

anarti

SCENARIO

ASSOCIAZIONE NAZIONALE INFERMIERI DI AREA CRITICA

XVIII CONGRESSO NAZIONALE

**ACCREDITAMENTO E CERTIFICAZIONE
IN AREA CRITICA**

- STRUTTURA
- PROCESSI
- PROFESSIONALITÀ

A cura di:

MARCO MARSEGLIA

SANDRA SCALORBI

BOLOGNA, 10-11-12 NOVEMBRE 1999

PRESENTAZIONE

Anche quest'anno gli Atti del Congresso ANIARTI testimoniano l'ulteriore passo avanti realizzato dall'Associazione e da tutti i suoi iscritti.

Il Congresso, come sempre, ha rappresentato una fondamentale occasione di scambio e confronto fra numerosi colleghi provenienti da tutta Italia, un momento di aggiornamento e riflessione su eventi e temi che ci coinvolgono direttamente come professionisti.

La lettura degli Atti consente di riprendere e proseguire questa riflessione anche sul proprio agire professionale.

Gli infermieri dell'ANIARTI, infatti, stanno continuando il proprio percorso orientato verso l'evidenza scientifica, contribuendo così allo sviluppo dell'infermieristica italiana, non solo in area critica.

Per questo motivo gli Atti si rivolgono, oltre che ai professionisti che ogni giorno sono a contatto con la persona «critica», anche agli studenti ed a coloro che si occupano di formazione, supplendo alla carenza di testi rivolti in modo specifico agli infermieri di quest'area.

L'auspicio è, quindi, che questi Atti vengano sfogliati, letti, consultati, prestati, studiati, comunque usati in modo attivo, come patrimonio di tutti i professionisti.

I Curatori

MARCO MARSEGLIA

SANDRA SCALORBI

XVIII CONGRESSO NAZIONALE ANIARTI

ACCREDITAMENTO E CERTIFICAZIONE IN AREA CRITICA

10 novembre 1999 - Mattina

Introduzione: I perché del XVIII Congresso ANIARTI

Elio Drigo - Presidente ANIARTI

Saluti

OBIETTIVI

- 1) Definire il significato sotteso ai termini autorizzazione, certificazione ed accreditamento nel panorama sanitario italiano.
- 2) Analizzare la ricaduta che il processo di accreditamento potrà avere sulle strutture dell'organizzazione, sui processi assistenziali e sui professionisti infermieri, con particolare riferimento all'area critica.

Moderatore: *Elio Drigo*

RELAZIONI

– L'accREDITAMENTO come strumento per la promozione dell'efficacia e dell'appropriatezza del SSN

Roberto Grilli

– Autorizzazione, certificazione ed accreditamento, quale ricaduta su:

- I processi assistenziali infermieristici

Paola di Giulio

– I processi gestionali infermieristici

Meris Fiamminghi

DIBATTITO

I PERCHÉ DEL XVIII CONGRESSO ANIARTI

I.P.S.A.F.D. E. DRIGO

Presidente Aniarti

Nel progettare il Congresso Nazionale annuale ci chiediamo sempre qual'è l'argomento che dobbiamo trattare. E la priorità viene determinata dall'incidenza del tema sull'assistenza infermieristica, nel contesto nel quale ci troviamo.

Il contesto è in questo caso, ad un tempo semplice ed estremamente complesso:

semplice, perché affrontare il tema dell'accreditamento e della certificazione vuol dire fare riferimento alla metodologia seguita universalmente per valutare e confrontare prodotti e servizi e metodologia della loro produzione o erogazione;

complesso, perché mettersi in relazione con le realtà affini a livello mondiale richiede notevoli energie per conoscere tutto quello che succede e come le cose evolvono e grande impegno per tenere il passo, possibilmente migliorando i livelli di qualità del campo nel quale si opera.

È impegnativo certamente, ma anche inevitabile parlare lo stesso *linguaggio* utilizzato dagli altri per garantire razionalità, efficienza, qualità e risultati.

Anche gli infermieri sono direttamente coinvolti nelle nuove logiche e nell'elaborazione di sistemi di certificazione ed accreditamento di strutture, di processi e della professionalità degli operatori.

Il tema del congresso si colloca anche in un momento della nostra storia professionale, che ha visto realizzarsi sogni e progetti antichi.

La Legge 42/99, che abroga il mansionario, porta in sé un notevole potenziale innovativo: l'autonomia, almeno teorica, della professione infermieristica viene sancita con la liberazione dalla precedente ausiliarità rispetto ad altre professioni sanitarie.

Adesso, come professionisti sanitari a pieno titolo, sta a noi dare applicazione a questa novità anche formale oltre che sostanziale. Certo faremo fatica dopo 60 anni a passare il guado (il mansionario del '74 sostanzialmente non si discostava da quello del '41 e dunque parliamo di 60 anni fa!), ma molto mansionario è già stato demolito dalle nostre inevitabili scelte quotidiane; adesso si tratta di pensare in grande, di essere protagonisti nella scena sanitaria, non più comparse.

Con la 3ª Riforma del SSN il nostro paese, coloro che fanno le scelte politiche, stanno decidendo probabilmente una svolta nelle logiche che finora hanno determinato l'impostazione e la gestione del sistema sanitario.

La centralità nel sistema dovrebbe diventare il malato e l'organizzazione dovrebbe adeguarsi alle sue necessità, all'interno di risorse ed obiettivi realistici.

La filosofia della centralità del malato coincide con la filosofia di base della professione infermieristica e si coniuga con l'idea di solidarietà e di equità

necessaria per applicare una razionalizzazione delle risorse finite, ma soprattutto una ragionevolezza nella ricerca dell'autolimitazione, in un contesto in cui l'illusione delle possibilità illimitate è sempre preminente.

L'aziendalizzazione del sistema sanitario, al di là degli sbandamenti che può provocare, deve diventare l'opportunità da non perdere per dare certezza ad un servizio che garantisca i membri della società.

Sta cambiando profondamente il sistema sanitario. Sta cambiando necessariamente anche la professione infermieristica ed i confini entro i quali si trova ad operare, con evidente allargamento delle responsabilità. Basti pensare che gli infermieri sono il fattore che consente a tutti gli operatori sanitari e tecnici di interagire e di contribuire al risultato di salute: senza l'intervento assistenziale, clinico ed organizzativo degli infermieri il servizio sanitario non potrebbe operare.

In questo quadro e con queste premesse ineludibili, dobbiamo muoverci ora all'interno di alcune indicazioni fondamentali come il profilo professionale, il percorso formativo di base e continuo certificato, il codice deontologico.

L'ottica con cui applicare questi contenitori non deve essere quella del divieto di uscire da essi, ma quella della creatività. Il nuovo codice deontologico aiuta molto in questa direzione.

La responsabilità che ci deriva da questa nuova collocazione è legata anche alla particolarità della nostra funzione di infermieri: una professionalità clinicamente specifica ed insostituibile anche per la funzione organizzativa, nella predisposizione dei processi agiti da qualsiasi altro operatore; ed insostituibile anche perché numericamente preponderante.

Vi sono evidenti segnali ormai da alcuni anni, che le figure infermieristiche sono ritenute dai gestori più lungimiranti del sistema, attori nodali per la garanzia di continuità delle cure e per la qualità delle stesse; il fenomeno è ancora limitato alla valorizzazione, forse allo sfruttamento, di alcune persone-infermieri. Ma è chiaro che chi conosce i problemi meglio di altri è chi ha esperienza di assistenza globale alle persone.

Forse, purtroppo, ci vorrà ancora un po' perché i decisori si accorgano in modo diffuso che gli infermieri in generale sono fondamentali per il servizio alla salute e pertanto vanno valorizzati. È nostra responsabilità anche diventare catalizzatori di questa urgente consapevolezza. Intanto, è già in atto una nuova emergenza infermieri, che speriamo rappresenti almeno un segnale per chi dovrebbe capire che la qualità richiede scelte.

Questo XVIII Congresso dell'ANIARTI è un'opportunità per fare sintesi di queste tematiche, che riguardano il presente e l'immediato futuro di tutti e di ciascuno. L'accreditamento è un fattore cruciale per affrontare alla radice i problemi. Non parleremo quindi solo a livello teorico, ma anche con esperienze ed analisi di esperienze tratte con metodologia scientifica dalla bibliografia infermieristica mondiale. Gruppi di lavoro di tutto il paese hanno lavorato con l'aiuto di Paola Di Giulio per l'analisi di questa bibliografia.

Le prospettive non sono facili e gli orizzonti tutt'altro che nitidi.

La possibilità di superare ostacoli decisamente complessi risiede nella ca-

pacità di condividere conoscenze, finalità, strategie e partecipazione.

