiddette «condizionate» «al bisogno», «se occorre», possono essere dubbie, ma accettate. Certo è più facile quando si parla dell'ambito geriatrico, di una residenza assistita ed il medico di famiglia può aver lasciato delle prescrizioni per la sera; ma ci troviamo in una struttura e situazione completamente diversa da una terapia intensiva, in cui il medico deve essere presente. La vedo male che il medico in una terapia intensiva possa essere accusato di non aver lasciato una prescrizione al bisogno... Il mio orientamento è che possa essere accusato di non aver prescritto una terapia, di aver sbagliato una terapia, ma non di non averla scritta.

La caposala di Bergamo domandava sulla terapia antalgica: l'infermiere è abilitato a somministrare farmaci per vie diverse rispetto a quelle previste dal mansionario? e la via peridurale è tra queste. Messa in modo così netto la domanda, la risposta deve essere no. Non si può rispondere in altro modo. Le vie di somministrazione dei farmaci consentite dal mansionario sono poche: intramuscolare, sottocutanea, e poco altro. Si sono scordati la via congiuntivale! Siamo a questi livelli! Il mansionario non prevede che l'infermiere non possa mettere un collirio. Con il collirio non dovrebbe succedere niente, per cui si può considerare pacifica la somministrazione da parte dell'infermiere. Ma la via peridurale, la via intratecale o altre sono considerate a tutt'oggi vie precluse all'infermiere; e la situazione è paradossale visto lo stato della tecnica e tutta una serie di altre considerazioni su cui non è il caso di dilungarci. Ma se la domanda è: è lecito che l'infermiere somministri farmaci per via peridurale, la risposta giuridica, al momento attuale, è no.

R.: RODRIGUEZ - Una breve risposta alla prima serie di domande.

Mi rivolgo innanzi tutto a Nardini di Treviso. A completamento di quanto detto dal dottor Benci, confermo di essere d'accordo che la prassi, divenuta di routine, della prescrizione per via telefonica non è condivisibile, ma vorrei fare un passo avanti, motivato soprattutto dalla considerazione che qui, ora, non posso prevedere le conseguenze pratiche che, nello svolgimento del lavoro abituale e nei rapporti con altri operatori sanitari, potranno avere le discussioni emerse in questo Congresso, quando i partecipanti torneranno negli ospedali in cui svolgono le loro attività. Conseguentemente, occorre osservare che la prassi istituita a Treviso non deve essere interrotta dall'oggi al domani. Bisogna però trovare il modo di arrivare ad una prescrizione, organica, scritta (non so immaginare, ora, con quali modalità organizzative) senza correre il rischio di interrompere gli abituali, attualmente funzionanti, canali informativi. In altre parole vi è il rischio, per chi di Voi recepisce in forma drastica alcune delle indicazioni oggi espresse, di porre in essere una condotta per la quale sia ipotizzabile il delitto di rifiuto d'atti d'ufficio, avendo negato la propria adesione ad una prassi che fino ad ieri aveva accettato ed alla quale

altri colleghi continuano ad uniformarsi. Quindi la prospettiva è sicuramente quella di cambiare, ma di cambiare, ovviamente, secondo una modalità che garantisca la continuità assistenziale e terapeutica nei confronti dei pazienti.

In relazione alla Sua seconda domanda, circa il fatto che sia necessario che esista un atto scritto — del primario, ad esempio — che imponga di far uso del protocollo, direi che questa o qualunque altra prassi ragionevole può essere accettabile. In particolare, se in un reparto tutti gli operatori sanitari sanno che si lavora in funzione di un dato protocollo, probabilmente non è necessario che la cosa venga formalizzata. Certo, se venisse formalizzata, si avrebbe una prova incontestabile dell'indicazione a seguire una determinata procedura. Comunque, anche se il dovere di attenersi al protocollo non fosse formalizzato, un domani ci sarebbero sempre conformi testimonianze e si otterrebbe comunque la prova che in quel reparto il lavoro era organizzato in base a determinati protocolli.

Contrariamente all'opinione espressa dal dottor Benci, mi è piaciuto l'intervento dell'infermiere del Sant'Orsola di cui non ho capito il nome. Ha detto, mi sono segnato testualmente: «bisogna prenderci le nostre responsabilità anche giuridiche». E ciò ha detto ponendo l'accento sulla diversità che può esistere fra il piano giuridico e quello etico. Dal punto di vista etico, — ha detto — vi è la scelta personale, la scelta volta a tutelare al massimo, in determinate situazioni contingenti, la salute del paziente secondo una scelta preferibilmente condivisa anche da tutto lo staff di reparto; almeno mi sembra di aver così compreso. Sulle scelte etiche, che sono scelte personali, che possono essere scelte anche di reparto e che non possono non affondare le loro radici anche in un substrato scientifico, nessuno di noi può intromettersi, cercando di forzare scelte che sono comunque da apprezzare quando scaturiscono da riflessione seria ed approfondita. Resta il fatto che, dal punto di vista penale, la scelta etica può essere in contrasto con norme codificate e portare a subire anche un procedimento penale. Ritengo che sia molto importante prendere atto della realtà e considerare che le prassi che sono venute consolidandosi negli anni sono quelle sulle quali si deve cominciare a costruire per il futuro. In una prospettiva del genere, ci saranno delle vittime di percorso; e sicure vittime di percorso saranno tutti gli infermieri che, facendo la loro scelta di carattere etico, potranno trovarsi, sul piano penale, a doversi difendere dall'accusa di esercizio abusivo di professione sanitaria (come detto, quella del medico). Lei ha detto che accuse del genere sono accuse risibili, ma un domani in un processo la Sua posizione diventerebbe insostenibile.

Circa l'intervento dell'infermiere che lavora a Bellinzona, vorrei fare una considerazione ulteriore. La prescrizione «al bisogno» meriterebbe un discorso approfondito ed accurato. È praticamente un'indicazione «in bianco» che viene data dal medico sulla quale occorre riflettere bene sia da parte dell'infermiere che del medico stesso, perché si configura ancora una situazione analoga a quella che potrebbe verificarsi con la prescrizione telefonica. Il medico, che in determinate circostanze di tempo o di luogo vuole evitare di veni-

re, prefigura che in alcune situazioni possa realizzarsi un qualcosa, ma questo qualcosa tende a restare indeterminato. Si consideri bene, che cosa significa — considerata di per sé e solo di per sé — l'espressione «al bisogno»? Significa il realizzarsi di quelle condizioni cliniche, per le quali scattano, ad esempio, le indicazioni per la somministrazione di un certo farmaco. La individuazione della condizione che configura l'«al bisogno» comporta un processo, sia di esame obiettivo sia, talora, di diagnosi nosografica, che può essere effettivamente complesso e che in tal caso è impensabile affidare all'infermiere. La prescrizione al bisogno è uno strumento che va valutato molto criticamente ed è eventualmente accettabile, secondo me, soltanto in alcune situazioni estreme — e che non dovrebbero comunque verificarsi — tipo quelle di un'assistenza geriatrica, in istituti di ricovero non ospedalieri, che gravi solo sulle spalle dell'infermiere, in condizioni cioè di abbandono oggettivo e fattuale del paziente da parte del medico, non vincolato da obblighi di presenza o di pronta disponibilità.

In merito all'ultimo intervento vorrei fare solo un'annotazione sull'articolo 54, come ha fatto il dottor Benci, e ribadirei quello che ho detto all'inizio: le norme penali sono pensate effettivamente solo per situazioni che coinvolgono il cittadino qualunque; non sono pensate per gli operatori nel campo della salute. Quindi tutte le problematiche che in questa sede ci troviamo a discutere, a parte alcune ipotesi specifiche come l'esercizio abusivo di professione, sono analizzabili solo rifacendosi alle situazioni-tipo contemplate dal codice penale, in cui è esemplificata una data condotta, molto generica, che deve essere presa come riferimento e forzatamente adattata ad una specifica circostanza di carattere sanitario. Ed a questo proposito è da puntualizzare che l'articolo 54 del codice penale è una norma talmente restrittiva, in relazione alle situazioni che abitualmente consideriamo d'urgenza sanitaria, che non tutte le situazioni che consideriamo tali rientrano nei parametri — pericolo attuale di un danno grave alla persona — contemplati dall'articolo 54. In altri termini, da una parte vi è il concetto di urgenza e quello di emergenza, intesi in chiave sanitaria, e dall'altra il concetto di stato di necessità dell'articolo 54, concetto al quale corrispondono solo le punte estreme delle urgenze e delle emergenze.

R.: SPADA - Una precisazione anche da parte mia. Da una serie di domande sono emerse istanze di utilizzare degli strumenti che vanno dalla cartella infermieristica ai protocolli, procedure ed altri. Al di là di stare in questa sede a fare le distinzioni su quello che si possa intendere per protocollo e procedura, comunque ormai largamente diffusi in tutte le realtà operative, aldilà dei benefici che portano vorrei richiamare l'attenzione invece sugli effetti opposti, ovvero all'eccessiva standardizzazione che l'osservanza stretta di una procedura o protocollo possono portare. Si è parlato prima di porre attenzione all'attività secondo coscienza e secondo scienza, credo comunque che l'adozione di uno strumento di questo tipo indubbiamente utile per uniformare le

attività assistenziali, vada valutato attentamente in ogni singola situazione e non applicato con il paraocchi. Impedendo la personalizzazione dell'attività assistenziale si rischia di incrementare il danno iatrogeno e l'incidente critico.

L'intervento del collega di Bologna sollevava il problema dell'esercizio abusivo della professione infermieristica e vale la pena di ricordare un problema collaterale a questo tema.

Se consideriamo le competenze e le responsabilità del mansionario da una parte e del profilo professionale dall'altra, anche se sono contrastanti come logica tra loro, gli atti che il personale ausiliario o dell'operatore tecnico addetto all'assistenza devono compiere, sono posti sotto la diretta responsabilità del caposala o dell'infermiere professionale in caso di sua assenza. Credo che su questo dobbiamo riflettere perché la delega che di volta in volta dobbiamo assegnare al personale che opera a fianco a noi va attentamente valutata. È di fatto una responsabilità dell'operato di altro personale che ricade sull'infermiere. E questo per due ragioni: da una parte per non incorrere nelle sanzioni previste dall'articolo 348 del codice penale in cui il gap per l'infermiere generico rispetto all'infermiere professionale si allarga nei confronti del personale ausiliario. Credo in secondo luogo anche per mantenere elevata la dignità ed il prestigio della professione e salvaguardarne lo specifico e quindi le attività di cui siamo responsabili di fronte alla società.

D.: FAVERO WALTER di Padova - Forse sollevo un problema ancora un po' lontano. In Italia, a riguardo della cartella infermieristica, strumento a noi utile anche per la nostra protezione giuridica, ci sono realtà estremamente diverse. C'è chi non ce l'ha e quindi non si pone nessun problema; c'è chi ce l'ha e ci scrive le attività che svolge e le osservazioni che fa e c'è chi ce l'ha sotto forma di alta tecnologia e cioè computerizzata. E qui sorge il problema. Su uno strumento di carta, chi scrive può anche essere riconosciuto, ma sul computer chi scrive pur avendo accessi ed anche codici può non essere riconosciuto. E questo è un problema che è certamente ancora lontano per noi ma può diventare grosso se e quando utilizzeremo questi sistemi informatici. Volevo un riscontro su questo problema dal punto di vista dei risvolti legali in tema di prescrizioni, manovre o somministrazioni che possono venire alterate.

D.: RAVANI, Rianimazione dell'Ospedale di Cremona - Vorrei rifarmi al caso esposto precedentemente, quando non abbiamo il medico in reparto, caso che succede abbastanza frequentemente. Mi stupisco che non siano emerse le responsabilità a carico del primario, che comunque mi dovrebbe mettere nelle condizioni di lavorare sempre con il medico.

D.: LEGGIO, Rianimazione di Palermo - Non so se i relatori di oggi sono a conoscenza di quanto è emerso nelle relazioni di ieri sul caso di un infermiere del 118 che intuba e della successiva discussione con la signora relatrice.

Io ritengo che si tratti di uno sfondamento del mansionario. Volevo sapere il vostro parere sul fatto che parta un servizio di 118 con la presenza di un infermiere generico ed un infermiere professionale, situazione che pone l'infermiere professionale nelle condizioni di dover fare delle mansioni che non gli competono altrimenti rischia l'omissione di soccorso.

D.: SARTORI, Rianimazione Cardiochirurgica di Vicenza - Volevo porre delle domande, che forse sono già state fatte, sulla funzione di tutela della cartella infermieristica. Che tutela abbiamo nel momento in cui scriviamo qualcosa in cartella infermieristica e non è controfirmato: che sicurezza legale mi dà? Laddove non esista questo strumento e vi sia una cartella medica ed infermieristica all'interno dello stesso documento, questo ha validità legale? equivale alla cartella infermieristica oppure no? E ancora, nella situazione di assenza del medico dal reparto per un'emergenza, esiste questo stato di necessità? si possono somministrare dei farmaci? Come comportarsi per l'eventuale necessità di defibrillazione? Ho letto su un testo che in assenza di medici noi dobbiamo defibrillare il paziente in presenza di un quadro di fibrillazione ventricolare.

D.: FONTANA, da Trento - Volevo fare una critica per quanto riguarda il caso clinico presentato. Il problema è questo: è corretto che l'infermiere faccia una «diagnosi»? non può essere un errore di interpretazione del caso clinico? non può essere ansia anziché dolore? non può essere stato necessario invece che un analgesico maggiore, come sembra sia stato somministrato, semplicemente un sedativo per la soluzione del problema? Per cui è giusto o no che si accetti la prescrizione telefonica se il medico non vede e non chiarisce la situazione? Spesso a me è successo che invece di un analgesico servisse un ansiolitico. Io invece avrei interpretato la situazione come una necessità di analgesia e non di sedazione. Se possibile vorrei una risposta su questi argomenti.

R.: RODRIGUEZ - La domanda dell'amico Walter Favero sulle annotazioni in una cartella infermieristica informatizzata che possono venir alterate da altri merita la prima risposta. È norma di elementare correttezza che chi immette i dati in un archivio computerizzato li caratterizzi con la sua sigla: chi riporta la sigla di un altro pone in essere un comportamento altamente scorretto. Mi sembra che ciò sia facilmente prevenibile (ma non sono un esperto di computer) con «chiavi» di accesso riservate e personalizzate: cioè ogni annotazione viene automaticamente connotata con quella stessa sigla, che corrisponde al codice segreto assegnato a quella singola persona per avere accesso al computer. Tecnicamente credo non sia difficile risolvere il problema. Voglio però far rilevare che è in corso un dibattito ancora più rilevante, sulla legittimità dell'utilizzo del supporto elettronico al posto di quello cartaceo per la registrazione dei dati. Un dibattito del genere investe anche la cartella

infermieristica. Non è del tutto pacifico che il supporto elettronico sia accettabile per la cartella infermieristica: vi è in particolare la possibilità di sovrascritture, senza che resti traccia della modificazione del testo. Quindi, se si usa un computer per registrare i dati, è del tutto necessario che venga registrato non solo il nome della persona che immette i dati, ma anche la data e l'ora; è inoltre indispensabile che non vi siano assolutamente possibilità di sovrascritture, nemmeno di correggere la battuta immediatamente precedente per meri errori di carattere grammaticale. Questi andranno eventualmente corretti con una annotazione successiva.

La domanda di Ravani citava un caso in modo sintetico ed efficace; non posso che aderire alle perplessità da Lui espresse circa il fatto che non siano emerse responsabilità di nessuno per la conduzione disinvolta del reparto, caratterizzato dalla frequente assenza di qualsiasi medico. Il caso va comunque approfondito per appurare la motivazione dell'assenza dei medici; può essere che ciò avvenga per carenza di personale, cosicché ad esempio, in un dato momento, tutti i medici potrebbero essere in sala operatoria.

Sul caso citato del 118, si risponderà — come anticipato — dopo la presentazione del caso successivo.

Sartori di Vicenza reitera alcune domande già fatte; da parte mia, ribadisco alcune risposte che sono già state date, perfezionandole. In primo luogo, vi è la questione della controfirma. Non so che cosa intendesse per controfirma, però è chiaro che chiunque faccia un'annotazione appone anche automaticamente la sua firma. Se qualcuno la intende fare controfirmare da qualcun altro, a mo' di convalida o di testimonianza, mi sembra che voglia ricorrere ad una precauzione assolutamente eccessiva, perché — e così ribadisco quello che ha detto il dottor Benci — nell'attività professionale nel servizio sanitario pubblico, l'infermiere riveste in genere la qualifica di «incaricato di pubblico servizio» per cui una sua attestazione scritta ha valore in tanto in quanto proviene da questa figura pubblica e riguarda un atto del servizio.

La seconda domanda proponeva un confronto fra cartella clinica (medica) e cartella infermieristica. Qui bisognerebbe parlare a lungo perché i rapporti tra cartella medica e cartella infermieristica sono un groviglio. Circa la cartella clinica è da dire che esistono alcune fonti normative che ne parlano, ma si limitano a postularne l'esistenza, senza indicarne le modalità di compilazione e le competenze in merito alla stesura. Solo un decreto ministeriale, del 5 agosto 1977, che però riguarda le cartelle cliniche delle sole case di cura private, è abbastanza (ma non sufficientemente) dettagliato circa le indicazioni che è necessario riportare. Inoltre è da sottolineare che il D.P.R. 225 del 1974 prevede che l'infermiere professionale annoti in cartella clinica temperatura, polso, respiro, pressione arteriosa, escreti, secreti. Comunque, nell'ambito del discorso della cartella clinica vi è la tradizione, che ha sempre voluto che la cartella clinica fosse di attribuzione (compilazione) medica. Nasce ora una nuova cultura attuale che indica nella cartella infermieristica un'entità autonoma, che tuttavia ha pochi riferimenti normativi. Per quanto

mi consta, essa è indicata solo nell'accordo collettivo di lavoro concernente il personale del Servizio Sanitario Nazionale (D.P.R. 384 del 1990, articoli 57 e 69) e contemplata nel piano socio-sanitario 1989-91 della regione Veneto (legge regionale 21 del 1989). Detta cartella infermieristica, nella visione di qualcuno, entra a far parte della cartella clinica senza contrapporsi alla cartella medica; secondo la visione di altri, è un'entità separata dalla cartella clinica. Secondo me è tutta una questione di lessico, di parole, che può essere risolta con la volontà di superare il presunto problema. Nelle varie realtà il problema è stato risolto in maniera diversificata e comunque, sempre, con soddisfazione di tutti.

Sulla questione della defibrillazione in assenza del medico, rispunta il solito discorso relativo all'articolo 54 del codice penale. Il nodo da sciogliere è sempre quello della valutazione dell'esistenza dell'attualità del pericolo; il che passa attraverso la raccolta di dati obiettivi e la formulazione di una diagnosi che un domani potrebbe essere difficile provare come corretta. Comunque, solo se uno di Voi è sicuro della sua diagnosi, nella situazione che oggettivamente si prospetta come un pericolo attuale, la defibrillazione è attuabile, sempre che non vi siano altre possibilità concrete di risolvere il problema (ricorrendo, ad esempio, all'intervento tempestivo del medico). Deve esistere, in sintesi, l'attualità del pericolo, la gravità del paventato danno alla persona, l'impossibilità di risolvere la situazione in altro modo.

Queste considerazioni introducono la domanda dell'infermiere di Trento: è corretto che faccia diagnosi l'infermiere? La mia risposta presuppone la preliminare distinzione fra diagnosi nosografica (medica) e diagnosi infermieristica (dei bisogni assistenziali), sulla quale è ora impossibile soffermarsi, perché allargherebbe troppo il discorso. Relativamente alla diagnosi nosografica quindi, la risposta deve essere negativa: non è corretto che l'infermiere faccia diagnosi. Però se ci troviamo in una situazione in cui di fatto — come di prassi talora accade — il medico fa una scelta e decide di accettare, per motivi contingenti, anche legati all'organizzazione di quel reparto, la diagnosi dell'infermiere quale riferimento per prescrivere un dato farmaco o un dato accertamento diagnostico, allora in questa situazione è il medico che si prende pieno carico del fatto che si sceglie l'infermiere come soggetto attendibile, di cui cioè si fida, almeno per quanto riguarda la diagnosi.

R.: SPADA - Prendendo spunto dalla domanda sulla controfirma alla cartella infermieristica, volevo fare una considerazione. Forse anch'io non ho colto bene il significato della domanda, ma parlare di controfirma sulla cartella infermieristica suscita alcune riflessioni.

Intanto probabilmente c'è poca chiarezza sui contenuti di quello che ci deve essere sulla cartella infermieristica. Non è sicuramente un riportare dei dati tecnici sui segni vitali o una mera elencazione di dati derivanti da apparecchiature come pompe infusionali, monitor, respiratori, eccetera. Quella eventualmente è una scheda di rilevazione di dati tecnici. La cartella infermieristica,

che di fatto è lo strumento che consente di realizzare tutto il processo assistenziale, riflette la specificità professionale. Di questo noi siamo direttamente responsabili e quindi la firma che l'infermiere appone sulla cartella con queste caratteristiche è la firma diretta dell'infermiere. Abbiamo già detto in precedenza che la nuova normativa ci pone nell'ottica della responsabilità sul processo assistenziale, non più sui singoli atti. Vale la pena fare questa distinzione e fare attenzione su questo aspetto.