La competizione sul campo della nostra professione, che noi lo vogliamo o no, è già incominciata: o siamo in grado di dimostrarne personalmente la specificità, anche aderendo alle logiche dell'accreditamento e della certificazione, o finiremo per essere sostituiti.

La responsabilità di questo sarà certo verso noi stessi ma anche verso i cittadini ai quali devono essere garantiti servizi assistenziali di qualità.

Vorremmo che questi giorni fossero un comune momento formativo per prepararci meglio, insieme, ad un futuro denso di sfide ardue ma avvincenti.

Pensiamo a che cosa potrebbe diventare la nostra sanità se potessimo anche noi plasmarla con la nostra filosofia di attenzione e centralità della persona, del prendersi cura e non solo del curare, dell'orientamento all'autoaiuto e dell'equità anche per i più svantaggiati ...

Spesso ci troviamo a parlare di come le cose *dovrebbero* andare: se riusciremo a strutturare una professione maggiormente autonoma, queste cose le *potremo* fare, perché abbiamo già dimostrato di esserne capaci.

A conclusione, rivolgo a tutti un invito a partecipare attivamente nei dibattiti a questo incontro tra professionisti con la volontà di costruire, assieme agli autorevoli relatori che abbiamo invitato, i contenuti e le nuove idee per progredire nel nostro lavoro con sempre maggiore qualità.

Buon lavoro a tutti!

Prof. G. MARTINELLI

Presidente SIAARTI (Associazione degli Anestesisti Rianimatori Italiani)

Grazie presidente e buongiorno ai signori congressisti.

È veramente un onore ed un piacere per me portare il saluto della Società scientifica degli anestesisti e degli intensivologi Italiani, la SIAARTI, che ha molta assonanza con l'ANIARTI. Porto molto volentieri il saluto della nostra società ai lavori del vostro XVIII Congresso, ai lavori della vostra società, che oggi diventa maggiorenne.

In questi 18 anni avete assunto quella qualificazione a cui accennava prima il presidente Drigo. Avete fatto dei passi, grossi, la cui profilazione sul lavoro concreto, si fa sentire.

Sono solito dire che al centro dell'Azienda, che voglio ancora chiamare ospedale, la centralità è rappresentata dal paziente e subito dopo il paziente viene il personale infermieristico e quindi arriva la classe medica.

È una triade questa che realizza quello che è il supporto importante dell'ospedale.

Considero l'ospedale e viene considerato dalle istituzioni il luogo di ricovero e cura per il malato vero, tra cui annoverare il malato acuto e grave, il malato critico.

E nell'ospedale insieme, il personale infermieristico e medico cerca di affrontare, alleviare, curare e risolvere i problemi tipici e caratteristici della gravità.

Ho sentito il presidente che, nel suo breve discorso introduttivo, parlava un linguaggio comune. Credo che gli infermieri di area critica abbiano già raggiunto questo linguaggio univoco e comune. Credo che sia altrettanto importante che il tema fondamentale che oggi trattate, quello dell'accreditamento e della certificazione in area critica, sia di enorme valenza ed importanza.

Io cercherò di seguire i lavori anche perché lo stesso indirizzo della Società scientifica di cui mi onoro di essere presidente, è quello di realizzare questa nuova fase dell'accreditamento, della certificazione, attraverso processi e professionalità che sono un po' la luce del sole.

Mi fa anche piacere che questo tema sia stato scelto e svolto qui in Bologna.

Questa Regione si è interessata già del processo di accreditamento nei confronti delle case di cura accreditate, di determinate strutture e, lo dico con una punta di orgoglio, nei confronti della Rianimazione del Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna, che attraverso questo processo, non ha ancora avuto l'accreditamento, perché deve ancora ottemperare a delle procedure, che non sono ancora congrue.

Questa è la strada maestra, questa è la strada a cui ci si richiama come medici, come infermieri, come universo nell'ospedale, verso questa formula nuova alla quale bisogna credere, perché bisogna razionalizzare le risorse, che non sono infinite, come diceva Drigo prima, e quindi siamo chiamati a dare un contributo importante a questa *Riforma-ter*.

Amici, se mi consentite, le varie riforme magari non sono andate in porto, non dico che siano fallite, ma non sono andate in porto perché non c'è stato il coinvolgimento diretto di chi lavora in ospedale. Credo che, con tutte le critiche possibili che si possono rivolgere nei confronti della *Riforma-ter*, quanto meno vi è il tentativo del coinvolgimento del personale infermieristico e medico nella gestione vera dell'ospedale attraverso queste formulazioni: l'accreditamento, la certificazione e soprattutto, il terzo punto che ha toccato il presidente Drigo, attraverso quello che si chiama l'aggiornamento.

Voi qui state facendo aggiornamento, nella vostra assise scientifica annuale, nei vostri incontri locali, continuate a fare aggiornamento anche sul luogo del lavoro. Ora, bisogna certificare questo aggiornamento.

Noi ci stiamo attrezzando come anestesisti-rianimatori e come operatori di area critica, per dare valenza e valore a quello che si fa e che voi farete in questi giorni.

Io veramente sono contento di essere qui con voi, di vedere il fervore delle iniziative a livello scientifico, a livello operativo, a livello di impegno sociale, che la categoria degli infermieri di area critica sta dimostrando e dimostra con la vostra presenza qui numerosa.

Quest'aula conta quasi duemila posti e io vi ho contato: siete oltre 1500 e quindi mi complimento con voi lasciando un'ultimissima considerazione.

Il presidente Drigo ha parlato di una prospettive e di orizzonti futuri. Questi sono in mano a noi: sono in mano a voi e a noi medici.

Quanto meno nella formulazione dell'area critica.

Ricordate che sono convinto come voi che l'ospedale è un luogo dove debbono essere accolti e curati i malati veri.

Quindi il personale di area critica, infermieristico e medico, rappresenta uno dei pilastri fondamentali dell'ospedale del 2000.

E allora, se si deve parlare un discorso unico, se la prospettiva e gli orizzonti sono finalizzati alla centralità del malato critico, queste società, la vostra Associazione ANIARTI, la nostra Associazione SIAARTI, tutte le società scientifiche che hanno come oggetto e soggetto il malato critico, non possono nel prosieguo incontrarsi, vedersi, far sì che l'obiettivo finale, il malato critico, possa determinare l'arrivo di questi binari che fino adesso sono andati in parallelismo, ma possano in futuro convergere verso la fine di questa situazione allo scopo di darci una mano? Qui da soli non si può continuare a fare il discorso separati, il medico, l'infermiere e quant'altro.

Ci si deve spogliare di questa filosofia di classe e di casta per cominciare a fare il discorso insieme. Ecco l'augurio, oltre alla riuscita della vostra assise scientifica da un punto di vista di qualità, l'auspicio che lascio a voi, che lascio al Consiglio Direttivo dell'ANIARTI, è quello di trovare in futuro dei momenti di concertazione, di vederci e di stare insieme, non tanto per contare di più, ma perché medici ed infermieri siano uniti in quello che è l'obiettivo finale: il paziente critico.

Auguro a tutti quanti voi singolarmente tanta buona fortuna.

Auguro a questo Congresso i maggiori risultati scientifici possibili ed auspico a tutti noi, di incamminarci nel prossimo millennio insieme.

Grazie.

L'ACCREDITAMENTO COME STRUMENTO PER LA PROMOZIONE DELL'EFFICACIA E DELL'APPROPRIATEZZA NEL SSN

R. GRILLI

Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, Roma

Il Piano Sanitario 1998-2000 e la riforma ter segnano l'avvio di una fase in cui le decisioni che caratterizzano e qualificano l'assistenza ai pazienti ed i loro risultati vengono poste al centro dell'attenzione del SSN e dei suoi diversi livelli di governo (centrale, regionale, aziendale). L'efficacia clinica degli interventi sanitari e l'appropriatezza del loro uso in specifiche categorie di pazienti sono esplicitamente assunti come criteri operativi attraverso i quali il SSN rende esplicite le garanzie offerte e misurabile la qualità delle proprie prestazioni.

Questa rinnovata attenzione per l'efficacia e l'appropriatezza di ciò che viene fatto nella assistenza ai pazienti appare giustificata da diversi elementi che caratterizzano non solo il nostro SSN, ma in generale i sistemi sanitari di tutti i paesi.

La variabilità delle prestazioni diagnostico-terapeutiche offerte a pazienti con simili bisogni assistenziali, il limitato utilizzo nella pratica di interventi di efficacia clinica documentata e, simmetricamente, l'ancora troppo esteso impiego di interventi di documentata inefficacia, sottolineano l'esigenza di strumenti che consentano una maggiore capacità sia di monitoraggio (conoscenza) delle modalità di assistenza erogate, sia di un loro indirizzo verso l'uso di interventi effettivamente in grado di ottenere i benefici desiderati per la salute dei pazienti.