R.: BENCI - Torniamo alla prima domanda sulla computerizzazione: è lecito o meno? Bisogna tenere presente una cosa, come molti sottolineano: oggi nessuno può perdere il treno dell'informatica. Partiamo da questo presupposto: è lecita la computerizzazione in assoluto della cartella infermieristica o clinica, perché il discorso è identico, senza cioè il supporto cartaceo? La risposta al momento è no. Da che cosa traggio questa convinzione? per quanto riguarda soprattutto le sentenze sulla cartella clinica, ma il discorso non cambia per la cartella infermieristica, la Corte di Cassazione ha detto: ogni annotazione deve essere sottoscritta. Cioè chi scrive una cosa se ne prende la paternità. Poi: ogni annotazione assume autonomo valore documentale e non può essere modificata successivamente. Come non si può in una cartella clinica o infermieristica cancellare, usare bianchetti, gomme eccetera, ed è un vero e proprio reato penale di falsità documentale su un atto pubblico, così non si può cancellare su un computer.

Il discorso poi va sulle tecnologie. Bisogna individuare delle tecnologie che consentano l'identificazione del verbalizzante e, soprattutto, la non manomissione da parte di nessuno e aggiungerei anche la tutela della riservatezza verso gli altri e cioè l'impossibilità di accedere ai dati da parte di estranei; questo è un problema molto sentito a livello internazionale.

Invado leggermente il campo del Professor Rodriguez, per riferire che in un convegno di medicina legale, se non sbaglio, della Società Italiana di Medicina Legale, è specificato che in realtà, il problema è anche medico legale. Nel caso in cui la cartella clinica sia solo computerizzata ed il paziente si sente male, si deve accedere alla cartella clinica, accedere al programma, digitare la parola d'ingresso, cercare la cartella del paziente in questione, sfogliarla elettronicamente... Altro è prendere una cartella e portarla al letto del paziente. Per cui ci sono anche questo tipo di problematiche per la cartella clinica solamente computerizzata senza lasciare un supporto cartaceo.

Spada ed anche il Professor Rodriguez hanno puntualmente precisato che non è necessaria alcuna controfirma alle annotazioni dell'infermiere in cartella infermieristica: sono precauzioni eccessive e da un punto di vista professionale anche forse rischiose, perché si dà ad altri il controllo di questo operato, controllo che nessuno ha chiesto.

La mancanza del medico in reparto. Ci può essere una responsabilità del primario, un tempo anche forse della Direzione Sanitaria. Bisogna vedere co-

m'è l'organizzazione... la questione è un po' complessa. Indicativamente possiamo dire che dovrebbe sussistere anche questa responsabilità.

Torniamo alla domanda sulla tutela infermieristica, le firme, la cartella all'interno dello stesso documento... Con gli orientamenti che presentava il Professor Rodriguez io sono d'accordo, visto il nuovo profilo professionale, che la cartella infermieristica debba essere un documento distinto. Perché oggi è un documento voluminoso, di stretta competenza infermieristica, mentre la cartella clinica non è di strettissima competenza medica (il mansionario attribuisce all'infermiere alcune limitatissime ma anche delicate competenze nella sottoscrizione soprattutto di parametri vitali nella cartella clinica). L'immissione nello stesso documento in Italia può creare qualche problema quantomeno in questo momento. In Italia sono atti pubblici entrambi, però come annotazione giuridica in senso stretto, non è che abbiano in tutto e per tutto la stessa validità. La cartella clinica ha un valore probatorio, soprattutto nei processi civili, ha cioè valore «fidefacente», fa fede fino a prova di falso perché il medico è un pubblico ufficiale mentre l'infermiere è un incaricato di pubblico servizio. Invece per i processi penali in tema di responsabilità medico infermieristica hanno praticamente lo stesso valore.

La cartella clinica è prevista da una apposita normativa, quella infermieristica no. È vero ed è parzialmente vero; ma attenzione: anche altri registri nosologici sono non previsti da norme, ma la Cassazione ha detto: sono atti pubblici. Il registro di sala operatoria non è previsto da alcuna norma, però se un medico o un infermiere alterano il registro di sala operatoria, rispondono di falsità ideologica o materiale in atto pubblico. Per la Cassazione, anche se non sono previsti da apposite norme, sono atti pubblici perché sono compilati da pubblici ufficiali nell'esercizio delle loro funzioni ed attestano ecc... La posizione è da condividere.

Sulla domanda che chiede se è corretto che un infermiere faccia diagnosi: non mi sembra diagnosi medica. Posta in modo così crudo la risposta non può essere che no. C'è sempre la situazione dello stato di necessità, di questo strumento «rozzo» un po' generico. L'infermiere nello stato di necessità, se provato, se sussistente, come qualsiasi altro cittadino peraltro, può pressoché fare tutto. Tengo a ribadire che commette lo stesso un reato. L'infermiere che intuba, procede ad una tracheotomia o quant'altro, commette ugualmente un reato di esercizio abusivo di professione, ma dice il codice, non è punibile. Attenzione però perché lo deve dimostrare; un po' come un'altra discriminante più semplice da capire, la legittima difesa: se qualcuno mi spara e io rispondo, ammazzo questa persona che mi voleva ammazzare, commetto lo stesso un reato di omicidio, però non sono punibile perché ho agito per legittima difesa. Lo stesso vale per lo stato di necessità: bisogna provarlo. Il ricorso a questo stato di necessità non può essere la soluzione per tutto. Ci può essere, ma bisogna farci i conti, ma attenzione perché i problemi soprattutto dal punto di vista della responsabilità civile non sono così semplici.

R.: RODRIGUEZ - Parlando dell'articolo 54, sullo stato di necessità, il dottor Benci ha detto una cosa giusta che io ho evitato di indicare prima per non mettere troppa carne al fuoco: il reato — ad esempio l'abusivo esercizio di professione sanitaria — in base all'articolo 54 resta comunque; accade tuttavia che il soggetto non è punibile, anche se ha commesso il reato. Ciò detto, a questo punto si apre un discorso complesso. Se uno vuole operare facendo finta che l'articolo 54 non esista, può tranquillamente farlo. Non occorre cioè — per il codice penale — farsi in quattro per risolvere situazioni che non sono obbligato a risolvere, soprattutto se, per risolverle, devo compiere atti che esulano dalla mia competenza e di cui non ho adeguata manualità ed esperienza. Agire nella prospettiva dell'articolo 54 è dunque una facoltà del cittadino (e quindi anche dell'operatore sanitario), che può scegliere di attivarsi o non attivarsi. È questo che or ora ha detto il dottor Benci. E su questo punto concordo pienamente.

Ma, in fatto di interpretazione dell'articolo 54, qualche studioso propone una diversa prospettiva: è ben vero che l'articolo 54 si limita a giustificare — dichiarando non punibili — alcune particolari condotte in ben determinate circostanze; tuttavia, se vi è la facoltà, essa può essere intesa anche come suggerimento, in quelle circostanze, a compiere un determinato atto. In altri termini l'articolo 54 non darebbe semplicemente la facoltatività, ma conterrebbe una sorta di esortazione ad intervenire quando ricorra lo stato di necessità. Tali studiosi non sono tuttavia prevalenti, nè tantomeno frequenti, nella letteratura giuridica. Ho citato questo punto di vista solo perché, nell'ipotesi che si verifichi un caso concreto di danno al paziente conseguito al mancato intervento dell'infermiere nel realizzare un atto per il quale sussista la scriminante dell'articolo 54, il giudice potrebbe valutare la vicenda tenendo presente anche questa diversa interpretazione dell'articolo 54 (esortazione a fare, cioè, più che tolleranza).

D.: DI BELLA, Milano - A me è successo di rifiutare una prescrizione medica. L'anestesista mi ha chiesto di mettere in posizione prona un paziente in stato di ventilazione artificiale, sedato e curarizzato, per migliorare la sua situazione respiratoria. Questa tecnica da me non era conosciuta, non l'avevo mai fatta; ho espresso all'anestesista il problema. In un caso di emergenza in quella situazione, io non avrei saputo come fare a ribaltare il paziente. Dopo un po' di discussione, l'anestesista mi ha detto che c'era all'interno dell'ospedale una realtà in cui quella manovra veniva già effettuata. Allora ho chiesto di poter chiamare un infermiere da quel reparto perché venisse ad effettuare la manovra in modo che anch'io potessi impararla. Questo mio rifiuto, se non ci fosse stata l'infermiera che sapeva fare questa tecnica, avrebbe avuto delle conseguenze giuridiche? Grazie.

D.: ULRICH MANZ, Cardiocirurgia di Torino - Vorrei sapere se è lecito che l'anestesista di guardia deleghi a noi la valutazione dell'emogasanalisi ai

fini dell'estubazione di un paziente in svezzamento dal supporto ventilatorio postoperatorio. Grazie.

D.: (Partecipante) di Brescia - Una domanda che ho già sentito fare dal collega di Bologna ed alla quale non è stato risposto. Riguarda l'esercizio abusivo di professione da parte dei medici nei confronti degli infermieri: il caso ben preciso del trattamento delle piaghe da decubito. Fino a che punto l'infermiere deve adeguarsi ciecamente alle prescrizioni mediche quando si sa e si conosce bene tutto il campo della ricerca nell'ambito della prevenzione delle piaghe. Grazie.

D.: Russo, Rianimazione di Orbassano, Torino - Riguardo all'esecuzione di tecniche routinarie non previste dal mansionario come la broncoaspirazione, l'emogasanalisi anche in regime di non-urgenza come potremmo tutelarci? Dovremmo avere anche per queste mansioni una prescrizione scritta e firmata dal responsabile del reparto che autorizzi gli infermieri del proprio reparto all'esecuzione di tali tecniche? Grazie.

D.: LAVEZZINI, responsabile dell'unità di terapie intensive dell'ospedale di Bellinzona. Vorrei chiedere al dottor Benci che nella sua bella relazione presentava un punto di vista politico, visto che a livello alto sono sempre e solo medici, quali ipotesi eventualmente risolutive può espormi per superare questo scoglio dal punto di vista infermieristico. Non so se può essere d'accordo con me ad esempio, nel proporre una laurea infermieristica in modo che sia possibile accedere, a Roma, ai posti più alti al fine di portare le problematiche e delle ipotesi risolutive.

Volevo poi portare un'esperienza nostra, dell'ospedale di Bellinzona, riguardo ai farmaci secondo bisogno. I nostri medici scrivono specificatamente, riguardo ai parametri vitali, i limiti minimi e massimi dei parametri e poi la terapia specifica da apporre. In questo caso, pongo un esempio, se un paziente ha una frequenza sotto i 40 ed il medico ha specificato per iscritto di dare atropina, l'infermiere che segue il paziente delega un altro infermiere a chiamare il medico, se questo non è sul posto, e lui stesso somministra l'atropina.

E poi volevo fare un riferimento a quanto detto ieri da un collega del 118 del Friuli. Diceva che i medici, qualsiasi caso trovino intubano, intubano... Ho visto un paio di anni fa una situazione che mi ha fatto venire la pelle d'oca, non so se questo vale solo per il 118 del Piemonte o anche per le altre regioni: un incidente stradale in cui il medico che si trovava sul posto, intubava un paziente sveglio. Non so come un paziente possa sopportare questo trauma psicologico. Non so se era dovuto al fatto che il medico di quella regione era inesperto; però devo presumere che un medico che intubi non sia inesperto. Traendo spunto da questo episodio, volevo sapere da quel collega che ha parlato ieri, come facciano intubare i malati al medico e come even-

tualmente tutelano i pazienti da questo punto di vista. Da un punto di vista infermieristico, se capitasse a me di uscire con un medico che si mette ad intubare un paziente sveglio, credo che gli salterei addosso! Soprattutto perché so che intubare un paziente da sveglio può provocare un arresto cardiaco e penso che questo un medico lo sappia.

D.: MAINAS da Padova - Volevo spendere due parole riguardo agli ordini verbali che riceviamo quando contattiamo il medico. Io lavoro in una rianimazione cardiocirurgica e ci sono presenti due medici in guardia dalle sette del mattino e mediamente fino alle due-tre di notte. Se il paziente che ho in gestione ha dei problemi nell'orario in cui è presente il medico, non faccio altro che comunicargli i problemi e, se anche non scrive subito in cartella eventuali terapie prescritte, lo fa certamente alla prima possibilità. Il problema si pone verso le tre-quattro di notte quando i medici di guardia vanno a dormire. Io proporrei in questo caso anche agli altri colleghi che vivono la stessa situazione, di non fare altro che far scrivere al medico su una scheda gli eventuali trattamenti per i pazienti. Per esempio: se il tale paziente supera una data temperatura somministrare questo farmaco, se la sistolica supera determinati valori, fare questa terapia, e così via ... E comunque se il mio paziente ha altri problemi io obbligo il medico a venire in reparto; anche perché io mi posso anche rifiutare di fare quello che il medico al telefono mi ordina. Se io ritengo che il paziente abbia dei problemi e pretendo che sia visto dal medico, faccio qualsiasi cosa finché il medico viene.

R.: BENCI - La posizione prona indicata dall'anestesista: bisogna che l'infermiere si adegui oppure no? Direi che la risposta è sì, a meno che la posizione non sia conosciuta dall'infermiere come talmente controindicata o, come afferma specificamente il DPR n. 3 del '57 e oggi il Contratto collettivo di lavoro del comparto sanità, sia «palesamente illegittima» (ma non mi pare che la domanda posta avesse questa valenza); senza dubbio quindi la prescrizione andava tranquillamente eseguita. Il problema di non eseguire una prescrizione medica a quali responsabilità espone? Possono essere responsabilità di diverso tipo: di carattere disciplinare ed è la meno grave; se poi ne è derivato un danno vi è una conseguenza penale e possono esserci dei problemi seri in relazione a quello che è accaduto.

Valutazione dell'emogasanalisi. Anche in questo caso: a chi compete la valutazione dell'emogasanalisi, posta in questo modo, a qualunque fine? Compete al medico. Su questo non c'è alcun dubbio. Soprattutto quando siamo fuori da una situazione di urgenza ed emergenza o contingenze particolari; non ci si dovrebbe porre questo problema.

La domanda sull'esercizio abusivo di professione da parte del medico. L'articolo sull'esercizio abusivo di professione è stato sempre abbastanza chiaro. Non ci sono dubbi di sorta su questa domanda del trattamento delle piaghe da decubito. È una bella domanda perché sul trattamento delle piaghe

da decubito negli ultimi tempi soprattutto o forse da sempre, gli infermieri ci hanno investito e studiato; viene considerata implicitamente una pratica infermieristica. Ci sono dei mansionari esteri che attribuiscono questa responsabilità della prevenzione e del trattamento delle lesioni da decubito agli infermieri; se non ricordo male, il mansionario belga prevede questo. In una riforma del mansionario dovrà essere considerata questa realtà. La domanda è: fino a che punto l'infermiere deve attenersi alla prescrizione? Anche in questo caso, se la prescrizione non è illegittima, se il medico non prescrive «chissà che cosa», non si può non convenire che va osservata. Il trattamento oggi è considerato medico. Ecco perché anche il mansionario oggi è vecchio, angusto e superato e deve essere velocemente e urgentemente riformato. Alla domanda posta così, netta non si può che rispondere che il trattamento è medico. Se poi ci sono dei medici a cui interessa inserirsi così tanto nel trattamento delle lesioni da decubito...

Per rispondere alla domanda del collega dell'ospedale di Orbassano. Può un medico delegare qualche cosa all'infermiere? Sugli atti medici anche qui la risposta è negativa. Anche in questo caso la risposta è negativa. Se a qualcuno può interessare cito la Corte di Cassazione, la IVa Sezione Penale, la sentenza n. 171 del 1982 che parlava di trasfusioni, ma la cosa non cambia di molto. «L'esecuzione dell'emotrasfusione, come del resto quella di tutti gli atti medici, non è delegabile all'infermiere professionale». Si trattava di un omicidio colposo all'interno di una sala operatoria in seguito allo scambio di sacche di sangue. Visto che siamo a Genova, ricordiamo che 15 giorni fa all'ospedale S. Martino di Genova c'è stato uno scambio di sacche in cui per fortuna gli infermieri non sono stati coinvolti, mentre lo sono stati l'anestesista ed il Centro trasfusionale. Oggi continuamente il Ministero ricorda che l'emotrasfusione non è tutt'ora esente da rischi ed è considerata atto medico. Come tutti gli atti medici, dice la Corte di Cassazione, che è il massimo organo giudiziario, non può essere delegato all'infermiere, a meno che non ci siano delle norme che glielo attribuiscono: il mansionario, norme extramansionariali, un nuovo mansionario e così via...

L'ultima domanda non mi sembrava una domanda ma una considerazione sul protocollo.

R.: RODRIGUEZ - Visto che il tempo ancora a disposizione è poco, sarò velocissimo. Vorrei soffermarmi soprattutto sulla prima domanda, che mi sembra apra nuove dimensioni alla discussione. Limiterei le mie osservazioni traendo da un'affermazione di Di Bella che ha, più o meno, detto: «la non conoscenza di una determinata tecnica/manovra può essere fonte di sanzioni — dal punto di vista penale — sempreché dalla mancata o errata esecuzione — dovuta, appunto, alla non conoscenza — consegua un danno al paziente.» Non intendo entrare nel merito della vicenda, ma vorrei tentare di ampliare il campo della problematica. Nell'eventualità prospettata, si tratterebbe di una responsabilità colposa per imperizia, cioè per incapacità di fare qualcosa, di compiere

un atto necessario per il paziente e che è da presumere debba essere conosciuto da chi viene richiesto di compierlo. Qui si allaccia un discorso sinora non affrontato, quello della responsabilità dei docenti. L'ipotesi da valutare è la seguente: se nel percorso formativo non si è stati adeguatamente educati ad affrontare la professione, nel caso si verifichi un danno al paziente per imperizia, è prospettabile anche una responsabilità per colpa degli insegnanti, nell'eventualità — ovviamente da dimostrare — che non abbiano provveduto adeguatamente ai loro compiti di educatori. È un discorso che propongo e che mi sembra doveroso approfondire per quanto attiene la formazione infermieristica; segnalo che è stato pubblicato qualche contributo che affronta analogo problema per quanto attiene la formazione universitaria del futuro medico.

Altra domanda su cui vorrei esprimere qualche idea è quella sulle piaghe da decubito per il trattamento delle quali è stata messa in discussione la competenza medica. Andrei un po' oltre rispetto a quello che ha esposto il dottor Benci e che integralmente condivido. Occorre riflettere bene sulla effettiva competenza del medico. In altre parole: se si dovesse verificare, in un dato caso, che la prescrizione medica non sia condivisibile, l'infermiere si può appellare alle indicazioni del codice deontologico dell'infermiere, e cercare la collaborazione degli altri operatori sanitari. Ciò significa che, di fronte ad una prescrizione medica, non dico manifestamente infondata, ma anche solo abbastanza opinabile (sappiamo come in biologia le indicazioni valide anche solo due anni fa oggi possano non essere più accettabili), è fondamentale la richiesta — da parte dell'infermiere delegato nei confronti del medico prescrittore — di analizzare il problema e di valutare approfonditamente il caso. La soluzione non sta, evidentemente, in una contrapposizione di petto — infermiere contro medico — ma nell'affrontare il problema, tenendo presente — con riferimento al caso ipotizzato dalla domanda — che le maggiori competenze di ricerca e di studio in fatto di prevenzione e trattamento delle piaghe da decubito sono attualmente infermieristiche.

R.: SPADA - Solo una piccola riflessione su quell'episodio di mobilitazione citato. Per la verità abbiamo quasi sempre parlato di atti di attività assistenziali che esulano da quanto previsto dal mansionario pur non condividendo la logica del mansionario. Mentre poco si è parlato di quelle attività che, pur previste dal mansionario, per le condizioni di lavoro ed il contesto di fatto non vedono una realizzazione pratica, forse anche perché il danno è superiore al beneficio che si può ottenere; o perché non ci sono le conoscenze o le abilità anche manuali nell'eseguire certe manovre. Tutto questo io credo vada eventualmente ridiscusso nel caso di una prescrizione o imposizione medica. Credo che da un punto di vista di responsabilità e di coscienza personale certe attività non debbano essere eseguite. Nell'eventualità si può ridiscutere con il medico in merito alla prescrizione o sentire anche eventualmente il supporto o la collaborazione di altri colleghi.

R.: DRIGO - Vorrei fare una precisazione relativamente al primo intervento sul posizionamento del malato. Un posizionamento molto strano, che la collega non si sentiva in grado di realizzare con sicurezza per il malato. Credo che questo episodio possa darci lo spunto per un altro elemento di riflessione su una tematica che potremmo istituire nella nostra realtà quotidiana: quello della consulenza infermieristica. Quando un medico di base non è in grado di valutare la situazione patologica, poniamo dell'occhio del malato, chiama lo specialista. Lo stesso, per analogia, vale anche per gli infermieri ed in alcune circostanze sarà bene incominciare ad utilizzare la consulenza infermieristica. Questo rappresenta sostanzialmente l'assumersi la responsabilità anche dei propri limiti ma, in secondo luogo, pur non di minore importanza, significa anche valorizzare la professionalità di altri colleghi che, per alcune particolari tecniche o ambiti di competenza hanno sviluppato le capacità di soluzione specifiche. Direi che questo è un elevato senso di responsabilità al quale dobbiamo fare riferimento.

A questo punto possiamo concludere la discussione su questi temi per passare alla presentazione del secondo «caso» che abbiamo pensato di presentare per suscitare la discussione, anche in considerazione dei contenuti dei dibattiti già emersi nel convegno.

Presentazione del secondo caso in discussione

Soccorso extraospedaliero con defibrillazione del malato

Un infermiere racconta:

lavoro in una Centrale operativa del 118.

Il soccorso viene prestato da équipes di infermieri professionali, volontari del soccorso ed autisti che operano in base a protocolli sotto la responsabilità del medico della centrale.

Non c'è la possibilità di utilizzare un servizio di teletrasmissione di dati clinici di monitoraggio con la centrale operativa;

Nel momento in cui si è verificato il caso che descrivo, non era disponibile il medico con il mezzo di trasporto rapido («auto medicalizzata»), perché già impegnato con un altro soccorso.

Sono uscito con l'equipaggio in seguito ad una richiesta di intervento per una persona che accusava dolore toracico irradiato al braccio sinistro e quindi con una sintomatologia di tipica origine cardiaca; mentre l'ambulanza raggiunge il domicilio, il malato si aggrava: la centrale operativa 118 ce lo comunica; all'arrivo, il malato era in arresto cardiaco, viene monitorizzato ed ho individuato una fibrillazione ventricolare.

Dalla centrale comunicano che non è ancora possibile inviare il medico.

Allora decido di defibrillare sapendo che questo rappresenta un intervento «salvavita».

Il malato infatti riprende un ritmo cardiaco autonomo ma non capacità ventilatoria ottimale.

Trasportiamo il paziente in ospedale facendo un supporto ventilatorio manuale e qui lo affidiamo all'équipe con il medico.

Le domande sono:

— Non sono stati sollevati problemi sul mio operato, ma ugualmente mi chiedo se, come infermiere professionale che defibrillo secondo il protocollo adottato dalla centrale operativa, sono coperto da un punto di vista legale.

— Oppure mi assumo responsabilità eccessive o non di mia competenza?

DIBATTITO

D.: LUCHERINI, Neurochirurgia all'Ospedale «Careggi» di Firenze - Nella sessione di ieri pomeriggio ero presente al dibattito e vorrei riportare quello che è successo. C'è stata una divisione nella sala tra «interventisti» e «non-interventisti». Io mi sono sempre considerato un interventista, ma secondo me, non è stata puntualizzata una cosa importante: Le considerazioni che abbiamo fatte valgono se io mi trovo in una situazione di emergenza, che è casuale ed avviene senza che sia possibile prevedere. Allora io mi comporto secondo scienza e coscienza e faccio appello all'articolo 54 sullo stato di necessità. Riferendoci all'ultimo caso ricordato, nei giorni scorsi abbiamo detto anche che «chi sa fare fa». Però questa è una scelta personale. Sono io con la mia scelta, con la mia etica che mi interrogo e decido. Ma non si può parlare di organizzare un servizio, un'unità operativa rifacendosi a questi principi. La scelta di intervenire per stato di necessità è una scelta personale. Non può un servizio pormi nell'evenienza di fare continuamente la scelta se intervenire o meno. La situazione operativa non può essere quella di trovarsi continuamente nella condizione dello stato di emergenza in cui io mi prendo la mia responsabilità. Sono veramente perplesso dall'intervento di ieri dei colleghi del 118 di Pordenone, dove, da quello che ho capito, la situazione è quella di uscire normalmente di notte con un infermiere professionale ed un autista. Penso che non sia la maniera di assicurare al cittadino un servizio di qualità, per quanto un infermiere possa essere preparato. Visto che l'argomento di questi giorni era anche quello di chiederci come porci di fronte all'aziendalizzazione, allora io dico che questo è segno che stanno sfruttando la nostra volontà di fare e la nostra voglia di intervenire per risparmiare o per porre servizi che non assicurino questa qualità. Stiamo attenti. Noi siamo forse o sicuramente in buona fede, come è sicuramente in buona fede anche il collega del Sant'Orsola di Bologna che precedentemente è intervenuto e con cui non sono d'accordo, ma attenzione, perché poi sentiamo negli interventi che il ser-

vizio funziona bene anche con 22 infermieri anzichè con 33. Alla fine ci porranno a lavorare in condizioni in cui la qualità ce la scordiamo. E questa volta sarà difficile tornare indietro.

D.: (Partecipante) - Volevo avere una risposta ad una mia curiosità. Mi risulta che ci sia una sentenza sul tipo di professione o sull'esercizio della professionalità, in cui si afferma che non esiste un ambito professionale esclusivo ma esiste una prevalenza di competenza di una determinata figura rispetto ad un dato ambito professionale. Faccio questa domanda perché se questo fosse vero, e mi sembra che questa sentenza sia anche abbastanza recente, tutti i discorsi fatti oggi assumerebbero una valenza anche un po' diversa. Se si parla di prevalenza rispetto ad una determinata funzione ma non si mettono più dei confini netti e precisi se non quelli definiti per aspetti esplicitati da norme giuridiche, allora diventa tutto molto opinabile rispetto al fatto che una professione sanitaria possa fare determinati atti e possa avere determinate competenze piuttosto che altre.

D.: CAPODIFERRO, Ospedale Sant'Orsola di Bologna - Chiamato in causa devo rispondere. Io nel collega di Firenze noto una sorta di contraddizione quando dice: io sono un interventista però ho bisogno del medico per avere la qualità. La qualità non passa attraverso la presenza del medico o comunque attraverso l'ausilio di determinati strumenti o organigrammi eccetera. Nel 118 del Friuli l'ambulanza parte di notte in base a protocolli stabiliti come prescrive il DPR del '92 con cui io non sono d'accordo perché lì c'è scritto che il protocollo deve essere stabilito «dal medico». E qui sono d'accordo con il dottor Benci nell'affermare che, al limite, i protocolli sono stabiliti in accordo «col medico» cioè con il consenso della mia parte per questo intervento. Perché all'interno dell'intervento ci sarà pure la mia parte. Altrimenti io come esisto? qual'è la mia competenza? Il discorso è che la competenza cambia con il passare del tempo; e noi dobbiamo soltanto dire che la competenza cambia. Ma di fronte al cittadino, ed anche di fronte al giudice, dottor Benci! Perché io voglio il riconoscimento giuridico e anche, poi, economico. In questo mi ricollego a quello che affermava il collega di Firenze. È naturale che se io opero un intervento oltre al riconoscimento giuridico ci sarà anche un riconoscimento economico. Il discorso dell'aziendalizzazione purtroppo è oggi un discorso che vale molto. Il medico che costa molto di più rispetto all'infermiere non può uscire tutte le volte! come possiamo pensare questo! Allora all'interno di un discorso di razionalizzazione degli strumenti e di razionalizzazione dell'intervento dobbiamo accettare anche questo. Ma non è una perdita di qualità o un rubare il mestiere agli altri. È semplicemente un riconoscimento dell'evoluzione storica a cui la professione infermieristica italiana necessariamente deve oggi sottostare, perché continuo a ripetere, che siamo in ritardo di tantissimi anni rispetto a tante altre realtà. E non mi riferisco ai paradisi artificiali degli Stati Uniti o del Canada ma anche solo alla Francia

dove è legge che gli infermieri facciano diagnosi infermieristica e lavorino con la diagnosi infermieristica. Allora io sono un «interventista» non nel senso che dico: dobbiamo fare; sono «interventista» nel senso che certe cose le facciamo già ma non da adesso, non è una scoperta di oggi questa! Quanti interventi noi facciamo che teoricamente non dovremmo fare? e sappiamo benissimo che se non facessimo quegli interventi che facciamo, gli ospedali sarebbero paralizzati. Allora torno a ripetere, il legislatore non si alzerà mai una mattina e dire: «da oggi tu fai questo perché io te lo consento», mentre accadrà che il legislatore non farà altro che fotografare una situazione che già esiste. Come è sempre capitato per tutte le professioni sanitarie, mica solo per la nostra. Non dobbiamo farci prendere la mano e spaventarci. Il collega di Firenze ad esempio dice: tu vieni usato. Ma non è mica vero che sei usato! Chi l'ha detto che sono usato? Io faccio una cosa di cui mi sento responsabile; del raggiungimento del risultato ed anche del processo, che è proprio l'ottica della sanità attuale. Ed è giusto che sia così. Io dico che è inutile che ci mettiamo dietro l'alibi che non possiamo farlo. Non è vero che non possiamo farlo. Tutto sta certo, a farlo in maniera graduale ed equilibrata.

Scusate se mi sono dilungato o se forse, non ho capito bene.

D.: LUCHERINI, Neurochirurgia all'Ospedale «Careggi» di Firenze - Volevo rispondere subito al collega, che credo non abbia proprio capito bene. Io parlavo di qualità del servizio dicendo che secondo me, non è garanzia di qualità uscire un professionista ed un autista. Se conosci un minimo di manovre rianimatorie, francamente agire in termini di qualità nei confronti di casi d'urgenza assieme ad un panettiere che esce in ambulanza alla sera... ho i miei dubbi... senza dubitare ovviamente della professionalità del collega.

Per quanto riguarda la presenza o meno del medico, io dico che certamente non è la presenza del medico a fare la qualità. Quello che io dico è che la realtà di Pordenone non ha comunque la possibilità di mandare il medico, perché il medico semplicemente non c'è. Allora questo diventa un pochino grave. Io sono d'accordissimo che ci debba essere un filtro che fa uscire o non uscire il medico. A Firenze risponde al 118 l'impiegato comunale! figuriamoci. Non sto dicendo che il fatto che Pordenone sia riuscito a togliere le «Misericordie» non sia positivo. Noi a Firenze siamo schiavi delle «Misericordie». Su questo siamo d'accordo. Ma il fatto che per le urgenze esca un infermiere professionale, un infermiere generico e l'autista mi sembra che non assicuri un servizio, se non il fatto che all'amministrazione stia molto bene dal punto di vista economico.

D.: DRIGO - Direi che possiamo esplicitare nel contesto di questo discorso anche un altro aspetto importante. Potremmo esaminare qual'è la responsabilità dell'Istituzione nell'istituire un servizio con queste caratteristiche, in cui alcuni operatori sono sostanzialmente «obbligati» a uscire in queste condizioni.

E un secondo aspetto: quale responsabilità ha l'infermiere nel rifiutarsi

di porsi in questa situazione? E può rifiutarsi il gruppo di infermieri di prestare servizio quando non è disponibile un medico?

Terza domanda o provocazione forse: in ambulanza, meglio un infermiere che niente?

D.: (Partecipante) - Sono di Novi Ligure, Infermiere Specializzato in Area Critica a Torino. Ieri mattina avevo fatto un po' di questa polemica forse anche criticata, in cui affermavo che il soccorso secondo me, non è un ambito necessariamente infermieristico. E questo all'estero, sia in ambito europeo che non europeo è dimostrato, anche perché economicamente è impossibile coprire capillarmente il territorio con Infermieri Professionali. Comunque il problema suscitato in questo momento, è che l'infermiere è da solo e questo non ha base logica. E questo perché uno Stato deve garantire un sistema di emergenza che fornisce in un minimo di tempo un BLS (Basic Life Support = supporto vitale di base). Il BLS è qualcosa che può fare una persona qualunque che non è infermiere. Un soccorritore bravo fa il BLS. Deve esserci disponibile anche l'équipe sanitaria avanzata per fare l'ALS (Advanced Life Support = supporto vitale avanzato). Lì mi sta bene che ci sia l'infermiere assieme al medico perché è l'équipe ideale; ma che questi debbano essere comunque sempre i primi ad arrivare, una centrale operativa buona deve fare da filtro... non è il caso. Quando io ho l'infermiere professionale da solo e lo metto nelle condizioni di scegliere se fare o non fare determinati interventi, è una situazione che va evitata non mettendolo in giro da solo ma all'interno dell'équipe avanzata.

D.: CERRI, Caposala in un Dipartimento di Emergenza - Sul Decreto De Lorenzo che istituisce il 118, c'è un paragrafo che dice, se ricordo bene, che si autorizzano gli infermieri professionali in ospedale e per le attività extraospedaliere ad effettuare manovre e tecniche atte a salvaguardare la vita del paziente «su responsabilità medica». Questo lo ricordo a memoria. Chiedo: questo paragrafo permette gli atti delegati medici, permette l'attuazione di protocolli con l'assenza del medico, visto che supera le manovre tecniche consentite dal mansionario?

D.: (Partecipante) - Sono un collega di Capodiferro, di Bologna. Ormai da tanti anni partecipo ai congressi dell'Aniarti ma devo fare sia un'autocritica che una critica un po' a tutti noi. Puntualmente ogni anno, al congresso nazionale veniamo qui a lamentarci e basta. Posso fare questo... posso fare quest'altro?.. Io affronterei il problema un po' diversamente. Riprendo il discorso che ha fatto Capodiferro. Non verrà nessun legislatore a dire «tu da domani potrai fare questo e questo» e quindi conviene che siamo noi i primi, e qualcuno già lo fa, a combattere, passatemi il termine, in ambito locale con i signori medici, con le nostre amministrazioni, portando dati e valutazioni. Altrimenti non cambierà mai assolutamente niente. Perché dico questo?

Perché noi siamo dei bravi infermieri quando ci pare. Purtroppo la filosofia dell'infermiere di area critica e non di area critica è questa: chi me lo fa fare? L'infermiere purtroppo, e io parlo della mia realtà dell'Ospedale Sant'Orsola, un ospedale gigantesco, quando è assunto ha il problema delle ferie e del turno fisso. E basta. I famosi protocolli fatti dagli infermieri o dai medici o assieme, vengono fatti ugualmente. Non sono forse di competenza medica? Swan-Ganz, contropulsatori macchine per la CEC eccetera... Però vedo che, a seconda dell'infermiere, quando c'è un certo medico gli fai il piacere di attuare il suo protocollo, quando non ci va non lo facciamo. Allora io dico iniziamo a combattere nelle nostre realtà e poi verrà fotografata l'immagine che noi siamo.

E poi sul 118: io ho lavorato come caposala in una realtà non di area critica, in cui il mio personale (era una chirurgia) era composto da dieci infermieri professionali, che lavoravano con degli ordini di servizio, che coprivano trentaquattro posti letto di chirurgia generale e coprivano anche il pronto soccorso nelle uscite extra ospedaliere di fatto con l'obbligo da parte del Direttore Sanitario il quale alle mie rimostranze ha risposto: «i turni li scrivo io, la responsabilità è mia e se non esci è omissione di soccorso».

D.: FONTANOT - Rianimazione Pediatrica di Trieste. Il problema che emerge da tutti questi interventi non esclude la possibilità, anzi è un grande stimolo, a che il mansionario sia modificato con una grossa presa di posizione della categoria. Ciò che mi spaventa molto è la paura che ci siano dei martiri in tutta questa situazione. Voglio dire, è vero che c'è, come diceva il professor Rodriguez, la forza etica, la scienza e coscienza... però anche nel caso di quell'articolo citato, che potrebbe essere interpretato dal giudice in maniera diversa, noi sappiamo anche che la Corte di Cassazione ha una funzione di indirizzo nell'interpretazione delle norme. Quindi fondamentalmente non è che questa possibilità sia così estesa; è più probabile che l'infermiere venga condannato in caso di contestazione.

R.: RODRIGUEZ - Darò risposta od esprimerò considerazioni solo su alcune delle domande, lasciando al dottor Benci le altre, in quanto mi sembra siano più attinenti alla sua relazione introduttiva. Vorrei soffermarmi sul primo intervento di Lucherini della Neurochirurgia dell'ospedale «Careggi» di Firenze. Pur rilevando l'importanza di tutto il discorso sviluppato da Lui, credo sia impossibile fornire in questa sede delle risposte analitiche. Possono però essere date alcune indicazioni di massima. Comunque è importante seguire un filo logico; e mi pare che in tutti gli interventi, sia della prima che della seconda tornata, vi siano stati punti di riferimento abbastanza chiari; solo sulle scelte operative, si diversificavano le idee. Il primo intervento può essere considerato paradigmatico, nel senso che ha indicato: c'è questo problema, c'è quest'altro problema, c'è l'articolo 54 del codice penale, c'è l'emergenza, c'è la scelta personale; e questi sono i problemi da affrontare in modo coerente.

te. Credo che il mansionario sia per certi versi una jattura che incombe sulla Vostra professione da decenni e in relazione alla quale vi è inerzia. Sicuramente occorre portare stimoli precisi, per modificare la normativa, nelle sedi opportune e nei modi convenienti.

Mi pare importante quello che il presidente Drigo proponeva. Ipotizzava due tipi di responsabilità: una, in particolare, è la responsabilità dell'istituzione. Ben vengano questi richiami alla responsabilità dell'istituzione. Non se ne parla abbastanza, anche se molte persone ne parlano; per quanto mi risulta, sono pochissime le condanne — con riferimento a problematiche sanitarie — per responsabilità dell'amministrazione intesa in senso lato. Ne ho in mente una per una mancata attivazione di un servizio di medicina del lavoro in un'unità sanitaria locale ed un'altra per carenza di attrezzature e strumentazione in un pronto soccorso. In genere, com'è ben noto, a finire nelle maglie della giustizia è l'operatore sanitario che opera in concreto e la responsabilità dell'amministrazione non viene quasi mai prospettata. Quindi questo invito a considerare se esista una responsabilità dell'amministrazione vuoi nel non attivare un servizio — pur previsto e necessario — dove non c'è, vuoi nell'istituirlo nei modi errati, va sicuramente accolto. E credo che per la Vostra Associazione dovrebbe essere un cavallo di battaglia, perché se nessuno si fa attivamente carico della questione, tra cinquant'anni ci troveremo ancora ad interrogarci sulla responsabilità dell'istituzione senza concludere niente di concreto. La forza propositiva di un'associazione come la Vostra ha un notevole valore.

È poi da considerare l'interrogativo della responsabilità dell'infermiere che, nell'ambito del 118, parte, sostanzialmente da solo, verso un'incognita. L'ambito di discussione concerne — si badi bene — una circostanza nella quale la situazione di urgenza è la routine e non l'eccezione. È questa una situazione indubbiamente problematica, in quanto ci si trova ad operare con un mansionario carente e con protocolli ministeriali ambigui.

C'è poi il discorso, prospettato anche da Capodiferro, dei protocolli che dovrebbero essere non, come dice, all'art. 4, il D.P.R. 27 marzo 1992 sull'assistenza sanitaria di emergenza (meglio nota col riferimento telefonico:118) «decisi dal medico», ma, preferibilmente, «decisi col medico». Mi sembra che il discorso fatto dal dottor Benci fosse ancora più radicale: nè medico, nè infermiere hanno alcun titolo per scavalcare il mansionario, cioè le indicazioni di legge. In ogni caso, protocolli ministeriali e mansionario parlano due linguaggi diversi, e quindi la situazione che si prospetta concretamente è una situazione di ambiguità normativa notevolissima. All'interno di questa ambiguità normativa notevolissima, c'è l'ambiguità ulteriore, in relazione al 118, di dire all'infermiere: vai sul campo di battaglia, combatti, arrangiati, sai che ti troverai di fronte, il 90% delle volte, a situazioni risolvibili — dal punto di vista giuridico — solo applicando l'articolo 54 del codice penale. Ed il paradosso è che lo stato di necessità (che dovrebbe essere eccezionale) diventa routine.

Lo scenario delineato corrisponde a una situazione difficile da analizzare dal punto di vista giuridico; ed in questo contesto si inserisce la domanda sulla responsabilità dell'infermiere qualora si rifiuti di avventurarsi in una situazione del genere. È una domanda, secondo me, inestricabile, almeno in astratto, perché si può cadere da un'ipotesi delittuosa ad un'altra: se io non intervengo in situazioni per le quali si è già consolidata una prassi può essere prospettato il delitto di rifiuto di atti d'ufficio. Non mi sentirei quindi di affermare che l'infermiere possa tranquillamente non muoversi. Nel contempo credo di dover ribadire che si troverebbe ad agire in situazione di ambiguità totale, rischiando frequentemente di operare in condizioni di esercizio abusivo di professione, a meno che non ricorrano gli estremi per l'applicabilità dell'articolo 54.

E qui si inserisce la considerazione espressa nell'ultimo intervento: è meglio che intervenga un infermiere piuttosto che niente. Se questa è una domanda, non so rispondere, anche perché la situazione che si prospetta è un imbuto tale per cui, comunque ci si muova, si rischia di cadere nelle maglie della giustizia. Quindi io concluderei dichiarando la mia impotenza come relatore, a risolvere un problema del genere e dare indicazioni certe cui attenersi sempre, ma proponendo e raccomandando che, come Associazione il discorso venga affrontato in modo adeguato a livello politico, anche con espressioni propositive al fine di puntare a norme chiare, che diano certezze anche di tipo comportamentale senza delegare alle singole sedi periferiche l'elaborazione di protocolli che, come si è visto, possono essere estremamente ambigui.

R.: BENCI - Alcune cose le tralascio, perché mi sono trovato quasi in tutto d'accordo con il professor Rodriguez. Per quanto riguarda la domanda del collega della neurochirurgia di Firenze ho trovato l'intervento estremamente oculato. Sono perfettamente d'accordo con le riflessioni fatte. Un servizio d'emergenza che deve far diventare lo stato di necessità prassi, significa che in questo c'è qualche cosa che non va. Un conto è il cittadino che trova all'esterno qualche situazione strana ... e ricorre allo stato di necessità, un conto è un servizio di emergenza che deve sempre fare ricorso allo stato di necessità. Espone a rischi tutti. Non so valutare se sia qualitativamente migliore il fatto che debba esserci o meno la presenza del medico; so che però questo espone a rischi tutti, in primo luogo gli operatori. Poi può darsi che quell'assistenza sia perfetta.

Sulla presenza dell'infermiere generico nel 118 io ritengo che, visto il mansionario, non solo nel 118, ma anche in altri punti dell'area critica o anche «semi-critica», nel pronto soccorso, l'infermiere generico non ci debba essere. L'infermiere generico, per mansionario non può prendere una vena, non può fare un deostock... siamo a questi livelli. Allora, siccome oggi ci sono tanti infermieri professionali, il problema non si pone. In quei servizi ci stanno gli infermieri professionali. Non riesco a capire il problema visto che ci sono anche tanti infermieri disoccupati.

Per quanto riguarda l'attuazione del DPR 118 e dei protocolli, concordo con il professor Rodriguez. Questi protocolli creano perplessità e crea perplessità l'attuazione di questa norma. Sentirsi legittimati da questa norma può creare dei problemi, visto che c'è stato un intervento autorevole del Tribunale Amministrativo del Lazio e comunque la questione non è finita.