Sia il Piano sanitario Nazionale 1998-2000 che il decreto legislativo di riforma ter del SSN, hanno definito una politica sanitaria ed identificato gli strumenti operativi per intervenire ai diversi livelli decisionali del SSN, attraverso la definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), l'accreditamento istituzionale dei servizi e dei professionisti, il programma nazionale per le linee-guida cliniche ed organizzative (PNLG).

LEA, PNLG ed accreditamento rappresentano, tre articolazioni distinte, ma tra loro organicamente connesse, di un programma del SSN per l'efficacia e l'appropriatezza degli interventi sanitari.

Livelli essenziali di assistenza, linee-guida ed accreditamento

La definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) è l'espressione operativa delle garanzie che il SSN si impegna a mantenere nel quadro di un progressivo trasferimento alle Regioni delle responsabilità relative alla allocazione delle risorse per l'assistenza sanitaria. Sono i servizi e le prestazioni che i servi-

zi regionali dovranno essere in grado di garantire, essenziali in quanto coerenti con i principi e criteri di funzionamento che ispirano il SSN e che sono:

- a) il rispetto della dignità della persona;
- b) il bisogno di salute;
- c) l'equità nell'accesso ai servizi;
- d) l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni e
- e) l'economicità nell'uso delle risorse.

La definizione operativa dei LEA implica innanzitutto la necessità di identificare interventi e prestazioni di documentata inefficacia ed inappropriata. In quanto inadeguati, sulla base delle informazioni scientifiche disponibili, a rispondere a specifiche necessità assistenziali, tali interventi non possono essere qualificati come parte dei livelli essenziali garantiti da risorse pubbliche.

I LEA operano quindi al livello «macro», attraverso

- 1) la demarcazione dell'ambito di intervento del SSN;
- 2) entro questo ambito selezionando «in negativo», cioè l'identificando l'area del «non efficace» e del «non efficiente», in questo modo delimitando il quadro delle modalità di assistenza possibili per la prevenzione, diagnosi, trattamento di determinate condizioni.

Il principio della appropriatezza (cioè dell'efficacia della risposta assistenziale e del suo uso in pazienti che ne possano effettivamente beneficiare) e quello della economicità (vale a dire della scelta dell'opzione più economicamente efficiente tra diverse possibili strategie assistenziali) rappresentano un esplicito legame tra LEA e linee-guida.

Queste ultime sono infatti, secondo la definizione più comunemente accettata, da intendersi come raccomandazioni di comportamento finalizzate ad indirizzare all'uso appropriato di interventi e procedure sanitarie in definite circostanze cliniche. In questo senso, se i LEA rappresentano la dimensione macro, le linee-guida costituiscono il mezzo attraverso il quale il SSN promuove l'efficacia e l'appropriatezza degli interventi sanitari a livello «micro», cioè al livello delle decisioni cliniche.

È importante mantenere distinti, operativamente e concettualmente, LEA e linee-guida, come strumenti che sono tra loro coerenti, ma che rispondono a compiti diversi. Infatti, i LEA escludono quelle attività (procedure, interventi, servizi) non riconosciute come rispondenti ai valori ed ai principi di riferimento sopra enunciati, in questo modo identificando la tipologia dei bisogni a cui il SSN riconosce come essenziale garantire la risposta assistenziale appropriata (in termini di tipo di intervento e di suo ambito di erogazione) e quindi delimitando «i confini» dell'attività del SSN.

Le linee-guida indicano invece come le risorse debbano essere utilizzate entro i «confini» definiti dai LEA, e quindi rappresentano una ulteriore specificazione della risposta assistenziale appropriata e delle sue modalità pratiche di erogazione.

L'accreditamento istituzionale rappresenta un altro strumento fonamen-

tale nella politica di razionalizzazione del SSN, operante a livello «meso», vale dire al livello rappresentato dalla articolazione dei rapporti tra le diverse istituzioni del SSN e tra queste ultime ed i professionisti che vi operano.

Il nesso tra accreditamento ed efficacia ed appropriatezza è reso evidente dal fatto che la legge di riforma esplicitamente rimanda da una parte alla necessità di definire percorsi di formazione professionale basati sulla documentata esposizione degli operatori alle conoscenze acquisite dalla ricerca medica (formazione continua), dall'altra ad una altrettanto documentata applicazione pratica di tali conoscenze, identificando tra i criteri dell'accreditamento istituzionale non solo la partecipazione degli operatori ad attività di valutazione della qualità dell'assistenza, ma anche l'efficacia e l'appropriatezza dei processi assistenziali adottati. Infatti, secondo quanto definito dalla riforma ter, l'accreditamento avviene per «funzioni» e si basa, oltre che su requisiti *ex ante*, anche su caratteristiche *ex post* dei servizi, legati al volume di attività realizzata ed ai risultati finali ottenuti.

Da questo punto di vista, se le linee-guida sono lo strumento che promuove l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni a livello di singoli professionisti o di singoli team di operatori, l'accreditamento è lo strumento che garantisce che la promozione della efficacia e della appropriatezza sia recepita anche al livello dell'insieme del servizio entro il quale essi operano.

In altri termini, attraverso le linee-guida ed i criteri dell'accreditamento, il SSN si dota di strumenti funzionali alla promozione dell'uso di interventi efficaci ed appropriati avendo come riferimento rispettivamente l'agente individuale del paziente (il medico) e l'agente collettivo (l'azienda usl).

In conclusione, LEA, linee-guida clinico-organizzative e criteri di accreditamento, sono idealmente rappresentabili come dimensioni diverse di un medesimo processo di razionalizzazione e miglioramento qualitativo dell'assistenza. Nella dimensione dei LEA vengono delimitati i confini delle attività del SSN; nella seconda vengono specificate le modalità di impiego delle risorse per le attività riconosciute come essenziali (linee-guida); nella terza vengono definiti, sulla base di quanto emerso dalle precedenti, i criteri di esito e processo che caratterizzano la qualità dei servizi.

Che fare?

Se quello sopra indicato rappresenta il quadro concettuale di riferimento del programma del SSN per l'efficacia e l'appropriatezza, ciò che resta da definire sono i percorsi operativi attraverso i quali realizzarlo.

Certamente non pochi sono gli aspetti problematici da affrontare.

Per quanto riguarda le definizioni dei LEA, se la promozione della efficacia e della appropriatezza degli interventi rappresenta oggi un obiettivo primario del SSN, certamente questi due elementi sono solo alcuni dei criteri operativi e dei principi ispiratori di un servizio sanitario nazionale quale il nostro ed

utilizzabili quindi nella identificazione di cosa debba essere considerato «essenziale».

Il principio del rispetto della dignità della persona umana, il concetto di equità che rimanda alla necessità di rimediare alle eventuali diseguaglianze presenti nella popolazione, il carattere esplicitamente solidaristico del nostro SSN, determinano l'impossibilità di disegnare la struttura del processo di selezione dei LEA attraverso i soli principi di efficacia ed appropriatezza, nel momento in cui questi ultimi vengono a confliggere con i valori etico-sociali di riferimento.

In questo senso, una volta esplicitamente rifiutato un approccio utilitaristico, che implica l'ottimizzazione del processo di allocazione delle risorse perseguendo il massimo beneficio possibile a livello di popolazione, trascurando gli effetti delle scelte allocative sul singolo individuo, occorre definire un percorso in cui efficacia ed appropriatezza siano adeguatamente integrati con gli altri valori di riferimento del SSN.

Per quanto riguarda accreditamento e linee-guida, il contesto della politica del SSN per la promozione della efficacia e dell'appropriatezza prefigura un sistema entro il quale la conduzione sistematica di attività di monitoraggio della pratica clinica possa essere organicamente parte dell'attività dei servizi, rendendo in questo modo disponibili informazioni sulla effettiva qualità – in termini di processi assistenziali ed esiti – delle prestazioni erogate.

Un simile modello necessita, tra l'altro, l'identificazione di responsabilità, la creazione di competenze, la messa a disposizione di tecniche e strumenti funzionali al perseguimento di quel governo clinico che rappresenta appunto la capacità dei singoli servizi di acquisire informazioni sulla pratica clinica e di indirizzarla coerentemente.

AUTORIZZAZIONE, CERTIFICAZIONE ED ACCREDITAMENTO, QUALE RICADUTA SU: I PROCESSI ASSISTENZIALI INFERMIERISTICI

P. DI GIULIO

Unità di Ricerca Infermieristica, Istituto Mario Negri, Milano - Redazione della Rivista Assistenza Infermieristica e ricerca

L'accreditamento dei servizi sanitari è nato negli Stati Uniti all'inizio del XX secolo, e si è successivamente diffuso in molti paesi, mantenendo nei diversi contesti elementi costanti e comuni.