Nell'intervento della collega di Trieste veniva citata la Corte di Cassazione. Vorrei ricordare che in Italia la Corte di Cassazione ha una funzione importante e che il diritto non è giudiziario, ma generalmente codificato. Il precedente di una sentenza della Corte conta perché è autorevole l'organo che la pronuncia, ma non è vincolante. Non siamo in Inghilterra o negli Stati Uniti, per cui, e per questo ho trovato utile la precisazione del professor Rodriguez, la Corte di Cassazione può cambiare parere. Scenario forse poco probabile però può essere annoverato tra le questioni possibili.

Sul discorso del collega del Sant'Orsola di Bologna (non so se è una domanda o una riflessione), sul fatto di rivendicare di fronte al giudice, in particolare di fronte al giudice penale, la violazione di una legge, dico che non è l'organo più adatto per fare una rivendicazione. Un conto sono le rivendicazioni politiche delle associazioni professionali dei Collegi e della Federazione Nazionale dei Collegi, gli infermieri che si associano comunque per loro conto o anche singolarmente; altro è rivendicare un reato di fronte al giudice penale. Realmente non è la sede propriamente opportuna per fare una rivendicazione. Si manderebbe allo sbaraglio la gente dicendo di fare questo. C'è chi lo ha fatto pagandone però le conseguenze. Alcuni esponenti del partito radicale, negli anni '70 rivendicavano la legittimità loro, alcuni medici peraltro, di eseguire aborti; ma erano posizioni politiche, di qualcuno che usa la giustizia penale, opportunamente o meno, per rivendicazioni di carattere politico. Però attenzione in quel caso si trattava di un partito politico, si trattava di persone comunque protette quantomeno dall'opinione pubblica o altro. Il singolo infermiere non si trova in questa posizione. Può invocare di aver agito per motivi di particolare valore morale o sociale ma sono attenuanti previste dal codice penale e un buon avvocato le consiglia a tutti e per questo si batte. Però la rivendicazione della violazione della legge penale, io la sconsiglio perché non è proprio il caso. Poi, il fatto che in Francia sia obbligatorio agire per diagnosi infermieristica: io ho tentato di dimostrare questa mattina che questo è già operativo anche in Italia. Il profilo professionale non parla apertamente di diagnosi infermieristica, però «identifica i bisogni, formula gli obiettivi...» implica necessariamente un processo diagnostico. Però su questo punto bisogna essere chiari. Purtroppo oggi dovrei aprire una polemica verso una persona che non è presente e che è docente presso la Scuola di Discipline Infermieristiche alla Scuola di Milano. Io ho commentato in una pubblicazione il profilo professionale dicendo le cose che ho detto oggi ed ho detto che forse, il profilo professionale poteva spingersi oltre, cioè poteva parlare più chiaramente di processo diagnostico. Ossia recepire chiaramente la terminologia in voga nella comunità scientifica. In questo senso il profilo nasce vec-

chio perché non recepisce la terminologia della comunità scientifica. Si limita, ci arriva vicino, ma non la recepisce. Ebbene, una docente di una Scuola di Discipline Infermieristiche ha violentemente contestato questo fatto: perché «procedimento diagnostico» è un termine che non si addice alla professione infermieristica. Io non sono un esperto di professione infermieristica, ma mi sono confrontato con esperti di diagnosi infermieristica, che hanno giudicato validamente l'oggettività, la giustezza di questa espressione. Se chi gestisce riviste, recensisce libri, insegna nelle Scuole per Dirigenti delle Scuole Universitarie contesta che l'infermiere possa fare un procedimento diagnostico quindi contesta in radice le diagnosi infermieristiche, allora io dico che la professione si deve mettere d'accordo. A livello internazionale tutti dicono una cosa, in Italia c'è chi dice e lo scrive, c'è chi dice l'incontrario. Allora io dico che siamo lontani da una qualsiasi soluzione.

Drigo - Ringraziamo tutti quanti sono intervenuti, i relatori in particolare.

Vorrei cogliere la conclusione del dibattito per alcuni messaggi dell'Associazione anche in collegamento con quanto abbiamo discusso in questa tavola rotonda.

Innanzitutto questa sessione in particolare, ma tutto il congresso, è stato un momento in cui è emerso in maniera molto palese come sia importante arrivare ad una professionalità molto elevata in tempi rapidi. Soprattutto come sia importante assumere le nostre responsabilità, specie quelle che abbiamo sempre avuto ma delle quali siamo chiamati a dare ragione in termini espliciti ed entro tempi brevi.

L'Aniarti sicuramente si impegnerà a stimolare le istituzioni per portare avanti tutti quei momenti di riflessione e quelle normative che consentono un inserimento più adeguato degli infermieri nel contesto sanitario, soprattutto in funzione di rendere il miglior servizio possibile ai malati in condizioni critiche.

Inoltre, l'abbiamo detto già in altre occasioni, si apre con questo convegno la discussione e partono le iniziative dell'Aniarti per un processo di evoluzione del mansionario, che ormai a tutta la professione sta decisamente stretto.

Ricordo infine, che il titolo del convegno del prossimo anno sarà: «L'infermieristica in area critica: stato dell'arte dell'intensività assistenziale»: vogliamo fare il punto sulla situazione alla quale siamo arrivati con la nostra professionalità. Vorremmo riaffermare quello che siamo capaci di fare e quelle che sono, partendo da queste capacità, da questa professionalità, le prospettive della nostra evoluzione. L'appuntamento è a Bologna per il 19, 20 e 21 novembre del 1996. Per incontrarci ancora!

SESSIONE SPECIALE

- **DIPLOMA INFERMIERISTICO REGIONALE ED UNIVERSITARIO: EQUIVALENZA-EQUIPOLLENZA**
- **CORSI DI SPECIALIZZAZIONE: QUALE DIPLOMA DI ACCESSO**
- **CORSO DI LAUREA IN SCIENZE INFERMIERISTICHE: SE ATTUATO, QUALE IL DIPLOMA DI ACCESSO**

Partecipano:

ENRICO CAVANA IID, Vicepresidente Federazione Nazionale Collegi IPASVI;

GIULIANA PITACCO IID, Direttrice Scuola Vigilatrici d'Infanzia, Trieste;

MILENA USAI IID, Dirigente Infermieristico, Azienda Ospedaliera S. Carlo, Milano.

Moderatore: ANNALISA SILVESTRO IID, Vicepresidente Aniarti, Udine.

Annalisa Silvestro

Iniziamo questa sessione speciale che conclude queste giornate di lavori, anche se l'argomento si diversifica un po' da quelli che abbiamo trattati nei giorni precedenti. Si diversifica ma è strettamente legato a tutto quanto è stato detto in queste giornate. Ricordo in particolare un'affermazione fatta dal dottor Rodriguez, che nel momento in cui andiamo ad analizzare le responsabilità legali emergenti dopo un intervento infermieristico, non si esclude che una qualche responsabilità debba essere imputata anche a chi ha gestito il processo di formazione degli infermieri che poi svolgono le prestazioni nell'operativo. Credo che anche questa sottolineatura ci faccia comprendere come la formazione e operativo siano strettamente interrelati. Questa sessione speciale e la tavola rotonda sono state pensate ed organizzate per una discussione assieme a voi sulle tematiche che riguardano il cambiamento notevole che si sta verificando in ambito formativo. Come ben sapete, la formazione di base si svolgerà in tempi abbastanza rapidi nell'alveo dell'università. Quindi ci pareva importante offrire l'occasione per dibattere sul diploma infermieristico, chiamiamolo così regionale, sul diploma infermieristico universitario, per discutere sull'equivalenza e l'equipollenza dei due titoli: il titolo di infermiere professionale acquisito nelle scuole cosiddette regionali ed il titolo di infermiere acquisito all'università attraverso il diploma universitari. Di questo ci parlerà la collega Milena Usai, che è dirigente infermieristica presso l'Azienda S. Carlo di Milano, Presidente del Collegio IPASVI di Varese e nostra iscritta.

Parleremo poi dei corsi di specializzazione o formazione complementare infermieristica, tematica che ci riguarda molto da vicino. Come ben sapete, la nostra associazione da anni si batte per l'attivazione dei corsi di specializzazione o formazione complementare ed è riuscita a far riconoscere questa esigenza ed a farla ratificare in alcune norme di recente pubblicazione. E di questo ci parlerà Giuliana Pitacco, dirigente dell'assistenza infermieristica e direttore della Scuola per Vigilatrici d'Infanzia all'Istituto a carattere scientifico «Burlo Garofolo» di Trieste; Giuliana Pitacco è anche responsabile della nostra rivista «Scenario».

Ed infine parleremo di un'ipotesi, che speriamo si realizzi il più presto possibile, che è quella dell'attivazione del corso di laurea in scienze infermieristiche, per analizzare, nel caso si riuscisse ad attivare in tempi non lunghi anche questo tipo di formazione, quale dovrà essere il titolo per poter accedere a questa ulteriore formazione. Di questo ci parlerà Enrico Cavana, direttore della Scuola per Infermieri Professionali di Sampierdarena, Genova, Presidente del Collegio IPASVI di Genova e Vicepresidente della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI.

La parola a Milena Usai.

Milena Usai

Ringrazio Annalisa Silvestro ed ovviamente la segreteria scientifica dell'Aniarti per avermi invitata a portare questo contributo, che tende soprattutto a porre delle riflessioni. In prima persona mi sono trovata ad affrontare questo grosso cambiamento a livello formativo. Nella città in cui rappresento l'organo professionale è stato attivato il primo corso di diploma in scienze infermieristiche e nell'Azienda Ospedaliera in cui lavoro è stato attivato il primo anno del diploma universitario. Mi sono confrontata molto con i colleghi riguardo a tutti i problemi, i dubbi, le perplessità e le aspettative del grosso cambiamento avvenuto in seguito ad un dettato normativo. Ricordo infatti, l'istituzione del diploma universitario come grossa rivoluzione a livello culturale italiano nel mondo accademico, introdotta dalla Legge 341 e da Ruberti, soprattutto perché contiene un riconoscimento formale a livello accademico, dei contenuti che per la prima volta in università assumono un aspetto professionalizzante. Su questa scia, sempre nel 1990, erano stati attivati in 25 atenei italiani, e tra questi quello della provincia di Varese, in cui ho direttamente partecipato alla prima esperienza nel diploma universitario in scienze infermieristiche.

Successivamente questa nuova esperienza formativa ha visto la strutturazione dei contenuti, dei programmi nell'ordinamento didattico, la famosa tabella XXXIX-ter, che tutti ormai conosciamo, creando una serie di problemi che la professione si è trovata a gestire. Il primo problema è stata la coesistenza del doppio canale formativo, perché nel 1990 erano presenti due tipologie formative, le scuole infermieristiche professionali gestite a livello regionale ed i diplomi universitari appena attivati. E l'altro problema importante dall'attivazione della tabella XXXIX-ter, di tre indirizzi in aperto contrasto con la normativa CEE, su cui i colleghi coinvolti nelle sedi hanno cercato di presidiare per evitare che venisse attivato da subito un'idea di corso di specializzazione. In particolar modo la tabella XXXIX-ter prevedeva il corso in assistenza generale e l'indirizzo in ostetricia e pediatria.

Successivamente, viste anche le pressioni da parte della professione, con la 502/517, viene a chiudersi questo periodo di transizione con l'istituzione ed il riconoscimento all'articolo 6, della formazione universitaria per tutte le professioni sanitarie. Formazione che diventa obbligatoria e comunque deve essere attivata quanto prima, e soprattutto prevede l'attivazione entro tre anni dalla legge, quindi entro il '96, del requisito di accesso inteso come requisito obbligatorio, della maturità quinquennale. Questa formazione viene ad essere perfezionata da un accordo tecnico tra regioni e università, il famoso protocollo d'intesa, che molte regioni hanno perfezionato in questo periodo.

Questa nuova impostazione, questa nuova rivoluzione a livello formativo viene poi anche sancita dal profilo professionale, dove si riconosce come infermiere l'operatore sanitario in possesso del diploma universitario abilitante, iscritto all'albo professionale.

Queste tre leggi, il percorso iniziale in ambito universitario, la rivoluzione in ambito universitario e la possibilità offerta alla professione di introdursi in questo cammino e la chiarezza poi da parte del legislatore nell'intento con la 517 ed il riaffermarsi di questa tipologia di formazione con il profilo, ha delineato il nostro futuro in ambito formativo, con una serie di problematiche e perplessità che ancora ad oggi sono presenti. Ancora oggi le situazioni sono difformi su tutto il territorio nazionale, in quanto ogni regione si sta adeguando o perlomeno sta applicando la norma con una serie di problematiche che senz'altro verranno evidenziate anche dal nostro collega Cavana che, in quanto rappresentante della Federazione, è stato personalmente coinvolto.

In particolare, volevo soffermarmi su un passaggio che forse maggiormente ci stimola e che è quello maggiormente sofferto in questi tre anni e che continuamente affronto con i colleghi sui quali rifletto: come gestire la transizione del vecchio rispetto al nuovo, non solo in termini culturali, ma anche in termini formali. Ma sull'aspetto del termine culturale, è ovvio che la transizione di questa nuova esperienza comporta il sovvertimento delle logiche con le quali ad oggi, ci siamo sempre confrontati.

Il mondo universitario in questo senso ha dimostrato, per chi ha avuto esperienza con l'attivazione dei diplomi universitari, un'attenzione laddove la professione si è rivelata competente e si posta nei dovuti termini. Senz'altro abbiamo la difficoltà di entrare e ragionare con logiche nuove, date da un'esperienza differente (la logica universitaria è sicuramente molto differente rispetto a quella che ha caratterizzato la nostra formazione a livello regionale). In particolar modo, la nostra preoccupazione è stata quella di presidiare le nostre specifiche competenze, la nostra disciplina; e questo è lo scoglio più importante che ha sollevato le grosse perplessità nella gestione delle docenze. Chi insegna? che cosa insegna? chi sono gli infermieri? quali sono le materie infermieristiche che devono essere insegnate da infermieri e chi segue l'aspetto dell'esperienza clinica del tirocinio, quindi un progetto di esperienza clinica seria con tutor infermieri? Questo è stato il primo grosso scoglio che in alcune realtà è stato affrontato e superato brillantemente; in altre ahimè, anche con le prime esperienze dei 25 D.U. ha avuto una serie di problemi di non riconoscimento della nostra specifica competenza.

L'altra riflessione in termini culturali che spesso direttamente ho vissuto, ma che anche i colleghi mi riferiscono, è quella che inneschiamo una diversa tipologia di formazione e quindi inneschiamo una differenza tra due professionisti. La fantomatica schiera di infermieri di serie A ed infermieri di serie B, che da tutti o da alcuni è stata utilizzata come uno slogan per la resistenza a questo cambiamento. La mia esperienza mi dice che laddove la professione si è espressa ed è riuscita a gestire questa fase di transizione con chiarezza, questo problema non si è manifestato. Soprattutto in quanto c'è stato il mantenere in maniera molto vincolata i contenuti, la disciplina infermieristica agli infermieri. In altre esperienze ciò non è accaduto, con tutte le ripercussioni ed i problemi che possono essere nati.

Ancora una riflessione da fare è rispetto al riconoscimento formale, anche perché nel frattempo il diploma universitario è diventato recentemente abilitante, e quindi vi è la possibilità di iscrivere all'albo i colleghi con questo titolo e di conseguenza, il problema diventa operativo: io potrei trovarmi a concorrere con un collega universitario in un concorso pubblico piuttosto che a confrontarmi in un'esperienza di libera professione. E questa è anche la fase, a mio avviso più delicata, che nel profilo professionale è espressa dal legislatore, quando va a precisare come il Ministero della Sanità debba regolamentare con Decreto Ministeriale, di concerto con l'Università, il passaggio e quindi il riconoscimento dei titoli precedenti questa nuova regolamentazione legislativa, dal 1925 al 13 settembre 1994 e di renderlo equipollente al diploma universitario. Su questo termine equipollente si è molto discusso; soprattutto ci si è chiesti se siamo la stessa cosa o non siamo la stessa cosa? in termini operativi ci saranno differenze?... Questi sono i quesiti più frequenti nel nostro ambiente.

Ma l'equipollenza è stata soprattutto studiata in relazione al medesimo valore che entrambi i diplomi hanno rispetto all'esercizio professionale. È ovvio ed è fondamentale che ci sia però una convalida operativa. E su questo è fondamentale in questo momento il pronunciamento da parte del Ministero, anche perché, come dicevo, ormai il diploma universitario è diventato abilitante e quindi è stata anche risolta questa particolarità.

Quindi tutti noi, ciascuno come professionista, come si pone di fronte al collega che si è diplomato ed è stato recentemente iscritto all'albo nella stessa provincia? Su questo si sono sollevate molte perplessità, non solo per chi è in possesso del titolo di base, ma visto che l'articolato non è chiaro e parla di tutti gli attestati e tutti i diplomi presenti in campo professionale da '25 ad oggi, sarà anche significativo capire se questa equipollenza verrà riconosciuta a quei colleghi che hanno altri percorsi formativi o che hanno i corsi di specializzazione; questo è anche un altro aspetto non chiaro per come traspare dal profilo. E per questo sollecito il nostro collega Cavana a farci delle precisazioni su quelli che sono i rapporti con il Ministero in questo momento.

Quindi il punto nodale è soprattutto ricucire il nuovo con il vecchio e io vorrei concludere con questa riflessione, perché credo che sia più importante il dibattito che ci sarà tra di noi.

Spesso noi siamo reticenti ed opponiamo delle resistenze ai grossi cambiamenti. Laddove ci sono delle garanzie certificate, laddove gli organi che ci rappresentano ed i colleghi hanno seriamente presidiato il passaggio dei contenuti disciplinari, questo problema non si presenta. La tabella XXXIX-ter nella strutturazione è abbastanza conforme all'accordo di Strasburgo, anche se tutti noi sappiamo come debba essere superata per una serie di problematiche di natura tecnica, in quanto non è rispondente appieno al risultato che noi vorremmo in termini formativi. È ovvio che l'opportunità dell'istituzione del diploma universitario in termini operativi, può, se ben utilizzata dal grup-

po professionale, essere un ulteriore supporto per far riconoscere ciò che informalmente noi quotidianamente facciamo. Comunque l'università è l'ambito laddove viene effettuata la formazione che in termini sociali mi riconosce anche la competenza. Non a caso l'università nel '90, autonomamente ha deciso di introdurre la disciplina infermieristica con il diploma universitario in discipline infermieristiche. Questo è stato un atto importante, in quanto l'università stessa non concede a tutti la possibilità di accedere a livello formativo. Di conseguenza questa situazione può essere utilizzata da tutto il gruppo professionale per far riconoscere dalla collettività ciò che ad oggi siamo. Può esserci anche una ripercussione economica su questo, perché il professionista se è competente, dimostra di formarsi nella sede opportuna e quindi automaticamente può anche indirizzarsi verso questo tipo di discorso.

Personalmente, rispetto al problema di ricucire il vecchio col nuovo, penso che ci saranno anche dei conflitti all'interno del nostro gruppo professionale. Se i conflitti vengono posti in maniera costruttiva, può essere anche il momento e l'opportunità per riflettere sul percorso e sulla nostra esperienza professionale. Diversamente, potrebbe diventare rischioso e pericoloso creare il conflitto e quindi seguire anche la logica dell'infermiere di serie A e dell'infermiere di serie B. Io la pongo solo come riflessione ultima e spero nel dibattito di entrare nel merito di questi aspetti, che a mio avviso sono fondamentali, non perché io enfatizzi l'università come la sede opportuna per risolvere tutti i nostri problemi professionali, ma se ben gestita e qualcuno potrà a ragione dire anche, se ce la fanno ben gestire, può essere un ulteriore supporto vincente per far riconoscere ciò che comunque anche le nostre scuole hanno fatto in questi 70 anni di formazione.

Annalisa Silvestro

Grazie a Milena Usai, che ci ha tracciato anche la strada per il dibattito. Sono stati definiti alcuni punti interessanti su cui immagino ci saranno domande di approfondimento.

La parola a Giuliana Pitacco, per una piccola linea-guida sulla formazione complementare.

Giuliana Pitacco

Mi rendo conto della responsabilità di portare queste riflessioni sulla formazione complementare, anche perché non sono riflessioni personali ma che sono maturate all'interno dell'Aniarti in tutti questi anni.

Parlerò di formazione complementare, con questa dizione relativamente nuova perché prima si parlava di specializzazione; quindi vedremo le aree identificate rispetto agli ambiti di formazione complementare; alcuni cenni

sul cambiamento che noi riteniamo essere una potenzialità, che non deve spaventarci, anzi, se giocato bene potrebbe essere il momento per portare avanti alcune nostre istanze. Mi soffermerò poi, cercando di dare delle risposte, sui destinatari di questo tipo di formazione, sul luogo in cui potrà essere fatta e sulle modalità di fare tale formazione, che riteniamo essere un punto critico di tutto questo cambiamento e di tutte le prospettive che si aprono.

Sappiamo che si parla per la prima volta di corsi di specializzazione per l'assistenza infermieristica nella Legge n. 1098 del 1940. Dal '40 agli anni '70, sono nati in alcuni centri dei corsi di specializzazione, ma erano sparsi sul territorio nazionale a macchia di leopardo, con programmi sicuramente non uniformi anche rispetto ad ambiti non codificati da questa legge. Verso gli anni '70 i corsi sono stati soppressi quasi dappertutto o comunque sono diventate più rare le sedi in cui venivano tenuti. Questo anche perché, come sappiamo, in quegli anni si parlava di infermiere unico, di infermiere polivalente. Ricordavo che i corsi che erano partiti, avevano durata e programmi difformi; questi in particolare ricalcavano quelle che erano le aree di specializzazione medica, molto improntati sull'apprendimento e l'utilizzazione delle nuove tecnologie. In quegli anni l'avvento della tecnologia sanitaria aveva avuto un notevole incremento. I corsi erano complessivamente abbastanza distanti da quella che era la filosofia del nursing; tutto sommato di nursing negli altri paesi si parla da molto tempo mentre da noi è stata un'acquisizione abbastanza recente.

Il Decreto sui profili professionali del 1994, di cui abbiamo parlato più volte in questi giorni, va a definire quelli che sono gli ambiti di formazione complementare. Ci tengo a sottolineare che su questo cambiamento e riconoscimento della necessità di una formazione specifica, credo che l'Aniarti abbia dato un grosso contributo ed abbia giocato un ruolo importante. La proposta di un programma di corso di specializzazione in area critica è stato presentato già nell'ambito di un nostro convegno del 1987 e vorrei ricordare ai colleghi la manifestazione che abbiamo fatto a Roma nel 1992, in occasione della Giornata dell'Infermiere, quando abbiamo voluto testimoniare il nostro impegno verso una riforma complessiva della formazione, perché la formazione di base diventasse universitaria, ma anche richiamando l'attenzione sulla necessità di ulteriori ambiti di formazione successiva.

Il Decreto sui profili identifica cinque ambiti di formazione complementare: l'area critica, l'area psichiatrica, l'area di sanità pubblica, l'area pediatrica e l'area geriatrica. Sono ambiti che si ricollegano a necessità particolari, a diverse manifestazioni di bisogni assistenziali delle persone. L'area critica e l'area psichiatrica si possono ricollegare ad una particolare condizione di salute, mentre la sanità pubblica riguarda la salute della collettività; l'area pediatrica e l'area geriatrica sono quelle che si connotano per la loro specificità soprattutto in rapporto alla fascia d'età dei pazienti. Sono diverse anche per tradizione formativa; se noi pensiamo all'area geriatrica, vediamo che si tratta di un'area di formazione specialistica abbastanza nuova, probabilmente

una necessità sorta in conseguenza dei cambiamenti demografici nel nostro paese.

Per quanto riguarda l'area critica, ci sono alcune sperimentazioni, come abbiamo sentito in questi giorni. Io provengo dal Friuli Venezia-Giulia, la regione che è stata la prima ad attivare questo tipo di formazione complementare e credo sia giusto affermare che a questo risultato ha contribuito quella proposta di programma di formazione elaborato dall'Aniarti. Si tratta di esperienze nuove essendo il primo corso iniziato nel '90.

Lo stesso si verifica per l'area psichiatrica. Noi sappiamo che in passato c'era una formazione infermieristica specifica, che credo non si possa ricondurre necessariamente a quella che era la figura infermieristica classica, anche perché va ricordata quella che era la gestione della malattia psichica in Italia prima dell'avvento della Legge 180. Anche questi corsi di specializzazione sono realtà di nuova istituzione ed abbastanza diffuse in alcune regioni; tra queste anche la mia regione, anche perché la Legge 180, tutto sommato, è nata nella mia città e forse ha portato ad una maggiore sensibilità verso questo tipo di problema.

La sanità pubblica. Ci sono tuttora i corsi per Assistente Sanitario, che forse richiedono un certo cambiamento, ma comunque hanno una lunga tradizione.

Per quanto riguarda l'area pediatrica, anche questa ha una lunga tradizione, che si rifà alla stessa Legge del '40 che istituiva le specializzazioni ed istituiva anche le scuole per Vigilatrice d'Infanzia. Chiaramente anche qui sarà necessario un cambiamento in quanto quello era un diploma di base ed in questo caso si tratta di un percorso formativo successivo.

Rispetto al cambiamento non mi dilungo, anche perché in questi giorni abbiamo molto sentito parlare di diversi testi di legge che hanno influenzato, modificato quella che è l'attività infermieristica e la formazione. Vorrei dire che dal mio punto di vista, che è lo stesso condiviso dall'Aniarti, questo momento è sicuramente rischioso perché nel momento del cambiamento ci potranno essere altre professioni interessate a riprendersi in mano la nostra formazione; ma riteniamo anche che nel momento di cambiamento, utilizzando soprattutto determinate strategie e la coesione professionale, si possano introdurre rivendicare e pretendere alcuni requisiti formativi.

Il perché della necessità della formazione complementare. In questa platea sono presenti colleghi che operano in area critica, tutti siamo consapevoli che la formazione di base non è sufficiente non solo in area critica ma anche negli ambiti identificati nel profilo professionale. Non è sufficiente la sola formazione di base: una professione infermieristica di qualità richiede sicuramente una maggiore competenza e quindi un ulteriore percorso formativo. Va considerato anche il discorso dell'ampiezza dell'area: non essendo più l'infermiere di cardiocirurgia, l'infermiere di emodialisi... molto parcellizzato, ma abbracciando il concetto di area — ed anche questo portato avanti in primo luogo dall'Aniarti, è giusto riconoscerlo — e ricollegandoci anche a quanto

previsto dalle raccomandazioni della Comunità Economica Europea, si determina la necessità di una formazione molto approfondita, adattabile a molti contesti. Si è parlato molte volte in questi giorni dell'assistenza clinica e si è sottolineato spesso l'importanza della ricerca; questa mattina si è parlato anche dell'importanza della consulenza, di incominciare ad intravedere ambiti professionali ancora da esplorare soprattutto in alcune situazioni. Queste sono alcune delle motivazioni che giustificano l'importanza e la necessità di una formazione successiva. Per chi? La proposta è, e così sarà perché ribadito anche dai profili professionali, per tutti gli infermieri. Sicuramente il decreto che parla dei profili professionali sappiamo che parla di infermiere come colui che si è formato in università. Sicuramente nei corsi di formazione complementare l'accesso è previsto anche per tutti noi che questo tipo di percorso formativo non abbiamo fatto. Voglio ricordare però che con la Legge 502/517 più volte citata, tutti i corsi del personale sanitario prevedono, proprio perché devono essere attivati in università, ma anche se devono essere attivati al di fuori dell'università, prevedono il requisito del diploma di maturità.

Allora la domanda sarà: dove si svolgeranno? quali saranno le sedi di questi percorsi formativi?

Il Decreto sui profili professionali chiarisce che i programmi verranno emanati dal Ministero della Sanità, quindi questi percorsi formativi, stante anche quello che si sta verificando in alcune regioni italiane, si svolgeranno nell'alveo del Servizio Sanitario Nazionale. Anche su questo all'interno della professione è sorto un dibattito tuttora in corso, sull'opportunità o la non-opportunità di continuare percorsi formativi all'interno del Servizio Sanitario Nazionale e di non pretendere un canale formativo di base, complementare e, come auspichiamo, la laurea all'interno dell'università. Al di là di quelle che possono essere le valutazioni più o meno personali di questo vincolo della formazione complementare all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, va rilevato che mettere in discussione questo significava rimettere in discussione tutto il decreto sui profili. Come già discusso stamattina e sottolineato dal collega Benci, va ricordata l'importanza — la pietra miliare lui l'ha definita — di questo decreto rispetto alla formazione infermieristica. Inoltre non va sottovalutata, come ha ricordato Milena Usai poco fa, tutta l'esperienza formativa di 70 anni all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, che invece va valorizzata proprio perché è ormai consolidata.

C'è a questo punto un rischio: quante sedi? con quali criteri verranno scelte le sedi per far partire questi corsi? Noi pensiamo si debba parlare di accreditamento delle sedi di formazione, in primo luogo perché non riteniamo opportuno che qualsiasi ospedale improvvisi dei corsi di formazione. Quindi poche sedi; certamente in considerazione delle dimensioni delle regioni. In una regione piccola come la mia, sarebbe sufficiente una sede. Riteniamo non sia auspicabile che questi corsi vengano attivati in tutte le Aziende Sanitarie: anche perché quando si parla di accreditamento si deve far riferimento sì ai criteri di accreditamento rispetto alle potenzialità didattiche della struttu-

ra, ma soprattutto, e credo sia molto evidente a tutti noi presenti in questa sala, rispetto all'opportunità di espletare un'esperienza clinica, quello che noi chiamiamo tirocinio, che sia veramente qualificante. Il tirocinio che deve assumere una valenza formativa e che deve essere svolto in sedi e con un tutor che dia garanzie di qualità e non si traduca in un inserimento di nuova forza-lavoro all'interno delle strutture né viceversa succeda che lo studente venga accolto nella struttura senza che sia ben chiaro quali siano i motivi della sua presenza, che cosa deve fare, quello che deve imparare e come deve essere valutato.

Il discorso si ricollega alla domanda sul come fare la formazione complementare. Innanzitutto con un programma nazionale, peraltro previsto anche dal decreto sui profili. Vorrei sottolineare a questo proposito che la Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI ha costituito dei gruppi di lavoro per la proposta di elaborazione di programmi rispetto alle diverse aree di formazione complementare. Credo sia importante che l'accreditamento consideri anche quelle che sono le metodologie didattiche che verranno utilizzate, come si pensa di elaborare il curriculum formativo con le diverse sedi, perché dobbiamo considerare le diverse caratteristiche particolari che avranno questi studenti. Saranno, saremo, persone adulte, con un'esperienza professionale già maturata e quindi si dovrà adottare una metodologia didattica riferite al discente adulto, quelle che prevedono di partire dalle esperienze personali, cioè da tutto il background dei professionisti e che quindi consideri da una parte le esperienze pregresse e da una parte le aspettative del discente.

Vorrei riprendere poi un discorso molto interessante che ha fatto Patrizia Taddia il primo giorno, in cui ha parlato di processo di assistenza, *problem solving* ... Lei diceva che molto spesso, quasi dappertutto, noi in aula acquisiamo le conoscenze e le competenze e poi andiamo a sperimentarle nel reale. Lei proponeva, e tutta l'andragogia lo propone, un apprendimento inverso, cioè capire dal contesto reale dell'esperienza clinica quali sono le conoscenze, e competenze e le abilità che devono essere sviluppate attraverso il percorso formativo, in modo tale da rendere da una parte, l'apprendimento attivo, e dall'altra, da imparare ad acquisire un metodo di soluzione dei problemi; questo proprio perché nessun tipo di formazione potrà essere considerata finita, soprattutto in ambiti in cui i cambiamenti e le evoluzioni di nuove conoscenze sono molto veloci.

Per quanto riguarda la durata, è molto opportuno parlare di ore, non di mesi ed anni. Un anno può prevedere un certo numero di ore la settimana più o meno concentrate. Ci si sta orientando con proposte intorno alle 700-1200 ore, proprio per consentire l'articolarsi dei corsi in uno-due anni, anche per favorire la massima partecipazione di questo tipo di studenti, che sono studenti-lavoratori.

Ho voluto sottolineare, e spero di averlo fatto in maniera sufficiente ed adeguata, quale sia stato il contributo dell'Aniarti su questa problematica.

A questo punto abbiamo un decreto che istituisce la formazione comple-

mentare anche con definizioni che noi avevamo dato molti anni fa, che recepisce molte delle cose che l'Aniarti ha più volte sottolineato e proposto. Allora potremmo dire: siamo tutti felici e contenti! Noi crediamo che l'impegno dell'Aniarti in questo momento debba essere anzi ancora di più sviluppato, perché certamente dei passi sono stati fatti, ma non tutto è facilissimo e codificato. Abbiamo visto che alcune cose devono essere definite, ma soprattutto riteniamo sia importante considerare il riconoscimento del professionista che ha frequentato e che ha acquisito un diploma o un certificato di formazione complementare: un riconoscimento che deve essere necessariamente considerato sia a livello giuridico, sia a livello economico, anche se su questo punto alcune possibilità si possono già intravedere nella legislazione vigente appena emanata e un riconoscimento anche a livello organizzativo, perché non è vero assolutamente che siamo tutti uguali.

Ci sono venuti degli spunti molto interessanti dai colleghi che ci hanno preceduti con i loro interventi; abbiamo sentito parlare del team-leader, del primary nursing da Silvestro e da Taddia come gli infermieri che pianificano ed hanno la responsabilità dell'impostazione dell'assistenza. Devo dire la verità che quando ho sentito questi interventi ho pensato subito — e lo pongo alla riflessione dell'assemblea — che questo potrebbe essere il ruolo dell'infermiere specializzato che ha frequentato la formazione complementare.

Enrico Cavana

Un saluto a nome del Consiglio Direttivo del Collegio di Genova e del Comitato Centrale della Federazione dei Collegi IPASVI e della Presidente, che mi ha incaricato espressamente di portarvi i suoi saluti. Un ringraziamento all'Aniarti per due motivi: per aver scelto Genova, che è la mia città e per avermi invitato.

Cercherò di essere brevissimo anche se gli spunti sono molti; anch'io spero nel dibattito. Se dovessi spremervi il succo di quello che io penso in questo momento di tutta la partita che stiamo discutendo, potrà sembrarvi strano nonostante che io sia un formatore, posso dire che sono convinto che l'infermiere si giocherà tutto sul piano dell'esercizio professionale. Ovunque si formi e comunque si formi, il comunque si formi potrà sembrarvi in qualche modo esagerato. Un infermiere francese scrive: «nel suo ambito di competenza, sì, l'infermiere raccoglie informazioni; sì, interpreta e deve interpretare le informazioni; sì, l'infermiere raggruppa gli indizi, i dati e formula ipotesi diagnostiche. Allora certamente l'infermiere denomina, allora certamente dà un nome al giudizio critico che formula sulle reazioni ad un problema di salute attuale o potenziale della persona o della collettività; sì, l'infermiere stabilisce una diagnosi infermieristica, per decidere in seguito degli interventi di assistenza infermieristica che mirano a raggiungere risultati di cui è responsabile. Ma è solo questo? Ma questo è tutto! Questo è essere responsabili dell'assistenza infermieristica».

Io credo che essere responsabili dell'assistenza infermieristica sia effettivamente la questione di cui oggi stiamo trattando e, a questo riguardo devo dirvi che, se è pur vero che noi abbiamo avuto ultimamente delle importanti leggi che costituiscono un quadro normativo decisamente sviluppante la realtà rispetto all'attuale, è pur sempre vero però che queste leggi vanno agite nel concreto quotidiano, ovunque l'infermiere esprima la sua operatività. Ma che cosa significa essere responsabili dell'assistenza? Ritorniamo sul piano della formazione e vediamo che questo significa essere autoreferenti sul piano della cultura specifica: questo è il concetto di fondo. Cioè occorre che l'infermiere interiorizzi profondamente di essere portatore di una disciplina responsabile ed autonoma in quanto tale. E su questo il dibattito, cari colleghi, — purtroppo a me tocca zavorrare un po' rispetto a quanto posto in termini molto nobili dalle colleghe che mi hanno preceduto. Il dibattito è ancora aperto e ne parlo a voi non per deprimere l'uditorio, ma perché è necessario che voi sappiate che quando noi discutiamo con i nostri interlocutori siano essi amici o nemici, è estremamente importante che attraverso i nostri occhi loro vedano la presenza della folla che preme alle spalle. E allora se la folla è invece ancora indecisa se formazione universitaria o no, se esplodono le polemiche sugli infermieri di serie A e serie B, se la laurea viene considerata in qualche modo esagerata rispetto ad un esercizio professionale che ancora qualcuno di noi concepisce ancora subiecto all'esercizio medico, ebbene allora, si deve dire chiaramente che nonostante tutti gli sforzi, la strada da percorrere è ancora ardua e lunga.

Si parlava di della necessità di essere autoreferenti. Essere autoreferenti dal punto di vista disciplinare significa esattamente rendere visibile l'intelligenza delle scelte che stanno dietro alla responsabilità; perché la responsabilità, solo dalle scelte deriva. Non di responsabilità morale stiamo parlando in questo momento, né di responsabilità etica, né di responsabilità deontologica, ma di responsabilità professionale, che vuol dire scegliere fra soluzioni a rischio e mantenere la responsabilità sul risultato. Questo è quello che alcuni dei nostri interlocutori ci contestano ed è giusto che voi lo sappiate.

Allora significa essere distinti e perciò cooperanti con altri professionisti in un regime dove le vecchie gerarchie vengano sostituite dalle gerarchie delle risposte al bisogno di salute della gente. E mi rendo conto che possono sembrare slogan, ma attorno a questi slogan noi stiamo conducendo la battaglia; se sono slogan significa che l'abbiamo perduta. Significa ancora poter affermare «dal mio punto di vista», che non può che derivare intanto dal fatto di possederlo, un punto di vista, il che è essenziale, e poi dal gestirlo e metterlo di fronte alla gente che usufruisce del nostro servizio, in maniera tale che possa vederlo concretamente in termini di qualità di salute o di qualità di percezione di salute che ne deriva.

Vado rapidamente a concludere sulle questioni importanti.

Infermieri di serie A e B. Anche queste idee — vi comunico una mia interpretazione che molti di voi conoscono — non sono nate con l'istituzione dei

diplomi universitari, ma sono sempre esistite, esistono tutt'ora ed è la differenza tra infermieri che pensano e infermieri che eseguono. E su questo non c'è università che tenga, cioè, non sarà l'università che farà gli infermieri pensanti. Caso mai se dovessi individuare degli infermieri pensanti li individueri in una buona gestione della didattica e della formazione che deve sì essere fatta da infermieri, ma da infermieri abituati a loro volta a pensare. E questo, perdonatemi, credo vada detto, altrimenti ci raccontiamo qualche storiella.

Università o regione. Qui devo dirvi sinceramente che, dopo anni di limbo formativo, noi eravamo piazzati in una situazione che non era né carne né pesce, che non era né formazione tradizionale, né formazione universitaria. Abbiamo fatto questa scelta, in qualche modo l'abbiamo anche subita perché il Decreto è stato un Decreto nato dal lunedì al martedì. È nostra intenzione che la nostra formazione sia all'interno delle regole universitarie. Il che significa che — siamo perfettamente consapevoli — comporta dei rischi. Comporta dei rischi per coloro che sono abituati, e va detto con chiarezza, a gestire le loro scuole, e io sono tra questi, e sono affezionati al loro careghino. Occorre capire che noi sfondiamo in università se, seguendo le regole dell'università, possiamo diventare professori di ruolo. Voglio che sia chiara questa cosa: il potere in università non ce l'ha chi coordina i corsi. Il potere in università ce l'ha chi è titolare di una cattedra. Il che significa che gli è riconosciuto il diritto di parlare di quella cosa di cui è competente con l'autorevolezza disciplinare che è necessaria. Allora qui devo darvi una brutta notizia; in questa fase storica attraversiamo un momento in cui, dai documenti di lavoro di cui siamo in possesso, si evince una sorta di accordo strano — che noi stiamo combattendo con tutte le forze di cui disponiamo — per cui ancora una volta si ripropone per la formazione infermieristica, una sorta di mix regione-universitaria in cui addirittura si parla di docenti nominati con il permesso del direttore generale — questa è una logica d'azienda, non è una logica universitaria — e, udite udite! ancora una volta ci viene proposto come referente scientifico un direttore medico, scelto fra i dirigenti responsabili medici. Io credo che su questo la professione abbia già buttato più sangue di quanto è dovuto per tentare di dimostrare — e anche questo va però dimostrato nel concerto — quanto assurda sia una posizione di questo genere.

Quindi la posizione della Federazione in questo senso è molto chiara. Molto meno chiara è la posizione del gruppo professionale nel suo insieme. La posizione nostra è che noi non scegliamo l'università come «mura dell'università», anche se dietro questo aspetto ci sono dei particolari importanti. Il fatto che i nostri studenti frequentino le stesse aule degli altri studenti e degli altri corsi ha una sua importanza. Noi diciamo però che anche se l'università si sposta a 100 km di distanza come fa per ingegneria e come fa per le facoltà di architettura o di giurisprudenza, l'importante è che le regole siano le stesse. Nell'ambito di queste regole dobbiamo lavorare perché venga compilato un elenco nazionale delle competenze infermieristiche, che vengano ricono-

sciuti i titoli per poter partecipare ai concorsi, ma dobbiamo esserne tutti convinti. Quindi è estremamente importante che la strada in università ce la apriamo attraverso le docenze e giustifichiamo l'esigenza che gli infermieri si formino e facciano ricerca attraverso l'esercizio professionale, che se è soluzione di problemi complessi richiede ricerca, se è imitazione chiaramente è sufficiente un direttore medico e dei discenti in qualche modo obbedienti.

Allora in questo senso se è vero quanto ho detto si giustifica anche una laurea. Noi chiediamo la laurea ormai da molti anni, anche se, con vera fermezza, solo da pochi. Quello che ci viene controproposto rispetto alla nostra richiesta, che è una laurea per l'esercizio professionale tra le altre cose per i primi anni. Che poi per forza di cose i laureati finiscano per occupare posizioni di docenza, di ricerca o di responsabilità organizzativa, questo è un effetto. Quello che ci viene controproposto in realtà, è una laurea in organizzazione sanitaria comune a tutte le professioni sanitarie non mediche. E noi rispetto a questo, contenuto nell'ultima bozza della Legge di riordino ex-5081 ecc., abbiamo detto un fermo no. Non vogliamo nemmeno più emendare un documento nel tentativo di guadagnarci l'accordo di troppa gente con troppi interessi: questo è diventato ormai troppo stretto per quelle che sono le richieste della professione.

Concludo dicendo: affermare «dal mio punto di vista», significa nobilitare «il mio punto di vista». Se noi abbiamo dirigenti infermieri seduti in consesso con altri dirigenti, ma seduti in quel consesso perché laureati in sociologia, non è la stessa cosa che se sono seduti lì perché laureati in scienze infermieristiche. Essere laureati in scienze infermieristiche — ma questo deve capirlo molto bene la base — non si tratta di creare infermieri dirigenti, ma si tratta di nobilitare ciò di cui l'assistenza infermieristica si occupa; significa alla fine anche mettere in discussione se tra le spese di una USL o un'Azienda ci debba essere anche ciò che serve per fare una buona assistenza infermieristica.