L'accreditamento è un processo nel quale una organizzazione esterna alle strutture sanitarie, usualmente non governativa, valuta un'organizzazione sanitaria per determinare se corrisponda ad un insieme di standard finalizzati a mantenere e migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria. L'accreditamento è solitamente volontario. Gli standard di accreditamento sono normalmente considerati ottimali e raggiungibili. L'accreditamento fornisce all'organizzazione un mandato visibile per migliorare la qualità delle cure fornite ed assicurare un ambiente di cura sicuro (1).

Le diverse agenzie di accreditamento danno definizioni diverse: i programmi di accreditamento si basano tutti su un processo di autovalutazione e di revisione tra pari focalizzati sul miglioramento continuo e ad indirizzare i processi, i risultati e le strutture al miglioramento dei sistemi di erogazione dell'assistenza sanitaria.

L'attivazione dei programmi di accreditamento si può riportare a tre motivazioni:

- 1) volontà delle strutture sanitarie e dei professionisti di avere una valutazione oggettiva dei propri livelli qualitativi;
- 2) interesse delle associazioni professionali e delle Società Scientifiche ad attivare processi di miglioramento che vedano i professionisti come parte attiva, favoriscano la crescita culturale degli operatori, garantiscano i migliori risultati sui pazienti;
- 3) richiesta alle strutture sanitarie, da parte dei soggetti pagatori, di corrispondere a determinati livelli qualitativi per ottenere l'ammissione ai sistemi di pagamento.

Le prime due motivazioni restano alla base dei programmi di accreditamento professionale, mentre la terza costituisce il fattore determinante la diffusione dei programmi di accreditamento obbligatorio o istituzionale.

Da quando, all'inizio degli anni '90, furono pubblicate in Italia alcune analisi delle esperienze internazionali (2), e nel '92 si realizzò la prima esperienza

di accreditamento (3), si sono fatti notevoli passi in avanti, in parte anche favoriti dalla introduzione dell'accreditamento obbligatorio con il Decreto Legislativo 502/92.

In questo modo, per vie e con motivazioni diverse, l'accreditamento entrava sulla scena italiana Esperienza di grande interesse, tra le altre, quella condotta dall'Agenzia Sanitaria dell'Emilia Romagna, che ha sviluppato un progetto di sintesi tra le esperienze di accreditamento volontario del mondo anglosassone ed il modello ISO 9000, ricavandone una chiave di lettura originale molto strutturata. Uno dei limiti è legato all'uso delle ISO, che richiedono una grossa chiarezza nella definizione dei processi e delle responsabilità, ma propongono una concezione statica della qualità oltre alla grande mole di documentazione necessaria.

Le esperienze od i tentativi in questo campo sono stati vari, in alcuni casi, peraltro limitati, si sono elaborati solo «esercizi di stile» o modelli teorici impraticabili, ma in numerosi casi le esperienze sono state quanto meno occasione di riflessione dei professionisti sulle loro realtà operative, i fattori condizionanti i livelli qualitativi, le proposte per il miglioramento.

Quali i principi di riferimento che devono guidare il contributo degli infermieri ai processi di accreditamento, e quale il loro ruolo? Si sente l'esigenza di modelli di riferimento, che non abbiano solo una valenza tecnica, ma trasversale, cioè riconosciuta valida ed appropriata sia dagli operatori che dagli utenti, verificabile, comparabile, in grado di assicurare sui livelli qualitativi dell'organizzazione e del prodotto, ma anche sull'attenzione al cliente (in senso esteso) e sul miglioramento continuo. E gli infermieri possono dare il loro contributo critico ed operativo su più fronti.

Le pratiche ed i modelli di efficacia documentata

Si parla ormai da anni della medicina basata sulle evidenze e sulle prove di efficacia. E questo settore non riguarda solamente l'efficacia di farmaci o tecniche, ma anche di modelli organizzativi. In letteratura vengono sempre più frequentemente pubblicati esempi che dimostrano che è l'atmosfera che si crea intorno al paziente ad essere rilevante per gli esiti, oltre che, naturalmente, il tipo di cura ricevuta. Prendere in carico (e creare un ambiente terapeutico) significa, seguire nel tempo i problemi dei pazienti, garantire la continuità tra ospedale e territorio, e farsi carico anche dei problemi emotivi, e non solo di quelli clinici. Ma anche avere la capacità (e possibilità) di creare e garantire un ambiente di cura in cui il paziente sia seguito, tutelato, possa esprimere quello che pensa, interagire, e non solo ricevere trattamenti. Si tratta di strategie finalizzate a far superare alla persona i problemi funzionali, ma anche quelli psicologici e di adattamento, con interventi che vanno dall'ascolto alla comprensione dei motivi di stress, per renderlo più accettabile e tollerabile. Gli infermieri (assieme ad altri professionisti, ma forse più di altri, per la continuità e la vicinanza di rapporto con l'utente) associano interventi fisici ed emotivi, parlano

di temi difficili, stabiliscono un dialogo, spesso su aspetti molto riservati della vita dell'altro. Un ambiente terapeutico dovrebbe avere tutte queste caratteristiche.

Prima queste affermazioni facevano solo parte dei criteri generici di una buona pratica infermieristica, dei quali si parlava nelle scuole infermieri: si trattava di aspetti poco praticabili per motivi diversi, nella maggior parte delle situazioni assistenziali, e trascurati spesso dagli stessi infermieri. Troppo spesso infatti i contesti di assistenza, dominati dal *modello medico*, centrato soprattutto sulla sopravvivenza, al di sopra di tutto, non favoriscono questa presa in carico e l'espressione del distress del paziente. Il movimento degli hospices è nato anche dalla consapevolezza dell'impossibilità di poter creare un ambiente di accompagnamento in ospedale.

Adesso sono disponibili «evidenze scientifiche» che ci indicano la strada da percorrere per garantire un'assistenza più qualificata ed efficace per il paziente.

Non è molto efficace, infatti, trattare una paziente con cancro della mammella e dimetterla con una forte depressione; né dimettere un paziente con scompenso cardiaco, sapendo che la terapia ha continuamente bisogno di revisioni, che il paziente ha bisogno di rinforzi, consigli, valutazioni, senza garantirgli personale esperto a «portata di telefono». O limitarsi a prescrivere farmaci per il controllo della dispnea, senza garantire un sostegno emotivo che aiuti il paziente a riflettere su quello che prova, a gestire i suoi problemi. Una gestione integrata del paziente migliora anche l'efficacia della terapia (8).

Le numerose esperienze di gestione integrata del paziente, che prevedono anche una modifica dell'ambiente e dell'organizzazione della cura [in bibliografia ne vengono riportate solo alcune (4-7)] vedono come protagonisti infermieri, che acquisiscono un ruolo ancora più autonomo nell'assistenza e vedono nel rapporto di sostegno e solidarietà con il paziente (unito alle competenze tecniche) il punto centrale dell'assistenza.

Avere evidenze che dimostrano l'efficacia di questi modelli, rischia di aumentare la frustrazione di professionisti che, conoscendo quello che dovrebbe essere fatto, non sono messi nelle condizioni di farlo: riduzione del personale, ritmi di ricovero modulati in base ai DRG (che sono centrati sulla diagnosi clinica e non sui problemi assistenziali dei pazienti), logiche di gestione centrate sulla diagnosi-cura e che non lasciano spazio all'assistenza. Cosa fare perché questo non continui a succedere e perché oltre alle pratiche efficaci, vengano inseriti tra i criteri di accreditamento anche i modelli di assistenza efficaci, che vedono magari l'infermiere in un ruolo diverso?

a) Innanzitutto *conoscere*- e far conoscere il più possibile- *questi studi* e questi modelli: il cambiamento non dipende solo dagli infermieri ma anche dai medici, dai direttori generali, dagli amministratori, ed anche dai pazienti. E questi modelli di assistenza richiedono una radicale modificazione della cultura, non solo organizzativa, ma anche medica. Sono cambiamenti sono più lenti e più difficili degli altri. La consapevolezza che un diverso modello di assistenza non solo fa stare-sentire meglio il paziente (e già questo sarebbe sufficiente)

ma riduce anche i costi, aumenta la possibilità che questi modelli diventino sempre più diffusi anche in Italia.

b) Provare a sperimentare questo diverso modo di lavorare anche nei nostri contesti, e dare pubblicità alle esperienze, in modo che si creino «standard» qualitativi attesi, indipendentemente dal fatto che possano essere inseriti nei modelli centrati sulle ISO9000.

c) Imparare a non cadere in alcune trappole delle misurazioni. Gli indicatori possono monitorare e valutare un numero limitato di fattori. La definizione di cosa misurare-documentare non è neutrale ma indica le priorità e le scelte fatte a livello di reparto. Misurare un fenomeno significa renderlo visibile, e questo può essere strumentale a confermare (o mettere in discussione) alcune politiche, comportamenti, interventi. Ad esempio, scegliere di misurare il livello di informazione, la lunghezza delle liste di attesa, l'appropriatezza di alcune risposte assistenziali è 'indicator' delle priorità che quel reparto o istituzione danno alle scelte gestionali ed assistenziali. È profondamente diverso misurare se gli infermieri eseguono o meno i piani di assistenza e /o se vengono rispettati i protocolli assistenziali dal misurare quanti pazienti continuano a telefonare in reparto per chiedere informazioni che dovevano essere fornite alla dimissione; o quanti sono i pazienti che vengono dimessi con bisogno di assistenza domiciliare.

La disarticolazione in singole componenti dell'assistenza non significa non riconoscerne la integrazione, ma il modo per poter comprendere-studiare questa realtà è quello di identificare le singole variabili che la compongono. Affrontare una realtà complessa estrapolandone singole variabili è infatti un artificio metodologico indispensabile, per mettere in evidenza i vari fattori che sono in gioco. L'importante è non dimenticare che esistono altri fattori che sono in relazione, spesso di interdipendenza, con quelli estrapolati.

Questa osservazione di buon senso viene spesso dimenticata e ci si ferma a volte all'analisi di una variabile dimenticandone le articolazioni a monte, a valle e interne. Oppure si pretende di ricondurre ad indicatori generali e sintetici realtà che hanno bisogno di essere descritte-comprese nelle loro particolarità, per poterne meglio apprezzare le implicazioni e metterle a confronto con le altre (9).

L'accreditamento dei professionisti

Si sente spesso parlare di accreditamento dei professionisti: i singoli professionisti possono essere autorizzati ad eseguire una certa pratica se si dimostrano, rispetto a standard predefiniti, di essere in grado di eseguirla, cioè di avere capacità e competenze: ad esempio un dato curriculum formativo, un certo numero di ore di aggiornamento, esperienza in un settore. Questa forma di certificazione -accreditamento, diventa un meccanismo (più o meno formale) di autorizzazione ad esercitare in determinati contesti.

I meccanismi di certificazione (credentialing) sono stati ideati per garantire la qualità nell'assistenza come protezione per il pubblico. Il pubblico richie-

de meccanismi di certificazione per avere evidenze sulla competenza dei professionisti.

La *certificazione* (su questi termini, anche all'estero esiste una grossa confusione) è il processo grazie al quale un'agenzia o un'associazione non governativa certifica che una persona, autorizzata ad esercitare la professione, ha soddisfatto alcuni standard predeterminati specificati dalla professione per quell'area di pratica. La certificazione è stata ideata per garantire al pubblico che una professionista ha acquisito un corpo di conoscenze ed abilità in una determinata specialità (Committee for the Study of Credentialing in Nursing, 1979).

La certificazione è stata introdotta per la prima volta in medicina, negli USA, nel 1945 dall'Associazione Americana degli Anestesisti e nel 1950 l'American Nurses Association (ANA) cominciò ad esplorare come riconoscere formalmente il raggiungimento di performance e livelli formativi (10). Per cominciare a considerare la performance, si deve aspettare fino al 1974, quando l'ANA riconosce l'eccellenza nell'assistenza e attiva il primo esame di certificazione. Il processo era volontario e furono certificati 191 infermieri. Nel 1978 il processo si è allargato ad includere la «garanzia di qualità» oltre la formazione di base, l'identificazione delle infermiere che potevano far chiedere il rimborso diretto del servizio ed il riconoscimento dei progressi professionali e della qualità della pratica.

Nel 1978 l'ANA offriva 13 diversi esami di certificazione e nel 1990 fu istituito l'American Nurses Credentialing Center (ANCC). Il contenuto degli esami di certificazione rispecchia la pratica in una particolare specialità che deve essere riconosciuta dal ANA Congress of Nursing Practice. La specialità deve avere una finalità riconosciuta e standard di pratica per poter sviluppare l'esame di certificazione. L'*Advanced practice nurse* è responsabile dell'identificazione degli obiettivi della propria pratica, in base alle leggi statali e federali, il codice deontologico e gli standard di pratica professionale. La competenza degli infermieri viene definita dalla formazione, le conoscenze e le abilità possedute.

Negli USA esistono numerose organizzazioni di certificazione, ad esempio le associazioni specialistiche quali quella di oncologia, di neuroscienze, di area critica, ostetricia, ginecologia e neonatologia etc.

Esisteva una grossa difformità nella formazione ed i professionisti non erano più sicuri che i corsi garantissero la stessa preparazione e competenze. Per questo sono stati ideati dei test, originariamente per garantire l'eccellenza, attualmente per valutare la competenza.

L'American Board of Nursing Specialties (ABNS) è la sola organizzazione dedicata esclusivamente a standardizzare e portare unitarietà nelle specializzazioni infermieristiche: promuove la protezione degli utenti stabilendo, mantenendo e valutando gli standard per fare in modo che siano uniformi.

Negli USA ormai la maggior parte degli infermieri oltre ad avere la licenza all'esercizio deve anche essere certificato. Generalmente si certificano le competenze avanzate, non quelle di base. Se si definiscono gli standard però, bisogna anche definire chi è responsabile della loro revisione.

La certificazione assicura omogeneità rispetto agli standard nazionali, aiuta

l'utente a capire lo scopo della pratica professionale e esplicita come devono lavorare i professionisti. Quindi definisce i limiti dell'autonomia dell'infermiere, ma anche in che cosa è autonomo.

Il processo di certificazione deve anche garantire un meccanismo che attesti il mantenimento delle competenze. La maggior parte dei programmi di certificazione hanno un meccanismo di ricertificazione ogni 3-5 anni, o in base a retest o in base alla dimostrazione di possedere crediti di formazione.

Queste brevi note hanno solo superficialmente toccato il tema. Il dibattito sulla certificazione-accreditamento dei professionisti è molto attivo anche in Europa [sia per i medici sia per gli infermieri (11)], e molti dei problemi sono ancora irrisolti (anche in contesti avanzati in cui i professionisti vengono accreditati di più di 30 anni). Ad esempio, la difficoltà di accreditare i professionisti rispetto agli esiti, quando gli esiti non sono determinati dalla sola assistenza infermieristica; o anche rispetto ai processi, quando ci si deve attenere agli interventi prescritti da altri professionisti. O la difficoltà ad accreditare il singolo, che magari singolarmente lavora «bene» ma in un'équipe che «lavora male». O ancora chi accredita, la frequenza dell'accREDITamento, il ruolo della certificazione esterna o dell'autovalutazione; la definizione dei contenuti della certificazione; la necessità di certificare su ogni tecnica o il professionista per alcune abilità generali etc.

È però urgente ed importante aprire un dibattito su questo tema anche in Italia.

Bibliografia

1. *International Accreditation Standards for Hospitals*, Preview Edition, Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations, 1999
2. DI STANISLAO F, LIVA C., *L'Accreditamento dei Servizi: proposta di un modello*. NAM 1996; 1-12.
3. LIVA C, TOSOLINI G, VENTURINI P. *et al.*, *L'accreditamento dei servizi sanitari: un'esperienza pilota in Friuli-Venezia Giulia*. NAM 1994; 1:33-39
4. CLINE CM, ISRAELSSON BY, WILLENHEIMER RB., *Cost-effective management programme for heart failure reduces hospitalisation*. Heart 1998; 80: 442-446.
5. CORNER J., *Beyond survival rates and side effects: cancer nursing as a therapy*. Cancer Nursing 1997; 20:3-11.
6. GOULD TH, CROSBY DL, HARMER M, LLOYD SM, LUNN JN, REES GAD *et al.*, *Policy for controlling pain after surgery: effect of sequential changes in management*. BMJ 1992; 305:1187-93.
7. KOLLEF MH, SHAPIRO FD, SILVER P, ST. JOHN RE, PRENTICE D, SAUER S *et al.*, *A randomized, controlled trial of protocol-directed versus physician-directed weaning from mechanical ventilation*. Crit Care Med 1997; 25: 567-574.
8. DI GIULIO P., *Assistenza, Modelli di efficacia*. *L'infermiere* 2000; 44: 29-36.
9. DI GIULIO P (a cura di). *Qualità, accreditamento, indicatori*. Pubblicazione della Federazione Nazionale Collegi IPASVI, Roma 1998.
10. LEWIS CK, CARSON WY. *Nurse practitioner certification: benefits and drawbacks*. Adv Pract Nurs Q 1998; 4(3): 72-77.
11. Si rimanda alla lettura del numero del 30 ottobre 1999 del British medical Journal, che ha dedicato numerosi contributi a questo tema.