Vi ringrazio.

Annalisa Silvestro

Ringrazio Enrico Cavana per questi ulteriori spunti che ci ha dato e per le informazioni dirette dalla Federazione Nazionale di Collegi IPASVI.

L'interesse che i soci dell'Aniarti hanno nei confronti di questa tematica è alto, come dimostra anche la presenza numerosa in questa sala, dopo le fatiche del congresso e questo ci fa ben sperare in una presa di posizione forte a salvaguardia di un percorso formativo di grande qualità.

Apriamo il dibattito.

DIBATTITO

D.: MARCO SPEPI (rianimazione di Firenze) - Volevo chiedere come mai il Collegio ha fatto la scelta di impostare la formazione post-base settoriale, cioè negandola a gran parte dei nostri colleghi che lavorano in aree mediche generali o chirurgiche o comunque non rientranti in queste cinque aree indicate.

D.: ? - Sono un'infermiera professionale disoccupata, mi sono diplomata quest'anno a Lucca. La mia scuola il prossimo anno verrà chiusa, una tra le tante della Toscana. Io volevo sapere come mai i corsi di specializzazione, da quello che ho capito, saranno per gli infermieri con esperienza professionale e mi chiedo, per chi non ce l'ha l'esperienza professionale, magari in area critica ...? Rendiamoci conto che c'è anche una schiera di infermieri professionali disoccupati! Io vedevo in questi corsi di specializzazione una possibilità di continuare a formarmi e di tenere viva la professione in me per 3-4 anni, essendo sicura che non troverò lavoro.

Poi: la signora Usai si chiedeva come mai non erano ancora chiare le mansioni di chi usciva con il diploma universitario. Volevo sapere se ci sono ancora dei dubbi su questo ruolo dell'infermiere che si è formato in ateneo?

E, terza cosa, quali sono le nostre possibilità di infermieri professionali diplomati nelle scuole regionali, di accedere alla laurea, visto che, perlomeno nella mia scuola eravamo quasi tutti con il diploma di scuola media superiore. Il problema più grosso penso sia non tanto per chi già lavora, perché certo, vi troverete a lavorare con queste persone, però bene o male, il lavoro lo avete. Il problema si è posto in questi tre anni, perché con il mio corso è iniziato anche il diploma universitario e si è posto nei termini di confronto. Ad esempio, nella scuola di Pisa si sono trovati gli allievi infermieri della scuola professionale con gli allievi del diploma universitario, che non facevano niente e non volevano neanche fare le cose più semplici, mentre gli altri si sono trovati a dover essere forza-lavoro, come ormai sappiamo.

D.: PITALIS (sala operatoria Firenze) - La mia osservazione è rivolta al collega Cavana. Ha fatto un'osservazione nella quale diceva che l'infermiere di serie A e di serie B probabilmente si deciderà sul chi sa e chi esegue. Io non sono d'accordo e lo trovo piuttosto riduttivo, perché penso che il problema più grosso sarà quello di vincere due resistenze fondamentali: la prima è quella di un atteggiamento di quella che possiamo chiamare la vecchia guardia, alla quale apparteniamo molti di noi che non abbiamo il diploma di laurea e che abbiamo il timore più o meno giustificato di queste nuove figure che eserciteranno a confronto con noi; l'altra resistenza fondamentale è l'at-

teggimento di chi forma questi infermieri e quindi gli mette in testa l'idea di avere più strumenti, più capacità, più qualità rispetto alle nostre. Grazie.

R.: PITACCO - Probabilmente mi sono espressa male, ma i settori delle specializzazioni non sono settori piccoli, anzi, sono settori molto ampi. Questo inoltre, è sembrato un modo per superare l'infermiere specializzato in emodialisi, specializzato in cardiocirurgia, eccetera ... Il discorso di specializzazione di area è proprio ben lontano dalla specializzazione settoriale; io mi scuso se non sono stata molto chiara su questo, ma è proprio l'esatto opposto: specializzazioni e formazione complementare rispetto ad ambiti molto ampi dove è la persona che fruisce dei nostri servizi che ha delle caratteristiche particolari, ed abbiamo visto legate all'età o a condizioni particolari di salute. Noi non volevamo la formazione parcellizzata, assolutamente. Ad esempio la geriatria, che è una ambito che fino a questo momento era stato poco considerato, sarà sicuramente un ambito legato all'età in cui il paziente ha problematiche di tipo medico, di tipo chirurgico ecc... Ma è la persona nelle sue condizioni complessive che manifesta bisogni con modalità e con intensità diverse; così come per il bambino — io sono una vigilatrice d'infanzia e questo aspetto credo di conoscerlo discretamente — in cui non è il bambino che necessita di cure intensive, ma è il bambino in quanto soggetto in evoluzione che manifesta esigenze e bisogni diversi. Quindi vogliamo superare queste specializzazioni legate alle specializzazioni di tipo medico per legarle maggiormente alle persone. Uno dei valori fondanti del nursing è quello di essere centrato sulla persona, non sulla patologia, non sull'organo. Sono state identificate queste cinque aree, tra l'altro il profilo dice che potrebbero venirne identificate altre, queste sono solo alcune indicazioni e probabilmente saranno le aree in cui si potrà partire prima, ma non sono certo le uniche. Certo è comunque che queste sono anche le raccomandazioni della Comunità Europea per quanto riguarda la formazione complementare infermieristica, — tra l'altro molto datate — e l'Italia è arrivata anche molto in ritardo.

Per quanto riguarda poi la risposta alla collega di Lucca, credo che l'obiezione sia dovuta al fatto che io ho sottolineato che la specializzazione riguarda persone che hanno già esperienza. Quando parlavo di andragogia e di metodologie didattiche centrate sull'adulto con esperienza, non intendevo dire solo l'infermiere che è già in servizio e lavora in un determinato ambito. Intendevo riferirmi a persone che hanno già un percorso formativo, che sono già abilitate all'esercizio professionale — il problema che uno non lavori è legato a problemi di mercato del lavoro e di rinnovo delle piante organiche — però la libera professione potrebbe essere esercitata e in questo caso si tratterebbe di persone che hanno comunque un'esperienza; come pure potrebbe essere una persona che ha lavorato tanti anni e che non lavora più, e vuole iscriversi ad un corso di formazione. Anche su questo — io ho partecipato al gruppo di lavoro della Federazione — si è aperto un dibattito tra le persone presenti. Forse però questa risposta può darla meglio Cavana come rappre-

sentante della Federazione, in quanto i singoli gruppi hanno lavorato per conto loro. Nel mio gruppo sulla Pediatria ad esempio, non ponevamo come requisito l'anzianità già maturata all'interno di quel servizio. Non conosco comunque quella che sarà la linea che verrà adottata dalla Federazione.

R.: USAI - Rispondo alla collega di Lucca ed all'altra collega: è più utile sviscerare nel dibattito alcune perplessità che giustamente Cavana ha dato per scontate, ma che in realtà non lo sono ancora: il mio vissuto è questo ed è emerso ancora qui. Non c'è una diversità di competenza riferita all'esercizio rispetto al collega in possesso del diploma universitario. Questo è chiaro: la normativa è la medesima e non c'è nessuna differenza. Il punto è: ora che sono abilitati all'esercizio — perché il problema era abilitare anche i colleghi del diploma universitario che, fino ad un mese fa, visto che il profilo prevede l'abilitazione e l'iscrizione all'albo, come requisito essenziale per esercitare in ambito pubblico, privato o come professionista — il quesito è: questo problema è stato risolto, ora però ci siamo tutti noi 250.000. Cioè la famosa equipollenza riferita all'esercizio, che deve essere certificata con un Decreto Ministeriale; e questa è anche la situazione da chiarire.

Molta confusione si è creata proprio perché un canale formativo diverso sembra quasi che abiliti a competenze diverse. Sono le medesime.

Purtroppo, e Lei mi ha citato un'esperienza in campo universitario, le esperienze sono diversificate ad oggi in ambito nazionale, per diversi fattori: 1°) ricordo che l'università, anche se ha il ministero che la coordina a livello nazionale, gode però dell'autonomia; ogni singolo ateneo inoltre, si pone in modo diverso rispetto al diploma universitario; 2°) soprattutto, e di questo sono convinta perché forse siamo stati più fortunati rispetto ad altri, dipende molto da come la professione, cioè i colleghi che sono coinvolti in ambito formativo del diploma universitario, sostengono questo percorso. Ma non solo i colleghi direttamente coinvolti, bensì tutta la comunità professionale: questo è indispensabile.

Mi riferisco poi all'altra collega che diceva che la vecchia guardia, cioè noi e mi ci metto anch'io, abbiamo avuto delle grosse resistenze. Sono qualcosa di nuovo, di diverso, di migliore forse. Qualcuno anche diceva, lo dicevano gli ordinari il primo giorno in cui è stato attivato il diploma a Varese: questi nostri colleghi saranno i caposala del futuro. Qualcuno diceva: faranno altro. Noi abbiamo subito fatto chiarezza. In termini di comunità professionale con una iniziativa a tutto campo, perché il problema nostro come professionisti è essere informati ed avere chiarezza. Ciò che contava era presidiare i contenuti a livello disciplinare, cioè, avere le docenze e quindi infermieri che insegnassero agli infermieri. Insegnare che cosa? Ciò che è previsto dalla norma, in questo caso la Tabella XXXIX-ter, ma soprattutto il patrimonio culturale doveva essere presidiato e passato direttamente dagli infermieri ai futuri colleghi, con delle garanzie. Prima Cavana citava il problema delle cattedre: io non sono entrata nel merito di questo: l'infermiere deve essere titolare del

corso, cioè deve rispondere e decidere autonomamente rispetto ai contenuti da trattare e rispetto alla valutazione di questi contenuti. Quindi non deve essere subordinato. È ovvio che noi oggi in università insegniamo con la modalità particolare di professori a contratto. Non siamo riconosciuti ufficialmente nel peso storico-normativo universitario, ma siamo accreditati perché abbiamo una particolare competenza che in questo momento l'università non riesce a recuperare. L'importante è, ed ecco perché il corso di laurea, far riconoscere questa competenza. Questo significa anche far riconoscere e presidiare il nostro specifico disciplinare.

Altra cosa fondamentale su cui si gioca l'aspetto formativo è il tirocinio.

La nostra esperienza, almeno la mia è stata quella di allieva-di-forza-lavoro.

Diciamo da anni di volere un tirocinio serio, un tirocinio ripensato in ottica formativa e soprattutto in cui i colleghi che seguono il tirocinio, i famosi tutor, siano colleghi competenti dal punto di vista esperienziale e magari abbiano qualche strumento di natura pedagogica.

È molto importante, e questo mi ha colpito perché anch'io l'ho vissuto direttamente — io sono impropriamente qui a parlarne perché non sono un formatore, sono legata ai servizi — ma sono convinta che la formazione sia la chiave vincente per i servizi, perché ciò che io trovo nella realtà risale all'identità che ciascuno ha e questa identità viene costruita a livello formativo.

Rispetto all'atteggiamento di chi insegna in questi diplomi universitari, è fondamentale che sia un atteggiamento non indifferente, anzi: il patrimonio delle nostre scuole deve essere trasmesso. L'università ha una serie di problemi e siamo noi che con questo patrimonio dobbiamo giocare in termini di competenza. E forse anche questa è una garanzia: non andrà più ad insegnare chi è simpatico — mi scuso con il direttore della scuola come figura rispetto al direttore sanitario — ma andrà ad insegnare il collega che avrà dimostrato nel suo curriculum di avere una competenza in termini esperienziali. Questo, a mio avviso è fondamentale; non è semplice da ottenere: ci sono stati dei diplomi universitari con grossi problemi, dove hanno insegnato professori universitari e dove magari cedevano agli infermieri la possibilità di insegnare pur mantenendo loro la titolarità. Io personalmente ho rifiutato due contratti all'università di Pavia, dove il titolare, chi decideva, era un criminologo. Quindi se c'è questa chiarezza in termini di passaggio di contenuti penso che una serie di problemi possano essere superati. Io vi dirò che nella mia realtà, il 13 ottobre, si sono diplomati 13 colleghi, che credo siano il gruppo più numeroso del nord Italia e che credo siano anche più spaventati di noi, perché al di là delle prospettive occupazionali, sono anche preoccupati di come il gruppo li accoglierà. Anche loro ci vivono come diversi pur non essendolo. Dipende molto da come è stato condotto il percorso formativo: questo sì.

R.: CAVANA - Non ho affatto detto che c'è differenza tra chi sa e chi esegue, ma tra chi pensa e chi esegue. Perché si può sapere ed eseguire. Personalmente ritengo che in questo momento le nozioni possedute dagli infermieri

siano dieci volte superiori a quelle esercitate nel concreto dell'esercizio professionale. Quindi è profonda la differenza, tant'è che ho affermato che non dipende tanto dal luogo della formazione, ma da tutta un'altra serie di cose che richiederebbero un convegno per essere affrontate. E certo che se non vogliamo essere, tanto per esprimersi terra-terra, facitori di clisteri, dobbiamo essere persone che si fanno carico del problema dell'eliminazione. E queste cose, dobbiamo essere molto chiari tra di noi, hanno fatto sorridere molti di noi per molti anni. Ora, a questo livello si gioca il futuro della professione anche in termini occupazionali — ne approfitto anche per rispondere alla collega — perché è abbastanza chiaro che se è dimostrabile che ciò che noi facciamo quotidianamente non è imitabile, il numero dei posti di lavoro aumenta, altrimenti è inevitabile che vengano affidati i nostri compiti a chi li fa con più grazia magari, e alla fine risulta premiato chi appartiene a categorie professionali inferiori. Perdonatemi, io sono abituato a pagare i miei prezzi parlando francamente.

Non direi nemmeno che si possa fare una grossa distinzione tra la vecchia e la nuova guardia, se non in termini di sapere. Questa è un po' la mia opinione; sono vent'anni che faccio il formatore, sono vent'anni che aspetto che si possa cambiare la realtà e io credo che il singolo non possa cambiare la realtà; non lo si può chiedere al singolo. Occorre mutare le regole complessive della professione, occorre mutare le regole del gioco, lavorare sull'organizzazione, magari attuare dei servizi infermieristici che siano autentici e non una mano di bianco sull'ufficio dei CSSA, come qualche volta si corre il rischio di fare.

È invece estremamente importante l'atteggiamento di chi forma i nuovi infermieri. E questo è un problema enorme, perché se il docente è pensante, tende a formare dei discenti pensanti. Questo direte, è il serpente che si morde la coda, ma occorre riflettere nell'esercizio professionale quotidiano; avere la forza di esprimere punti di vista.

Ruolo dell'infermiere con D.U. Ha già risposto la collega: non c'è dubbio che il ruolo sia identico. Caso mai il dubbio più grosso c'è sul ruolo dell'infermiere. È su questo che dobbiamo autenticamente discutere. Il dubbio ce l'hanno gli altri perché chiaramente se noi mutiamo l'esercizio professionale da esecutivo a pensante occupiamo spazi, anche spazi decisionali. Mutare ruoli vuol dire anche sedersi al tavolo dove si assumono le decisioni; mutare ruoli vuol dire sedersi a tavolino tra di noi e discutere su come assistere i nostri pazienti. E questo è stravolgente per chi è abituato a vederci in realtà correre avanti e indietro nei corridoi, ringraziandoci per la fatica, anche dal punto di vista contrattuale, perché non dimentichiamoci che noi siamo pagati oggi dal punto di vista contrattuale addirittura per il fatto di essere presenti e qualche volta per il fatto di correre dei rischi; mentre invece lo dovremmo essere per il fatto di fornire delle prestazioni di qualità, che prevedono anche delle fasi sedute in cui gli infermieri pensano. Perdonatemi ma è una mia fissazione.

La possibilità di accedere alla laurea è un problema molto serio. Devo

dirvi che non siamo ancora nella fase di trattativa avanzata su questo punto. Non è il caso che vi racconti tutta la strategia che sta sotto questo aspetto. Noi abbiamo la sensazione che all'università convenga in qualche modo riconoscere i titoli, nel senso di convalidare i titoli, perché altra cosa è l'equipollenza, che si gioca sul piano dell'esercizio professionale, altra cosa è la convalida, e cioè riconoscere il titolo come valido per l'accesso a tutte le formazioni universitarie di qualsiasi ordine e natura.

Allora io vi invito a non farvi ingannare da chi promette facili equipollenze per legge. Sono molto sospette. La professione ha subito tante equipollenze per legge che oggi paga sia in termini contrattuali che di immagine. Allora vogliamo essere sicuri prima di avanzare delle proposte che, per minimali che siano — e vi assicuro che nessuno di noi ha intenzione di fare proposte per cui uno ha bisogno di rifarsi il corso daccapo — garantiscano però che negli anni a venire, nessuno possa mai rinfacciare chi ha convalidato il suo titolo di averlo fatto approfittando di un momento storico particolare. Faremo molta attenzione a questo problema, perché è interesse della professione convalidare il maggior numero di titoli possibili, ma credo sia interesse anche dei nostri interlocutori.

Per quanto riguarda il discorso delle specializzazione e dell'anzianità, qui devo parlarvi con schiettezza. Ero proprio l'altro giorno a parlare di questo con i colleghi europei della CEE sull'argomento delle specializzazioni a Bruxelles. Quello che mi è parso di capire è che in ambito CEE ci si muove verso il riconoscimento delle competenze piuttosto che dei titoli. Il che significa che noi dovremo abituarci, anche per il clima del nostro contratto di lavoro, che se dovesse perdurare, c'è la possibilità che tra qualche anno il posto di lavoro venga dato a chi effettivamente sa svolgere le competenze, non dico indipendentemente, ma non del tutto dipendentemente solo dal titolo.

Per quanto riguarda il numero delle specializzazioni, vi ricordo che per quelle degli anni '70 funzionava il criterio che ogni primario si faceva i suoi servi. E questa non è la strada che la Federazione intende seguire. Questa è la ragione per cui noi non vogliamo nella maniera più assoluta sovrapporci alle specializzazioni mediche. Però dobbiamo capire che, se uno fa una specializzazione in area critica e poi serve che abbia particolari competenze in un settore ricompreso nell'area critica, questo, cari colleghi, senza necessità di titoli e di anni di studio, può essere fatto con aggiornamenti anche rapidissimi talora, che vanno riconosciuti come tali, e, perché no? attraverso una serie di attività di formazione permanente.

Anni di esperienza: io credo che per anni noi abbiamo dovuto combattere contro chi ci chiedeva di fare carriera, piccola piccola solo in base all'anzianità. Oggi che il clima è completamente cambiato credo che tocchi a noi invece rivendicare il diritto di chi da dieci anni esercita la professione, di poter calare sul piatto della bilancia, se ce l'ha, se ha pensato per dieci anni, i pensieri di dieci anni, che valgono di più di quelli di chi è appena uscito dalla scuola. Non mi sentirei di esprimere la stessa cosa per chi ha eseguito per dieci anni,

perché allora rischia di avere perso una serie di cose. Ma in ogni caso va riconosciuto il valore dell'esperienza, in questo senso. Del resto, nel testo che abbiamo elaborato non sta scritto che chi è appena uscito dalla scuola non possa iscriversi ai corsi di specializzazione, ma sta scritto che devono essere valutati i requisiti anche di natura esperienziale.

Per quanto riguarda il tirocinio, concordo, è fondamentale. A questo proposito mi verrebbe da citare un «grido di dolore» a chi di voi ha responsabilità, lavora in reparto in qualunque settore ed ha a che fare con gli studenti delle scuole: valutateli seriamente, perché quello che avviene molto spesso — io dirigo una scuola e non mi riesce di distinguere tra uno e l'altro perché sembrano tutti bravi — valutare seriamente uno studente vuol dire creargli un futuro migliore, non vuol dire farsi un amico immediatamente.

D.: STEFANO DESSÈ, lavoro a Pisa - Santa Chiara - Noi ci siamo trovati in una situazione un po' particolare a Pisa, in cui quest'anno, nel '95, è finito il primo corso di diploma universitario. Ora a novembre è partito un corso di perfezionamento per infermiere in area critica, con requisito richiesto: diploma universitario. A noi infermieri professionali non è stato permesso di partecipare. Abbiamo tentato e fatto un esposto al rettore e non c'è stata risposta. Il nostro professore ci ha appoggiato in prima persona. Ma non c'è stato niente da fare. Tenteremo di vedere se si può fare ancora qualche cosa, sperando per il prossimo anno. Volevo sapere: è possibile che l'università si permetta di escludere tutti quanti gli infermieri del «Santa Chiara», anche perché non ce n'è uno che lavori di quelli usciti con il diploma universitario, mentre quelli che lavorano da anni sono stati tutti esclusi. Mi potete indicare una strada per fare qualcosa di meglio che aspettare? Grazie.