AUTORIZZAZIONE, CERTIFICAZIONE ED ACCREDITAMENTO, QUALE RICADUTA SU: I PROGETTI GESTIONALI INFERMIERISTICI

M. FIAMMINGHI ⁽¹⁾, **A. MINGAZZINI** ⁽²⁾

⁽¹⁾ Direttore Servizio Infermieristico - Istituto Ortopedici Rizzoli - Bologna

⁽²⁾ Coordinatore Infermieristico Dipartimentale, Coordinatore U.O. Terapia Intensiva P.O. - Istituto Ortopedici Rizzoli - Bologna

Si vuole, in questa relazione, trattare di un argomento strettamente collegato al presente e ci viene chiesto, dai Colleghi dell'ANIARTI, di provare a fare anticipazioni sui futuri scenari di ricaduta organizzativo-gestionale infermieristica, del processo di accreditamento.

Tutto quello che oggi si ascolta e si legge, tutto quello che abbiamo sentito e sentiremo nel corso di questa giornata, stimola ed accende, in ciascuno di noi il desiderio di fare, di creare cose, di dare il nostro contributo. Soprattutto la voglia di sperimentare nel lavoro quotidiano quelle che, se non rese operative, finiscono per essere solo frustranti «tendenze».

Al fine di evitare il più possibile tale «effetto collaterale» spesso connesso ai Convegni lo sforzo che vogliamo fare è quello di:

- condividere, con Voi tutti, una serie di elementi generali che rappresentano il contesto organizzativo nel quale ci muoviamo;
- utilizzare la nostra esperienza per dare suggerimenti rispetto a «dove si può cominciare» per l'assistenza infermieristica;
- favorire un dialogo ed una riflessione che veda, nel dibattito che seguirà, la sua prima espressione.

Ovviamente, quanto si dirà, rappresenta una previsione, un'ipotesi e risente delle opinioni e dell'esperienza di chi scrive per cui non solo non pretende di essere esaustiva ma neppure pretende di essere anche «vera». Si vogliono provare ad identificare alcuni elementi certi per derivare dagli stessi un ragionamento prospettico che possa essere condiviso, utile fruibile da parte di tutti noi.

È noto che il processo di accreditamento, pur riconoscendo quasi ovunque un denominatore comune rappresentato dalle norme ISO 9000, non solo è differente da una Regione all'altra ma, ha differenti gradi di attivazione ed applicazione.

Altresì, l'intensità di coinvolgimento degli Infermieri, è stata ed è tuttora diversificata a seconda dei luoghi e delle situazioni e, le esperienze e le testimonianze che ci pervengono da parte dei Colleghi inseriti in questo processo, trattano di elementi specifici assistenziali piuttosto che di «argomenti generali».

Per meglio dire non c'è ancora un vero e proprio dibattito e confronto su

quelli che sono o che cominciano ad essere gli effetti che tale processo ha sui sistemi di organizzazione infermieristica. Tuttavia anche questa affermazione è relativa poiché alcuni criteri contenuti nei documenti regionali sull'accREDITAMENTO, sono rappresentati, ad esempio, da politiche del personale, sistemi d'informazione, pianificazione della formazione ed aggiornamento ecc.

Il processo di accREDITAMENTO nel rappresentare un metodo per dare ordine, ipotizza esso stesso che, questo ordine, favorisca la qualità dei processi assistenziali generalmente intesi.

Un fatto però è certo: dal sistema accREDITAMENTO non si torna indietro e, l'esperienza dei Collegi che si sono attivati parecchio tempo fa ci conforta e ci rende ottimisti. L'ottimismo sostenuto solo a patto che gli Infermieri si pongano la domanda e si rispondano su «quale parte vogliamo giocare, quale ruolo vogliamo costruire per essere attori e non comparse?»

Da dove cominciare quindi? Da un principio fondamentale: ogni sistema organizzativo deve articolarsi in maniera coerente con il prodotto o servizio che intende erogare. Prodotto o servizio che, nei sistemi organizzativi complessi, è dato da un risultato maggiore della somma delle singole parti.

In altre parole questo è un «viaggio» che ci vede impegnati ed integrati con altri professionisti in quanto, operando noi in strutture complesse, il prodotto finale ed il suo risultato, sono strettamente dipendenti dalla combinazione del contributo che le varie parti della organizzazione ed i suoi «uomini/donne» riescono a fornire.

E proprio perché ognuno desidera vedere concretizzata la propria specificità disciplinare, gli infermieri, tra i primi, devono ripensare i loro modelli di erogazione dell'assistenza infermieristica.

Perché noi e perché per primi? Perché quello che ci deve motivare a rivedere i processi assistenziali è prima di tutto una questione etica. L'assistenza infermieristica è una e risponde a principi ed a valori condivisi che non sono in discussione; si aggiunga però che non abbiamo ancora fatto sufficiente valutazione, anche di carattere etico, su che cosa significhi, oggi, utilizzare modelli del lavoro che probabilmente non raggiungono, al meglio, il risultato.

Il Patto con il Cittadino, il Nuovo Codice Deontologico sono dichiarazioni e principi guida che ci pongono, come professione tutta e come singoli, di fronte al cittadino e ci impegnano con lo stesso in un contratto che si esplicita in una serie di azioni.

Siamo consapevoli invece che, nella maggioranza dei casi, i modelli organizzativi dell'attività/lavoro infermieristico «forse» sono efficienti, poco o nulla sappiamo della loro efficacia, ma se ne lamentano tutti a partire dagli infermieri. E si badi bene non è necessariamente un lamentarsi della quantità del lavoro bensì una questione di malessere più profondo e legato alla negazione di una aspettativa «fare il proprio lavoro così come avevamo sognato quando l'abbiamo scelto».

Facciamo degli esempi che legano tali riflessioni ad alcuni documenti prodotti in ragione del processo di accREDITAMENTO.

La Carta dei Servizi è uno degli elementi forti nel processo di accREDITA-

mento, è praticamente il contratto che la nostra Azienda e quindi noi, «stipuliamo» con il cliente affinché lo stesso sappia che cosa aspettarsi venendo da noi.

Ed evidentemente i contratti devono sempre essere onorati.

Onorare tale contratto vuole dire per esempio che noi affermiamo di garantire la presenza infermieristica nelle 24 ore. Certo non è poco ma, da un punto di vista disciplinare ci basta? ci accontenta? ci pone nella giusta luce di utilità che la professione infermieristica desidera farsi riconoscere entro i sistemi sanitari verso i cittadini?

Sinceramente crediamo che si debba fare di più e poiché il processo di accreditamento chiede di «caratterizzare» il prodotto o servizio che s'intende erogare è una leva preziosa che ci offre l'opportunità di decidere appunto «quale assistenza infermieristica vogliamo erogare».

Proviamo a vedere come:

- possiamo scrivere che gli infermieri di una certa Azienda garantiscono la corretta applicazione delle procedure diagnostiche e terapeutiche;
- possiamo scrivere che gli infermieri garantiscono il bisogno di respirare, di assicurare la circolazione, l'idratazione ecc.

O tutto quello che è stato appena descritto deve essere il minimo che ci impegniamo a fare poiché è il minimo che ci si aspetta dai professionisti in un certo campo?

Non sarebbe meglio allora aggiungere a quelli sopra, ulteriori elementi che caratterizzano quel «di più» che la professione infermieristica può offrire?

Anche qui facciamo un paio di esempi di ciò che potremmo scrivere nel contratto e quindi nelle caratteristiche del nostro specifico prodotto:

- gli infermieri garantiscono il bisogno di sicurezza attraverso il coinvolgimento e l'educazione sanitaria a pazienti e loro famiglie o persone significative, al fine di favorire il ripristino dell'autonomia parziale o totale per l'attività di vita X o Y;
- gli infermieri assicurano il rispetto della privacy non semplicemente legato al segreto professionale bensì orientato alla volontà dei pazienti attraverso ...;
- gli infermieri garantiscono il diritto ad una informazione che consenta al paziente di decidere circa i trattamenti assistenziali infermieristici che intendono erogare.

D'altra parte, sappiamo bene che non siamo in grado per ragioni di risorse «finite» di erogare tutto a tutti. Perseguire la tendenza del «tutto a tutti» comporta il rischio di dare meno a coloro che ne hanno veramente bisogno. Questo, in generale, ci indica probabilmente, che è bene incamminarci su un percorso di tipo prettamente professionale che favorisca l'operare scelte, non solo basate sulla evidenza scientifica bensì anche permeate degli aspetti «high touch» che distinguono l'assistenza infermieristica, nel contesto sanitario, come unica ed insostituibile.