D.: PIETRO CAPODIFERRO, lavoro in T.I. Cardiocirurgica al Sant'Orsola di Bologna - Volevo dire che sono pienamente d'accordo con tutto quanto ha detto Enrico Cavana. E io dico anche di più: secondo me, l'andare in università, con i conflitti di cui parlavamo, non si risolve applaudendo tutti quanti a quella neo-collega di Lucca che si lamentava del fatto che i diplomandi che facevano il corso di D.U. si mettevano il camice e non facevano niente, mentre gli altri dovevano fare il lavoro. Cioè, questa è la filosofia che la maggior parte di noi ancora ha e che quindi non permetterà mai di cambiare una mentalità. Perché è la mentalità che deve cambiare, è la filosofia che deve cambiare per poter fare in modo che i nuovi infermieri, «nuovi» tra virgolette, perché non si intende i diplomati universitari, ma si intende un infermiere che pensa, siano reale parte di noi. Allora se noi applaudiamo al fatto che un diplomato universitario possa fare, secondo noi, delle cose che noi non potremmo o non dovremmo fare, è proprio qui che sbagliamo. Io credo che effettivamente quello che dovremmo fare invece di applaudire è di metterci intorno ad un tavolo e di discutere quello che effettivamente l'infermiere deve fare, non il «nuovo» infermiere. Ha perfettamente ragione Cavana quando di-

ce che l'infermieristica si dimostra sul campo, non nell'università; non è che per il semplice fatto di entrare in università, l'infermieristica diventa con la I maiuscola. L'infermieristica diventa con la I maiuscola nel cuore di ognuno di noi. Poi c'è una sorta di contraddizione perché sono tanti anni che noi infermieri predichiamo il passaggio all'università, però quando questo arriva i nuovi diplomati universitari non fanno il lavoro che secondo noi dovrebbero fare. È un po' contraddittorio. E prima di vedere la pagliuzza che c'è nell'occhio di una persona dovremmo vedere la trave che potrebbe esserci nel nostro. Non metto in dubbio che ci possano essere stati dei travisamenti e delle prese di posizione arbitrarie da parte di qualcuno, ma il problema non si risolve assolutamente contrapponendosi a questi nuovi personaggi, ma quantomeno parlando con loro.

Per quanto riguarda la specializzazione io dico che nel profilo c'è scritto che il possesso del titolo di specializzazione in area critica è titolo preferenziale per lavorare all'interno di questa struttura. Io dico di no: io dico che deve essere obbligatorio. È chiaro che perché questo avvenga ci vuole del tempo fino a quando le cose si assestino, ma a questo si deve arrivare.

D.: ROSARIA URAS, vengo da una piccola T.I. Cardiologica dell'Ospedale di Olbia - Finalmente si sente una seconda voce sarda: effettivamente siamo troppo lontani, e purtroppo si sente ancora dire che l'anno prossimo il congresso verrà tenuto a Bologna. Spero che tra qualche anno vi avvicini e veniate a trovarci. Volevo soltanto dire che ho solo sei mesi di esperienza in questa piccolissima T.I. che è nata all'interno della degenza di Medicina con soli quattro posti letto, nove infermieri compresa me che ho il diploma di caposala ed ogni tanto la Direzione mi riconosce in quanto tale e poi quando segnalo troppe cose per iscritto mi richiama all'ordine e mi ricorda che sono solo un'infermiera professionale ed in quanto tale devo rispondere dei miei compiti e non di quelli di caposala ... comunque ... Ho preso il diploma nell'81 qui a Genova, al «S. Martino». A distanza di tanti anni ho avuto il coraggio di tirar fuori quel diploma che odorava un po' troppo di naftalina. Mi sono rimboccata le maniche e, umilmente, nei confronti dei due infermieri professionali, unici, ad avere avuto esperienza in T.I. cardiologica, li ho segnalati come guida. Ci siamo dati degli strumenti, perché qui non c'è possibilità di formazione complementare; non possiamo aspettare, non possiamo perdere tempo. Allora abbiamo cominciato col creare un gruppo di studio composto da me e da questi due infermieri che hanno avuto esperienza a Milano per diversi anni. Abbiamo cominciato, al di fuori dell'orario di servizio, soprattutto di notte, anche fino alle tre del mattino, ad abbozzare i primi protocolli ed a completare quella piccola cartella infermieristica che però era ed è uno strumento indispensabile e che continuiamo ad utilizzare. Abbiamo sentito il bisogno di protocollare tutto. Abbiamo avuto solo dei testi ed abbiamo cominciato. Sono adesso i nostri protocolli di assistenza infermieristica. Contemporaneamente abbiamo fatto un discorso ai nostri sanitari, che devo co-

munque ringraziare, perché prima di andare in visita adesso chiedono dov'è la nostra cartella riconoscendola quindi come uno strumento indispensabile. Ho chiesto a loro un aggiornamento periodico gestito da loro, dando loro solo degli argomenti e non dei tempi perché sono in numero ristrettissimo. Abbiamo chiesto di aggiornarci perché se vogliono personale che non ha una formazione specifica, né il corso di specializzazione, devono farlo loro. E quindi glielo abbiamo chiesto, visto che la nostra amministrazione non ci dà alcuna formazione. Un'amministrazione che ancora una volta mi ha detto solo verbalmente di venire a questo congresso, ma a mio rischio, senza garanzia di rimborso spese.

Volevo fare un discorso semplice e che riguarda soprattutto la situazione della Sardegna: dobbiamo lasciare il segno — un po' come il discorso della cartella infermieristica — ma il segno di una persona, di colleghi ed è per questo che ho cercato di riscoprire e rispolverare la mia matrice infermieristica.

Il discorso di: infermiere di serie A e di serie B: concordo pienamente con Cavana: dobbiamo avere il coraggio dei nostri pensieri e valorizzarli ed anche magari balbettando, avere il coraggio di chiedere gli strumenti indispensabili a dare un'assistenza valida per il paziente. Vi devo salutare: spero che qualche mio conterraneo mi porti la vostra risposta. Devo prendere il traghetto. Grazie.

D.: MASSIMO SCHIRRU - Sono di Livorno e volevo rispondere al mio collega di Pisa. Sono infermiere insegnante alla Scuola I.P. di Livorno, che forse dovrebbe diventare una sezione del corso universitario. Dico dovrebbe perché l'università di Pisa è una di quelle università, lo dico con molta calma, il cui consiglio di facoltà di Medicina e Chirurgia è sicuramente retrivo e direi anche estremamente conservatore. Quanto ha detto il collega di Pisa mi ha sollecitato e fin dall'inizio volevo dire che bisogna assolutamente accelerare il discorso della formazione complementare, perché c'è il rischio che le università partano con i corsi di perfezionamento. Bisogna assolutamente che con i colleghi dell'Aniarti, ed io mi rendo disponibile, ci si ritrovi e si organizzi qualcosa per limitare questo tentativo dell'università, perché l'università ha fatto i corsi universitari soprattutto per dare i posti di lavoro al proprio personale, non certo per la categoria; di questo bisogna essere coscienti. Quindi bisogna accelerare questo processo, altrimenti questi ci passano davanti. Noi abbiamo un'esperienza tragica all'università di Pisa. Un altro problema è quello dell'insegnamento. Volevo rivolgermi a Cavana. Se il Collegio, deve tutelare la professione forse non è il caso che si dica a livello formale ai colleghi che accettano di andare a fare la lezione al posto del medico, che questo non è un atteggiamento che favorisce la professione, ma anzi l'affossa, in modo da aiutarli a rifiutare questo tipo di proposta, come ha fatto la Usai ed altri. Che se la facciano loro! Se il titolare della cattedra è un medico, se le faccia lui le lezioni! Io mi rifiuto di andare ad insegnare per un altro che poi decide i voti, decide che cosa fare e come fare il corso. Questa è una cosa che, a mio parere va assolutamente detta.

L'altra cosa che volevo dire è questa: io ho assoluta fiducia delle colleghe che fanno parte della commissione nazionale per gli accreditamenti, per capire che cos'è il tutor, che cos'è il team-leader. Sono assolutamente fedele alla formulazione delle proposte all'interno della Federazione Nazionale, ma non sarebbe il caso di fare un convegno nazionale su questi problemi e contribuire tutti alla definizione di queste proposte.

Ai colleghi di Pisa, di Lucca e di Livorno, di quest'area universitaria, propongo di rivederci e di organizzare, in collegamento con l'Aniarti e la Federazione dei Collegi, un'iniziativa su questo problema tragico della formazione nel settore infermieristico.

R.: USAI - Il corso di perfezionamento è un'altra possibilità che l'università, in base alla propria normativa può attuare. Il corso di perfezionamento è inteso come un corso di aggiornamento, di perfezionamento delle conoscenze, un corso che non rilascia alcun titolo accademico, ma è soprattutto una tipologia di percorso atta ad informare, aggiornare il professionista che ha già una competenza. Quindi in questo ambito l'università è autonoma nell'attivare tutti i corsi di perfezionamento che ritiene opportuni. E questo anche in termini professionali, ci pone un ulteriore problema: quello di gestire il rapporto con la formazione universitaria con le stesse logiche anche per i corsi di perfezionamento, per far sì che all'università non riproponga la vecchia logica delle regioni o della singola azienda, che sceglie il settore o l'associato più rinomato, con il quale può affrontare le tematiche più particolari.

Per quanto riguarda quanto detto sul corso di perfezionamento in area critica, non mi è nuovo anche perché, in Lombardia veniamo da una recentissima esperienza attivata dalla facoltà di chirurgia di Milano — esperienza peraltro patrocinata dalla Regione Lombardia — il che crea anche un precedente nel panorama formativo — dove nell'aprile di quest'anno è stato emanato un decreto rettorile, proprio in virtù dell'autonomia che l'università può avere, di corso di perfezionamento in area critica. Quale è stato il percorso? Il percorso è stato un po' particolare, perché l'università ha ideato questo percorso formativo di aggiornamento con quattro enti. Io casualmente sono coinvolta all'interno di una delle Aziende Ospedaliere implicate. È stato molto importante il discorso di presidiare e quindi di evitare che l'università attivesse, proprio per non creare confusione con la formazione complementare, un corso di area critica.

L'università aveva deciso di tenere comunque il corso e, per la sua autonomia, non ci sono gli strumenti normativi in base ai quali poter intervenire.

I colleghi coinvolti — in questo caso erano i direttori delle scuole — e alcuni colleghi dei servizi, hanno presidiato ed hanno lavorato per far sì che questo corso venisse attivato, ma tramutato in un corso di perfezionamento per l'assistenza in area critica a pazienti in condizioni critiche nei dipartimenti d'emergenza e quindi che venisse deviata la possibilità di confonderlo con un corso di formazione complementare.

Oltre al lavoro dei colleghi è stato fondamentale il ruolo che in questo caso hanno giocato le organizzazioni professionali. Il suggerimento che ne deriva quindi è di rivolgersi, in casi analoghi agli organismi professionali. Così è stato fatto per Milano, in cui è stata interessata la Federazione dei Collegi ed anche l'Aniarti, proprio perché partire con dei precedenti sul territorio nazionale in questi frangenti è molto pericoloso: si darebbe adito alla confusione e anche, come diceva Cavana, è pericoloso perché l'università sembra interessata ad attivare corsi di formazione complementare.

Quindi è molto importante in questo momento essere solidali tra di noi e non farsi attrarre dalla possibilità degli insegnamenti o altro. Il corso di cui ho parlato è stato attivato, lo stanno frequentando una cinquantina di colleghi, ma dappertutto è stato chiarito che non si tratta del corso di formazione complementare in area critica così come previsto dal profilo. Così come è chiarito che chi insegna le materie infermieristiche in questo corso di perfezionamento, è infermiere e quindi è stata percorsa la logica del presidiare i contenuti infermieristici.

R.: CAVANA - Indubbiamente il titolo richiesto per accedere all'università è il titolo di maturità e l'università può tranquillamente escludere gli infermieri professionali in questa fase e poi decidere di convalidare autonomamente solo quelli che hanno il D.U. La strada è quella della convalida del titolo, che è una strada ufficiale da percorrere e che richiederà anche di esercitare le dovute pressioni politiche perché il nodo fondamentale è che le amministrazioni riconoscano il diritto dei dipendenti di partecipare; questo è l'elemento su cui noi prevalentemente dovremo puntare in un prossimo futuro. In questo momento siamo per la verità impegnati in altre questioni ancora più fondamentali, anche se può sembrare strano.

Sull'accento del collega alla necessità di trasformare in requisito e non solo in preferenziale, il titolo di specializzazione in assistenza in area critica, per l'esercizio professionale in quest'area, la Federazione nelle sue trattative ha fatto quanto era nelle sue possibilità. Ma il mercato del lavoro in questa fase è talmente fluido che i nostri interlocutori, e non tanto il Ministero della Sanità, ma le Regioni hanno preferito fare questa scelta perché temono fortemente la rigidità dei titoli: cioè temono che se il titolo — non tanto del titolo di specializzazione in area critica si trattava ma quanto per esempio delle specializzazioni di natura pediatrica — se il titolo pediatrico diventa requisito obbligatorio, sul mercato del lavoro poi le figure sono meno occupabili e meno elastiche. E qui abbiamo trovato veramente un'opposizione dura. Del resto, ci è anche stato ricordato e l'ho ricordato io precedentemente, nell'ambito della CEE ci si muove verso questa direzione del riconoscimento delle competenze piuttosto che del riconoscimento dei titoli; anche se di competenze appoggiate da titoli, ma non in modo così rigoroso.

In questa fase, un'altra cosa importante è stata accennata da Usai, occorre prendere atto che, mentre in un primo tempo l'università diceva di non

poter fare le nostre specializzazioni perché in università le specializzazioni sono solo post-laurea, sembra che in questa fase invece si siano aperte molte disponibilità. Le stiamo valutando perché non c'è dubbio che ogni scelta comporta dei pro e dei contro: per esempio, fare specializzazioni in università comporta dei crediti, cioè il riconoscimento di alcune parti di percorso formativo. Ma la nostra scelta in questo momento, è quella di seguire il Decreto sui profili e quindi di preferire la sede regionale; ci stiamo discutendo molto vivacemente.

D.: DE PIERI - Due cose: rispetto ai corsi che sono già stati fatti o che stanno per partire di area critica o di altro, non essendo ancora approvato un programma nazionale, che tipo di problemi pensate possano esservi per un riconoscimento del titolo che verrà assegnato alla fine del corso. Come si colloca questo problema, perché questa è una domanda che molti pongono, praticamente tutti quelli che intendono iscriversi al corso.

Poi, sulla questione dei programmi. Ho sentito che ci sono delle commissioni a livello di Collegi che stanno lavorando sui vari programmi di formazione complementare. Io raccoglierei da questo punto di vista, quanto detto da Pitacco, rispetto alla necessità di pensare questi programmi in una logica di formazione per adulti. Questo, secondo me, significa che non ha senso creare dei programmi troppo vincolanti, troppo pieni o troppo rigidi. Devono essere dei programmi che si riducono ad essere semplicemente delle tracce su cui poi ciascuna realtà deve lavorare. Semmai il lavoro comune da fare è quello di trovare dei momenti di confronto di formatori e tra varie sedi formative, per acquisire un metodo comune; perché se vogliamo fare una didattica attiva, il programma tipo lista della spesa, diventa una gabbia che non va bene. Cioè, è mettere una logica di un tipo in una logica che, da un punto di vista didattico è diversa. Non so che tipo di scelte verranno fatte, ma su questo direi che vale la pena di riflettere.

D.: BIGLIERI, da Genova - Ho sentito parlare la collega Usai del fatto che l'università riconosce la competenza, da Cavana sull'importanza della valutazione degli studenti ed in generale ho sentito parlare di valutazione dei requisiti. Io volevo portare una piccola esperienza. A Genova il corso DAI è stato istituito da alcuni anni e rimane sotto la cattedra di igiene e pediatria. Quest'anno mi sono presentata al concorso; la prova scritta consisteva in una decina di domande di cui l'80% circa era in tema di igiene e pediatria e c'erano tre domande relative in modo specifico alla formazione infermieristica. La formazione universitaria è estremamente importante, ci credo, ci ho provato...il risultato è che per arrivare al compromesso dell'attivazione del corso, è stato perso un po' il controllo della valutazione degli afferenti a questo corso. Mi domando come si possano valutare i requisiti delle persone che richiedono di fare questo percorso formativo. Ed un caldissimo invito al Collegio di Genova per riprendere in mano il controllo di questa situazione, perché

non è possibile che una commissione valutatrice sia composta da un igienista ed un pediatra, che valutano se io sono in grado di fare l'insegnante alla scuola infermieri o andare a dirigere il personale ad un ufficio infermieristico. Questa è stata un'esperienza traumatizzante, che inciderà sul mio futuro professionale e che sicuramente non mi ha dato una impressione positiva. Grazie.

D.: SEBASTIANI, T.I. Cardiocirurgica del «Sant'Orsola» di Bologna - Quest'anno ho avuto la fortuna di assistere ad un intervento di un docente di nursing presso un'università americana, che davanti ad una piccola platea si meravigliava che in Italia, un corso universitario, anziché dare un titolo accademico, desse un titolo funzionale. Ed elegantemente ironizzava sul fatto che l'università riconoscesse la dirigenza a qualcuno e non fosse un'azienda a riconoscere la dirigenza o la docenza in qualcuno. Da questo mi allargo a pensare qualcos'altro. Noi abbiamo come formazione una mentalità: io studio un anno, conseguo l'AFD (abilitazione alle funzioni direttive), cambio lavoro, divento caposala, cambio livello economico. Studio due anni, divento dirigente, faccio un concorso, divento CSSA (capo dei servizi sanitari ausiliari) ed acquisisco l'ottavo livello. Ecco perché qualcuno dice: come, divento specializzato e resto al sesto livello? Perché?.. Anch'io ho un sogno — come Martin Luther King — vorrei che ogni infermiere all'interno del proprio reparto non avesse un diploma di base basso, quindi avesse un diploma universitario, quindi possibilmente la laurea. Ma per fare cosa? per dirigere? per insegnare? No, per lavorare! Per lavorare meglio, perché il cittadino ha sempre diritto al massimo della prestazione. Quindi per me è nostro dovere cercare di portare al massimo la nostra preparazione per dare il massimo della nostra prestazione.

A questo punto mi sorge una domanda: perché nella nostra mentalità è così forte l'idea che se io studio, automaticamente devo cambiare lavoro. Badate bene che io non intendo dire che voglio avere la laurea e restare al sesto livello. Sono convinto che se ho la laurea devo essere pagato come un laureato. Non solo, ma voglio essere trattato alla pari degli altri laureati e parlare alla pari, compresi i medici. Ma voglio fare l'infermiere clinico.

Un'altra cosa: le persone che hanno adesso un titolo come l'AFD, come il diploma di specialità, come l'ASV, come tutti i vari dirigenti, come si inseriscono ad esempio rispetto al D.U.? come si inseriscono rispetto al diploma di laurea? Questa è una curiosità che ogni tanto viene toccata ma non ci sono risposte chiare e definitive. Si parla di equipollenza ma equipollenza di che cosa? Grazie.

R.: PITACCO - Rispetto a quanto diceva il collega De Pieri, probabilmente mi sono espressa male. Il programma che noi dovremo proporre o formulare, non è un programma assolutamente fatto della lista della spesa. Concordo con quanto ha detto il collega: deve essere un programma di massima, che poi viene gestito all'interno delle sedi di formazione, che verranno accreditate

anche sulla base della qualità del curriculum di una formazione che sarà necessariamente di massima. Quindi, paletti per quanto riguarda gli obiettivi, per quanto riguarda la durata, alcuni requisiti delle sedi di tirocinio... Però sicuramente se si parla di andragogia — anche ricollegandomi alla collega disoccupata di Lucca: perché noi, anche se non abbiamo mai lavorato non potremmo accedere? — il collega Cavana diceva: la proposta è quella di considerare l'anzianità di servizio come uno dei fattori che contribuiscono alla formulazione della graduatoria, non l'unico. E allora quando io parlavo del programma di massima è una formazione fatta sulla base dell'esperienza, è evidente che il collega che non ha mai lavorato in quell'area dovrà fare un altro tipo di percorso, più approfondito di quello che ha maggiore esperienza, ma questo non vuol dire né che gli si precluda la possibilità, né che il programma sarà rigido, formulato con medicina 25 ore, nursing chirurgico 35..., perché abbiamo tutti ben chiaro per chi si occupa di formazione, che da una parte ci sono dei vincoli di legge e dall'altra c'è la necessità di modificare la formazione; per cui tutti quei direttori didattici che hanno modificato i programmi se ne sono assunti la responsabilità. Sta di fatto che la legge dice: 25 ore di questa materia, 35 dell'altra... ed è molto rigida. Anche quando parlavo della potenzialità che si può vedere in questo cambiamento, è proprio questa. Non ci sono strutture ed esperienze tanto consolidate e quindi in questo momento è il tempo di proporre delle cose, ben tenendo presente che non potremo cambiare ogni 5 anni, ogni 10 anni. Devono essere necessariamente elastiche, perché devono dare un quadro e dire chi è l'infermiere specializzato, quali sono le sue competenze, quali le sue responsabilità e di conseguenza, curricula da accreditare, perché altrimenti ci troveremmo di fronte, come già ci siamo trovati di fronte nel passato, a percorsi formativi che, sulla carta, avevano una certa qualità e che poi non erano corrispondenti a quello che erano nella realtà.

R.: CAVANA - Inverto l'ordine delle risposte perché l'una è collegata all'altra. Caro amico Sebastiani, abbiamo lo stesso sogno: con la differenza che tu lo puoi dire e io no. Nel senso che ci sono cose che si fanno e si dicono e cose che non si fanno e non si dicono. Quando noi diciamo che vogliamo una laurea — io prima ho incautamente detto che vogliamo la laurea per l'esercizio professionale — due anni fa sarei stato considerato un folle e un mentecatto; adesso questa affermazione è tollerata, ma comunque considerata pericolosa, perché è abbastanza evidente che è a questo livello che tu cambi autenticamente il modo di intendere lo stesso progetto-salute in Italia. E allora con una laurea non solo gli infermieri esercitano la professione ma incominciano a discutere con tutti gli interlocutori — ma questo possiamo dirlo perché siamo quattro gatti qua dentro, non diciamolo a nessuno, mi raccomando — perché allora metti autenticamente in crisi le gerarchie e cominci a discutere se veramente salute sia solo diagnosi e terapia. È tutta lì che si gioca l'autorevolezza della professione, perché la dominanza medica

sul ruolo infermieristico — e in questo senso rispondo anche alla collega di Genova — che si esercita da secoli, si esercita soprattutto oggi in senso finanziario, nel momento in cui ogni scelta di tipo finanziario va lungo l'asse diagnostico e terapeutico: la TAC, la tecnologia e quant'altro. Provate a chiedere di interloquire su questi argomenti e vedrete che cosa succede. Io mi auguro di essere ancora vivo quando vedremo una soluzione come quella che tu prospettavi, che assomiglia molto a quella che sogniamo noi. Noi ci aspettiamo che con il D.U., con il D.L. si possano fare i ricercatori, che si possano fare un domani, magari tra molti anni, delle specializzazioni post-lauream come per ogni altra professione. Ma la realtà è che ci viene offerta una laurea in scienze dell'organizzazione o scienze sanitarie, comune a tutti. Ora, questa è una cosa che non piace ed io vi prego veramente di attivarvi e di fare sentire la vostra voce, perché, e scusatemi la depressione finale, è sempre più facile sentire infermieri che si lamentano di dover studiare 5 anni per fare l'infermiere; e questo zavorra molto.