Darsi degli obiettivi condivisi all'interno di quel gruppo professionale in quello specifico contesto con quel tipo di clienti significa misurarli e migliorare

le nostre performance. In sintesi cercare di fare quello che serve, né più e né meno di quello che serve ma farlo a chi ne ha bisogno.

Ma tutta questa cosa come si fa?

Perché questo è il problema, perché uno può avere tanto entusiasmo, tanta voglia di fare ma si chiede: da dove posso partire, come si fa in pratica?

Il processo di accreditamento professionale ci può sicuramente aiutare se, però, ci poniamo la prima domanda chiave: qual è il prodotto finale che vogliamo ottenere? Quale è l'assistenza infermieristica che vogliamo fornire?

Perché in base alla risposta dobbiamo creare/ricreare un modello organizzativo del lavoro infermieristico utile a promuovere la realizzazione del nostro prodotto finale.

Anche qui ci permettiamo un suggerimento; solitamente quando si analizzano le organizzazioni si parte dagli atti e dalle cose che si fanno e non dal risultato che si vuole ottenere. Questo spesso non ci favorisce poiché ci fa perdere, nella complessa realtà, la visione dell'obiettivo non aiutandoci ad articolare un tipo di organizzazione coerente con tale risultato finale.

Se iniziamo invece dall'obiettivo sorge quasi spontanea la domanda del perché si fanno o si continuano a fare certe cose (temperatura a tutti, cambio del letto a tutti e tutti i giorni ecc.) ovvero se le stesse sono funzionali al perseguimento del prodotto finale.

Spesso la risposta più comune al perché si continuano a fare certe cose è di una banalità sconcertante ed è « lo facciamo perché si è sempre fatto così, lo facciamo perché il tal posto o il tal servizio o il tal personaggio ci hanno detto di farlo e lo abbiamo sempre fatto.

Ma, anche solo da un punto di vista gestionale, questo tipo di risposta costa.

È stimato, anche se nei testi di Management si dice che nessuno è in grado di stabilire quale sia la percentuale precisa di inefficienza, ovvero di mancata produttività, attribuibile *alla indiscussa accettazione del prodotto finale come dato*, che l'ammontare possa essere maggiore del 30% dei costi totali e degli sforzi totali. Su dieci miliardi sono tre miliardi.

Se l'azienda come sempre ha, problemi a far quadrare i conti e magari tende a non assumere personale (costo maggiore da sostenere per ogni azienda) e stimato che un infermiere costa circa cinque milioni al mese, cominciate a fare i vostri conti!

C'è poi un altro dato: potenzialmente la domanda di assistenza infermieristica è incompressibile, non si satura, più ne facciamo più il bisogno aumenta.

Questo da una parte ci fa un gran piacere (per i posti di lavoro che rende disponibili) ma, dall'altra, stiamo dentro ad organizzazioni aziendali che tendono a razionalizzare le risorse, sorvegliare i ricoveri impropri, attivare linee guida di carattere clinico assistenziale basate su evidenze scientifiche, ridurre la durata media della degenza, ecc.

Gli elementi di cui sopra ricadono, naturalmente, anche sull'assistenza infermieristica che se non migliora i propri modelli (risalenti generalmente a metà degli anni '60 quando su un ospedale medio c'erano 30 professionali e 250

generici) rimane «soffocata» in una morsa frustrante che impone solamente di «correre» e di arrivare al traguardo del cambio turno domandandosi, anche con un po' di preoccupazione se si è fatto tutto.

Non si vuole certo dire che si «deve fare meno» si vuole solo suggerire di decidere quale si vuole che sia, da parte degli infermieri, il risultato sul paziente.

Dobbiamo costruire dei modelli di pratica orientati al risultato che abbiamo indicato e scelto, che siamo efficaci, che mantengano un livello qualitativamente elevato dell'assistenza infermieristica, e che probabilmente ridurranno anche gli sprechi.

Nelle organizzazioni complesse come le nostre dobbiamo ricordare un'altra variabile di non poco conto, la presenza di molti professionisti con paradigmi differenti e la presenza di maestranze nelle attività di supporto.

Il sistema lasciato a sé crea quello che crea e che sappiamo tutti: i reparti arrabbiati che chiamano la radiologia che invece chiude alle quattro del pomeriggio e poi è di guardia, i reparti che si arrabbiano con il laboratorio che riceve le provette solo entro una certa ora o che, con un'urgenza, non vuole fornire il valore per telefono, la cucina che, siccome il turno del personale ausiliario è fino alle ore 20, dobbiamo dare da mangiare alle 17,30 sennò poi non si riesce a ripristinare la cucina, l'ufficio tecnico che non è mai al passo con le esigenze dei reparti e che per cambiare una lampadina del corridoio impiega 24 ore ecc., ecc., ecc.

Non c'è bisogno di continuare perché tutti più o meno ricordiamo queste esperienze. Ma abbiamo detto il sistema organizzativo complesso non regolato, lasciato alla propria vita autonoma e non orientato tutto verso l'unico obiettivo che è il paziente, il cliente finale.

Orbene il processo di accreditamento che cade a valanga su tutti i sottosistemi organizzativi dell'azienda, pone al centro il cliente finale e favorisce l'orientamento di tutti verso quella direzione. Per usare una metafora: per passi successivi ci disegna una mappa di navigazione. A patto che, e scusate l'ennesima ripetizione, tutti si pongano in un'ottica cliente fornitore intermedio fino a cliente finale.

Ognuno ha il dovere di confezionare la propria parte, grande o piccola che sia e l'esortazione che viene da queste righe, è che gli infermieri confezionino e dichiarino la loro.

Il processo di accreditamento favorisce questo tipo di integrazione a partire dal primo momento quando si domanda qual è la ragione dell'esistere di quell'azienda. Tant'è che chiede di disegnare, ad esempio tutto il management, quindi i differenti livelli di decisioni che scendono a cascata: da obiettivi strategici a obiettivi sempre più specifici con i relativi piani di azione. Il tutto integrato in un processo atto a favorire un servizio di qualità al cliente finale di quell'azienda sanitaria.

Ci favorisce quindi anche la visione dell'attività nel suo complesso e ci permette di arrivare ad una sintesi e ad una chiarezza oseremmo dire impensabile fino a pochi anni fa nei nuclei operativi aziendali.

Anche qui proviamo a fare esempi di quello che il processo di accreditamento ci chiede:

- procedure di gestione del personale, qual è il tipo di percorso che si mette in moto per sostituire le assenze delle persone a vario titolo;
- percorsi o procedure di inserimento di tutto il personale, descritte ed attuate non solo, evidentemente, per il personale infermieristico;
- descrivere compiutamente gli organigrammi e le relative relazioni gerarchiche e funzionali e le matrici attività/responsabilità;
- definire quali sono i legami tra le diverse parti di una azienda in termini di catena cliente-fornitore ad esempio quale legame esiste tra Pronto Soccorso - Reparto - Centro Trasfusionale - Sala Operatoria - Terapia Intensiva P.O.- Degenza Ordinaria ed Ambulatorio per favorire la continuità assistenziale.

Molti stanno lavorando su questo ed si percepiscono sia la difficoltà che la fatica poiché non solo è faticoso descrivere quello che c'è o scrivere quello che non c'è, ma più spesso, si tratta di mettere mano a tutta una serie di meccanismi operativi lasciati nel tempo, alla interpretazione dei singoli dirigenti, oppure mai sottoposti a controlli anche solo in termini di verifica del grado di diffusione delle informazioni che in questi erano contenute o di verifica del grado di applicazione di quanto vi fosse indicato.

Un altro esempio ancora rispetto alle capacità discrezionali: viene richiesto di organizzare, valutare la ricaduta dei piani formativi aziendali rispetto agli obiettivi strategici dell'azienda ed allo stesso modo valutare la ricaduta in termini operativi come dire.... dimostrare qual è il valore aggiunto che questo corso di formazione ha prodotto per il cliente finale.

Altro aspetto gestionale è rappresentato dalle Procedure, che servono a dare visibilità a quello che si è pianificato, scrivendo anche chi fa che cosa in attività anche particolarmente complesse (Piani di emergenza intra-ospedaliera, Piani di Evacuazione ecc).

Le procedure sono comunque un'opportunità di verifica, di miglioramento già dal momento stesso in cui vengono elaborate.

Rimane però un punto. Il suggerimento iniziale che ci fa presumiamo chiedere il cerchio: gli infermieri che oggi stanno a testa bassa, manica rimboccata a scrivere procedure, per cosa lo fanno?

Devono decidere quale tipo di prodotto gli infermieri vogliono erogare.