Per la collega di Genova: mi sento direttamente tirato in causa perché all'interno di quella commissione, il Collegio di Genova è in qualche modo, sia pure indirettamente presente. Mi sarebbe facile qui dire che ci sarà il mio impegno personale perché le cose cambino, ma le cose cambieranno nel momento in cui noi saremo in grado nell'università e fuori, di decidere noi chi è e che cosa fa un infermiere. Quell'esempio che hai portato è un esempio limpidissimo di una situazione che noi in questo momento dobbiamo tollerare come tolleriamo tante altre: il paternalismo che ogni classe dirigente esercita sulla professione infermieristica decidendo loro chi siamo, quanti dobbiamo essere, che cosa dobbiamo fare, che titoli di studio dobbiamo acquisire. Però in questo senso, io credo che un sollevarsi delle coscienze comune possa servire a qualcosa, perché altrimenti ha ragione Annalisa quando dice che non possiamo essere noi gli unici autolesionisti. In questo senso, anche i miei riferimenti alla coscienza individuale ed al lavorare meglio in reparto, vorrei chiarire che non sono riferimenti alle singole persone. Perché oggi proporsi di cambiare a cominciare da sé significa diventare devianti ed essere distrutti dall'organizzazione in cui lavori.

R.: USAI - Una riflessione: la collega americana ha messo il dito sulla piaga. Per me è un discorso nuovo, perché comunque il formarsi prevede che io possieda dei contenuti pre-professionalizzanti, che poi diventano professionalizzanti. È una logica diversa dalla nostra. Noi siamo sempre stati formati(?), anche se lo possiamo intendere con il punto interrogativo, anche perché i colleghi della formazione hanno fatto una grossa fatica, ma ad esempio, quando io ho fatto il corso, nella mia regione questo era inteso come un corso di addestramento artigianale. Cioè, io ti do un contenuto per riciclarlo subito nell'organizzazione. Il discorso della collega che dice che i nostri colleghi hanno elaborato una storia anche diversa dalla nostra, è questo: ti do i contenuti disciplinari, ciò che ti caratterizza e distingue dagli altri, quello che il profilo

in parte dice: tu sei quello che identifica i bisogni di assistenza. Poi dico, nella realtà potrai fare questo, potrai essere infermiere e potrai anche decidere di andare a fare il dirigente. Anche su questo dobbiamo essere chiari però: non è che la laurea, a mio avviso, c'è per fare tutti i dirigenti, perché non tutti potranno farlo. Ne servono in Italia 1.850, da alcuni studi fatti dalle scuole universitarie, ma ci sarà anche l'infermiere laureato che deciderà di esercitare, perché ciò che conta a mio avviso è far riconoscere il contenuto della disciplina. Questo è vincente nell'esercizio e lo dice anche la 517: decide chi ha la disciplina, la laurea nella disciplina, cioè colui al quale viene riconosciuta la competenza. Quindi il discorso della laurea è fondamentale per farci riconoscere come professione, non per poter fare il caposala, il dirigente, il docente. Quelle sono competenze accessorie, è un ulteriore percorso sul quale io mi dovrò attrezzare: poi la norma mi dirà se mi basta il corso di laurea o meno. A mio avviso questo è indispensabile ed è indispensabile perché è ora che finisca la prassi che altri professionisti concedono delle cose perché informalmente abbiamo lavorato bene, ma che formalmente, perché non abbiamo la laurea, chiunque potrebbe toglierci.

Ancora di più l'esempio della collega di Genova è tipico: l'università riconosce la competenza e comunque sia — la laurea ancora non ce l'abbiamo — non è ancora ufficializzata in maniera piena la nostra competenza. Questo, insieme alla revisione del mansionario, è l'obiettivo prioritario: senza la laurea rischiamo di perdere molto.

Rispetto poi al collega che chiedeva che fine fa con l'equipollenza il caposala, il dirigente o gli altri. Innanzitutto parliamo di equipollenza usando un termine ambiguo, e l'abbiamo visto, perché comunque per la norma, equivalenti non lo siamo: uno si è formato in università e uno si è formato nel Servizio Sanitario Nazionale. In termini normativi il legislatore non ci potrà mai dire che siamo la stessa cosa. Ci offre un'opportunità importante, che deve essere ben giocata. Casualmente nel profilo non si parla né del coordinatore, né del dirigente. Qualcuno ci ha malignato dicendo: ecco la testimonianza del fatto che si vuole togliere la testa ad un gruppo professionale. Qualcun altro ha detto: no, forse è opportuno che sia così perché per una competenza ulteriore, che agisce indirettamente sull'assistenza, forse ci serve qualcosa d'altro e dobbiamo attrezzarci meglio. Può essere anche quella una strada per la laurea.

D.: BIASI da Verona - Volevo chiedere a Milena Usai in che modo vengono stabiliti attualmente i criteri dei curricula dei tutor. Chiedo questo perché abbiamo visto a Verona, dove c'è il diploma universitario, che c'è una persona che ha lavorato pochissimo. Allora non sono qui a dire che per fare il tutor bisogna aver lavorato; però se è vero, come è vero secondo me, che un infermiere che esce adesso dal D.U. come adesso anche dalle scuole in corso, deve fare non solo il suo lavoro con competenza, abilità ecc..., ma deve anche cambiare una certa cultura infermieristica che impedisce il cambiamento, questo nuovo infermiere deve essere aiutato non solo nell'apprendere e nel formarsi,

ma anche nell'acquisire la capacità di rendersi conto delle risorse che ha nell'ambiente in cui andrà a lavorare. Cioè, vale a dire, colleghi che non sono particolarmente sensibili ad un certo modo di lavorare per protocolli, cartella infermieristica ... e fare qualcosa anche lui per cambiare la situazione. Se chi segue la formazione non conosce perfettamente queste problematiche, secondo me, alla fine favorisce la formazione di un infermiere che molto più facilmente si adatta alla realtà che trova nel reparto e che si adagia. Questa prerogativa di conoscere bene la realtà lavorativa è molto importante. Vorrei informazioni sui curricula. Grazie.

D.: TORRE del Policlinico Umberto I di Roma - Attualmente sono uno dei tutor per il tirocinio clinico per quanto riguarda l'area critica del 3° anno del diploma universitario. Sono molto d'accordo con le affermazioni di Usai e Cavana, che esprimevano alcuni concetti importanti. Inizialmente si parlava di presidiamiento della professione all'interno di questi corsi, ed è questo che deve essere fatto sempre e comunque perché dal momento che non ci è riconosciuta ancora la specificità disciplinare in ambito universitario, comunque siamo indispensabili per il prosieguo di questi corsi universitari. Il presidiamiento su tutti i fronti interni all'università deve essere fatto dalla professione.

Volevo dipanare alcune paure riguardo ai corsi di perfezionamento, nei quali pure deve esistere una forte presenza e pressioni degli organismi professionali ed una presenza degli infermieri all'interno dei corsi. L'ordinamento didattico universitario prevede i livelli citati prima da Cavana: il D.U. la laurea, la specializzazione, che è sempre un livello *post-lauream*. Solo la specializzazione è in grado di dare dei titoli abilitanti: i corsi di perfezionamento no. Sono dei corsi di aggiornamento. E quindi la scelta di fare i corsi di specializzazione in ambito del Servizio Sanitario Nazionale è una scelta giusta in questo momento e l'unica possibile in questa fase. Qua è il punto dolente, che è stato più volte ripreso, che dobbiamo arrivare alla laurea, che deve essere disciplinare, per il conseguimento di una abilitazione clinica dell'esercizio professionale e quindi non di docenza e dirigenza. La mia esperienza personale permette di dire proprio questo: attualmente io e i colleghi che si occupano del D.U. all'interno dell'università di Roma abbiamo la sensazione di essere indispensabili alla facoltà per il prosieguo di questi corsi; però nulla toglie che domani, se mutano le condizioni, noi possiamo essere comunque estromessi dal percorso formativo infermieristico. La laurea è un punto fondamentale per arrivare a quella che è la titolarità della docenza infermieristica e l'apertura di cattedre dove possano concorrere persone che abbiano competenza infermieristica specifica per quella cattedra. Senza di questo noi rimarremo per altri anni in un limbo dove saremo estremamente ricattabili e dove non potremo avere il giusto riconoscimento per la nostra evoluzione professionale.

D.: MIRIAM PITTARELLO di Padova - Non ho capito se allo stato attuale delle

cose un infermiere professionale con il titolo di maturità può accedere all'università, cioè al diploma universitario al 3° anno. Io ho chiesto a varie università se era possibile e non mi hanno saputo dare una risposta. E poi: se non è possibile, che possibilità ha l'infermiere in possesso del diploma di maturità: solo di fare dei corsi di perfezionamento? Grazie.

R.: PITACCO - La domanda della collega di Verona verteva sul tipo di curriculum formativo e le competenze rispetto al tutor. Più precisamente, come sono stati identificati i tutor all'interno dell'università, anche perché sappiamo che ogni facoltà ha molta autonomia nelle proprie scelte e nell'organizzazione della didattica in generale. Io volevo semplicemente portare un contributo di quello che dice la letteratura pedagogica, di quello che dicono coloro che hanno già studiato il problema. Sono individuate varie specie di tutor.

Il tutor facilitatore: viene definito appunto come il facilitatore dell'apprendimento, non necessariamente quello che conosce alla perfezione i contenuti di quello specifico problema che viene trattato in un determinato momento formativo, ma è l'esperto delle dinamiche che si mettono in atto per l'apprendimento. E questo è un tutor che potrebbe essere tale anche per una disciplina completamente diversa.

C'è il tutor esperto, che è quello che ha i contenuti disciplinari e i contenuti rispetto all'esperienza, allo studio, all'approfondimento, alla ricerca rispetto ad un determinato problema.

Ed infine c'è il tutor consigliere, che nel nostro ambito potrebbe identificarsi nell'infermiere insegnante coordinatore del corso; cioè quello che indirizza e supporta lo studente, media e negozia le attività formative del gruppo degli studenti in particolare; perché è importante far riferimento anche alle aspettative degli studenti. Questo è quanto dice la letteratura in generale non solo tarata sulle esigenze della formazione infermieristica. A me è capitato di sentire tante volte quello che noi intendiamo quando parliamo di tutor. Noi sappiamo molto bene che, per quella che è la normativa fino a questo momento, noi, docenti non lo siamo e difficilmente lo possiamo essere se non abbiamo la laurea. Però questo è un punto molto cruciale, perché se da una parte i docenti universitari vorranno occuparsi della docenza anche del nostro specifico infermieristico, sarà molto difficile che vogliano occuparsi del tirocinio. Secondo me questa è una strategia ed una potenzialità che va perseguita ed implementata. Anche perché il tutor di tirocinio è un insegnante a tutti gli effetti. Noi abbiamo questa vecchia mentalità di addestramento artigianale, come diceva Usai, che ci fa separare da una parte la conoscenza e dall'altra la pratica, l'apprendistato. Non è così. In una logica in cui si apprende di fronte al problema reale, identifico qual è il problema e mi rendo conto di qual è il gap rispetto alle cose che so fare e quelle che mi viene richiesto per la risoluzione del problema: quel tutor ha tutto un altro significato. Diventa un punto nodale del processo formativo e nel processo di apprendimento degli studenti. Anche perché molto spesso nelle nostre scuole,

si sceglie la guida del tirocinio con dei criteri che prendono in considerazione l'esperienza ma anche la disponibilità e la buona volontà, questo va detto; però insegnare in reparto e far rilevare il problema allo studente, farlo riflettere su quali sono le strategie che metterebbe in atto rispetto alla risoluzione di quel problema è una forma di insegnamento che richiede la padronanza di metodologie che non si possono improvvisare né rubare con gli occhi. Si tratta di fare un percorso insieme, di attuare un processo di apprendimento ed anche di instaurare una relazione molto profonda.

R.: USAI - Come diceva Giuliana, è proprio questa la chiave più particolare sulla quale c'è un dibattito molto significativo in tutte le regioni ed i poli universitari. L'esperienza di Varese come D.U. puro, quindi prima dell'attivazione della 517, aveva soprattutto identificato la logica del tutor come facilitatore dell'apprendimento e quindi un collega in possesso di una competenza pedagogica certificata. Quindi in una prima fase iniziale abbiamo sfruttato la normativa universitaria affiancando al tutor — che era un collega con nel curriculum un'esperienza documentata in termini pedagogici e il titolo accademico che riconosceva questa competenza e quindi un titolo prodotto dalle nostre scuole universitarie — sfruttando la normativa universitaria che l'istituisce, la figura dell'esercitatore, cioè di colui che si occupava dell'applicazione in termini assistenziali dell'aspetto tecnico. Questo in una prima fase, perché la nostra scelta era stata quella di presidiare sempre — insisto nell'usare questo termine, perché è stato proprio così — i contenuti specifici della professione anche nell'esperienza dell'insegnamento clinico. Ora invece, l'orientamento che c'è in regione Lombardia rispetto al protocollo d'intesa, dopo una grossa discussione in cui inizialmente si stava diversificando la forma del tutorato e si proponeva una figura pedagogica, con la competenza per le attività di studio guidato, per i seminari, per facilitare l'apprendimento, ed un tutor clinico, quindi un collega con esperienza assistenziale — anche ai fini del riutilizzo dei colleghi che lavorano nelle scuole, il che consente recuperare competenze acquisite —. Questo adesso è in fase di elaborazione. I criteri che sono stati utilizzati per la scelta, sono stati il possesso del titolo di AFD con esperienza in termini pedagogici, per la figura del tutor. È stata poi creata la figura dell'assistente di tirocinio, dove si valorizza molto l'esperienza in termini assistenziali. Questo progetto però è ancora in fase di discussione perché sulla figura del tutor e sulle modalità di attuazione del tirocinio è tutto ancora da discutere e da costruire insieme, perché comunque è l'aspetto nodale. Senz'altro bisogna dirci con chiarezza che è importante che il tutor abbia una competenza pedagogica, ma bisogna anche essere onesti nel dire: se io per tot anni ho avuto un'esperienza all'interno dell'ambito formativo, non posso certo pretendere anche se ho gli strumenti, che in termini assistenziali possa andare, ad esempio in area critica e propormi in termini assistenziali rispetto ad una competenza che comunque non ho.

Senza altro sarà importante su questo un confronto a livello nazionale, e qui lancio la palla a Cavana ed anche all'Aniarti rispetto ai corsi di specializzazione perché chiarito l'aspetto della docenza forse questo sarà l'aspetto più importante o più problematico ed anche più strategico da definire.

R.: CAVANA - Non ne parlerò adesso di questo perché si tratta di una questione tutta in ballo, ma ho ascoltato con molto interesse e credo che sia importante aprire una riflessione. Invece approfitto di quest'ultimo intervento per cercare di chiarire il problema della convalida dei titoli, perché non è di facile comprensione. L'università ha all'interno delle sue norme di tipo giuridico, che consentono il riconoscimento esclusivamente delle forme di studio eseguite all'interno dell'università. A stretto rigore quindi, ogni corso eseguito al di fuori dell'università, non è riconoscibile per nulla all'interno della formazione universitaria. Quello che è avvenuto in realtà è che un paio di università romane, considerando il titolo conseguito nelle scuole statali per infermieri, al pari di un titolo conseguito all'estero — l'unica forma per riconoscere altri titoli sono i titoli esteri — usufruendo di questa assimilabilità fra due norme, hanno concesso a persone già diplomate, che si sono iscritte al primo anno, l'abbreviamento di percorso e le hanno iscritte al terzo anno, pretendendo in un caso l'espletamento del terzo anno di corso e nell'altro caso il semplice espletamento di una tesi finale. La Federazione ha molto riflettuto su questo e nel primo caso, mi pare abbastanza evidente che noi non siamo d'accordo in linea di principio che chi è già infermiere debba rifare un intero terzo anno per vedersi convalidare il titolo. Abbiamo però lasciato che la cosa andasse — se ci fossimo opposti ci avrebbero potuto rispondere che non erano affari nostri, sempre in base all'autonomia delle università — perché sia aperto un importante precedente. Oggi infatti, noi possiamo a forza riaffermare che alcune università hanno riconosciuto titoli conseguiti al proprio esterno. Ora noi stiamo ancora studiando il problema. Un'ipotesi che io qualche volta mi sono permesso di esprimere in pubblico, ma che è un'ipotesi del tutto personale, è quella che si vada a vedere non tanto se mi manca oppure ho fatto delle cose nel corso del mio precedente curriculum di studi; ma che magari per tranches di annualità di diploma si vada a studiare un percorso idoneo convalidante il titolo. In questo modo si potrebbe ottenere un risultato di far frequentare alle persone qualcosa che sia anche produttivo in termini di formazione personale oltre che rispondente esclusivamente alla logica universitaria. Ma questa è solo una mia personalissima opinione. Qualche volta ho provato a parlarne a qualche universitario e mi hanno risposto che si può fare ma si dovrà vedere al momento opportuno. Per il momento è un capitolo tutto aperto.

Spero di essere stato chiaro. Non confondiamo mai convalida con equipollenza. Chi scrive sui documenti «equipollenza a tutti gli effetti» non parla correttamente.

Annalisa Silvestro

Ringrazio tantissimo i nostri relatori, che hanno dimostrato una competenza molto elevata.

Ringrazio tutti voi e vi ricordo il prossimo congresso a Bologna dal 19 al 21 novembre 1996, dal titolo «Infermieristica in area critica: stato dell'arte e dell'intensività assistenziale». Grazie e arrivederci.

INDICE

ELIO DRIGO <i>Introduzione</i>	Pag. 5
ANNALISA SILVESTRO <i>Aziendalizzazione e Area Critica (1^a parte)</i>	» 7
ELIO DRIGO <i>Aziendalizzazione e Area Critica (2^a parte)</i>	» 15
PATRIZIA TADDIA <i>Il processo assistenziale infermieristico con pazienti e loro persone di riferimento. Tipologie metodologiche</i>	» 23
CRISTINA MORINI <i>Indagine conoscitiva sulle problematiche infermieristiche del cardiotrapiantato e del partner</i>	» 33
<i>DIBATTITO</i>	» 79
F. BACCARIN, L. DONÀ, S. GUARDA, C. RIZZI <i>La flessibilità organizzativa di una terapia intensiva: obiettivo o frustrazione per l'infermiere?</i>	» 85
LUCA PERESSONI, MILVA REBI <i>Esperienze ed ipotesi organizzative per l'assistenza nel prelievo e trapianto d'organo</i>	» 97
P. CAPODIFERRO, F. MINELLI, M.C. PIERI, G. SOLOMITA, C. TABANELLI, S. SEBASTIANI <i>Carichi di lavoro: cosa si fa in una T.I. cardiocirurgica. Sbirciamoci dentro con un cronometro in mano</i>	» 103
L. FONTANA <i>Presentazione di un sistema per ridurre il rischio trasfusionale da errore umano</i>	» 121
<i>DIBATTITO</i>	» 141
MARIA BENETTON <i>Urgenza-emergenza ed attività infermieristica</i>	» 149
ANNALISA SILVESTRO <i>Organizzazione e situazioni d'urgenza-emergenza</i>	» 157

RENATA BROLIS <i>La responsabilità e la professionalità dell'infermiere nell'urgenza-emergenza</i>	» 165
DIBATTITO	» 171
N. SPEZIALI, P. DAVI, S. CESTARI, I. LANFREDI, R. MOTTI, E. PIVA <i>Proposte per la gestione di situazioni d'urgenza-emergenza intraospedaliera</i>	» 187
FRANCESCA PRATI <i>Un progetto di qualità totale</i>	» 197
MARIA ROSA SARIA, PASQUALE ALBANESE <i>Esperienze assistenziali in situazioni di urgenza-emergenza intra ed extra ospedaliere con particolare riferimento all'operatività, alla tecnologia ed ai risultati attesi ed ottenuti</i>	» 205
L.M. RAFFIN, L. MAGAGNIN <i>Assistenza all'ammalato in arresto cardio-respiratorio (BLS e ALS) in ambulanza: interventi dell'équipe infermieristica senza il medico</i>	» 223
G. CAMAROTTO, M.P. DAMIAN, A. NORBEDO <i>Soccorso extra ospedaliero in ambiente montano. L'esperienza del SUEM 118 bellunese</i>	» 245
DIBATTITO	» 253
Tavola rotonda di valutazione multidisciplinare con presentazione di casi e comportamenti assistenziali particolarmente afferenti a: ruoli e funzione dell'équipe sanitaria; esercizio professionale/mansionario infermieristico; responsabilità professionale, civile e penale del personale infermieristico	» 267
SESSIONE SPECIALE: Diploma infermieristico regionale ed universitario; equivalenza-equipollenza - Corsi di specializzazione: quale diploma di accesso - Corso di laurea in scienze infermieristiche: se attuale, quale il diploma di accesso	» 325

*Finito di stampare
nel mese di novembre 1996
presso la Tipografia Tappini - Città di Castello (PG) ☎ (075) 855.81.94*