Tutta una serie di bisogni sono sempre da garantire e neanche da mettere in discussione; ma, se ci avviciniamo oggi a questa questione pensando ai quattordici bisogni fondamentali della Henderson o alle attività di vita della Roper ne usciamo quanto meno frustrati.

Perché se quello è il *sogno*, ed tutti concordiamo che arriveremo fin là non bisogna sminuire tale sogno tentando di raggiungerlo senza aver ben chiaro che cosa vogliamo dare. Dobbiamo favorire la costruzione di una realtà nella quale quel sogno si possa avverare.

Per fare una cosa che abbia una valenza etica, che sia coerente, che rispetti i cittadini è necessario dire e dichiarare quali sono i bisogni a cui gli infermieri possono rispondere, vogliono rispondere o devono rispondere e dire come vogliono farlo. Avremo in questo modo cose su cui studiare, confrontarci, produrre linee guida, indicatori ed eviteremo la frustrazione che è quella di andare a

casa e dire: non mi ricordo neanche se ho fatto tutto, non volevo che il mio lavoro diventasse così.

Iniziamo a dire che cosa vogliamo fare, ci mettiamo d'accordo, ne parliamo con gli altri colleghi e ciascuno di noi su questo «che cosa vogliamo fare», in forma integrata, aiuterà ad arrivare a quel risultato; l'organizzazione per forza si modificherà.

Non ci sarà nessun processo di accreditamento in grado di scardinare l'immobilismo ed il disagio fino a quando gli infermieri non avranno deciso cosa vogliono fare.

L'impatto del processo di accreditamento, quindi, serve a prendere coscienza di come si lavora, ci aiuta ad aggiornare l'operatività. Una volta che avremo messo a regime e monitorato il sistema potremmo fare delle azioni di miglioramento.

La cosa importante è non perdere mai di vista per chi lo facciamo, spesso si confondono i mezzi, (le procedure) con i fini (qual è il risultato che io voglio ottenere in termini di assistenza infermieristica e quindi qual è il tipo di organizzazione che voglio mettere in piedi per l'assistenza').

In ultimo riportiamo un pensiero di Drucker: *i professionisti sono i lavoratori più difficili da gestire perché nessuno li può motivare, perché si motivano da soli, nessuno li può dirigere, poiché si dirigono da soli, nessuno può dire loro come deve essere fatto il loro lavoro poiché da soli definiscono i loro standard.*

Quindi solo se siamo motivati, capaci di dirigerci da soli, di decidere i risultati del nostro lavoro, solo così saremo utili ai nostri clienti ed ovviamente all'Azienda in cui lavoriamo, ma, probabilmente, prima di tutto a noi stessi come cittadini.

DIBATTITO

Mercoledì, 10 novembre 1999, *mattino*

Prima domanda

Nome e Cognome *Paola Di Giulio*

Professione

Provenienza Istituto Mario Negri, Milano

Rivolgo la mia domanda al dott. Grilli perché un po' per il mio modo di vedere ed un po' per come la penso, non trovo che la strada imboccata, quella della proceduralizzazione, sia quella giusta.

Mi sembra che il modello di accreditamento che si va diffondendo in Italia sia quello che fa riferimento alle norme ISO 9000, dove bisogna definire criteri, procedure, esplicitare cosa va fatto, a chi compete che cosa, i contenuti dell'assistenza, ecc. e si producono manuali di centinaia e centinaia di criteri in base ai quali poi accreditare i vari servizi.

Chiedo se esistono di fatto delle evidenze che questi modelli abbiano portato in Italia o all'estero un miglioramento effettivo della qualità assistenziale.

Risposta *Dott. Grilli*

La risposta è no, nel senso che, almeno a mia conoscenza non esistono dimostrazioni empiriche che questo approccio si sia tradotto effettivamente in benefici clinici direttamente sugli esiti dei pazienti o in una maggiore capacità dei servizi di erogare interventi efficaci ed appropriati.

Direi che il rischio di approcci di questo tipo è proprio quello che Paola Di Giulio sottolineava nel suo commento generale: quello di avere un'attenzione ossessiva per standardizzare ed esplicitare ogni possibile procedura perdendo di vista il problema del capire in che misura poi tutto quello che viene ratificato sulla carta è davvero legato alla nostra conoscenza, è efficace sia a livello clinico che operativo dei servizi.

Da questo punto di vista l'idea di evitare, in generale approcci che si traducono in una burocratizzazione se volete anche estrema del lavoro, senza avere dimostrato quanto meno una capacità di impattare in modo positivo sulla qualità sostanziale dei servizi.

Un esempio che ho letto proprio qualche giorno fa su una rivista internazionale dimostra come dietro queste formalizzazioni estreme ogni singolo contatto con i pazienti, ogni singolo uso di quella procedura si producono in formalizzazioni poco sostanziali, che lasciano comunque facile gioco a scappatoie che le aggirano.

In Inghilterra c'è una norma, definita anche dalla loro carta del paziente che prevede per l'utente il quale arriva in contatto con il servizio, ad esempio con un Pronto Soccorso, di essere assistito, ricevuto nel giro di cinque minuti e pare che questa formalizzazione, questa norma abbia provocato la nascita di una nuova figura professionale che è quella che loro chiamano la «Hello Nurse», cioè quell'infermiera che si presenta da te nel giro di cinque minuti per dirti bene arrivato. Poi scompare e tu aspetti altre tre ore prima che arrivi qualcuno.

Mi sembra un esempio appropriato di come poi dietro questa attenzione ossessiva per ogni aspetto, non ci sia nessuna effettiva garanzia, né per il paziente né per i professionisti, rispetto all'effettiva qualità dei servizi.

Seconda domanda

Nome e Cognome *Isella Alessandri*

Professione *Infermiera Professionale Gruppo Accreditatori*

Provenienza *ASL Milano 3 sede di Monza*

La regione Lombardia ha elaborato una legge di riordino in cui è andata nettamente a separare le Aziende che producono servizi sanitari, dalle Aziende ASL che acquistano, controllano, accreditano i servizi erogati.

Ho partecipato a questo convegno perché da un anno e mezzo mi interesso di accreditamento e sono stata veramente colpita quando l'ho visto pubblicizzato sulle varie riviste professionali.

Ho quindi chiesto alla mia Direzione di poter partecipare ai lavori congressuali, in modo da poter capire meglio come gli infermieri professionali, gli operatori sanitari ed il personale ospedaliero stia vivendo questo processo di accreditamento.

Ho condiviso totalmente la relazione di Fiamminghi, perché è proprio in quell'ottica che oggi noi andiamo ad accreditare ed è significativo l'apporto che il mondo infermieristico può dare;

per noi infermieri l'accreditamento è una grande opportunità; io credo di essere una delle poche infermiere inserita in questi gruppi di accreditatori, ho invitato a questo congresso due dirigenti infermieristici di un importante gruppo privato che recentemente abbiamo accreditato perché nel fare questa esperienza ho proprio visto nel concreto quanto ruolo positivo e quante opportunità oggi ha il mondo infermieristico per potersi esprimere.

Intendo potersi esprimere non tanto dentro la costruzione analisi e revisione di procedure, imparando a guardare il contesto globale in cui stiamo lavorando.

L'accreditamento, così come io lo sto vivendo e lo stiamo portando avanti in regione Lombardia, siamo convinti farà fare un salto di qualità totale alle struttu-

re nella misura in cui impareremo a partecipare globalmente ai processi organizzativi.

Allora la mia piccola procedura può avere un significato se porta ad un risultato di prodotto, di efficacia, che risponda a quel bisogno particolare del cittadino che oggi noi chiamiamo cliente, ma che per me infermiera da trent'anni era la persona che volevo e desideravo aiutare e che io posso aiutare tenendo costantemente presente che le risorse economiche non sono né infinite, né illimitate.

Grazie all'ANIARTI per l'organizzazione di questo Convegno.

Terza domanda

Nome e Cognome *Salvatore Galisi*

Professione *Infermiere Professionale*

Provenienza *Ospedale Grosseto*

Io penso che nelle rianimazioni, terapie intensive e servizi ad altissima specialità l'assistenza è globale, la preparazione professionale e la competenza è molto elevata, e da parte infermieristica e da parte medica.

Come può l'accreditamento aiutare i professionisti in queste aree ad avere una visione globale nel soddisfacimento dei bisogni del paziente attuando interventi multidisciplinari, che siano sinergici e non relativi solo ad una particolare prestazione di questo o quel professionista?

Risposta *Dott. Grilli*

Un brevissimo commento sollecitato dalla collega della regione Lombardia, più che altro un invito: aboliamo la parola cliente, in quanto presuppone un rapporto mercantile che non si inquadra nel nostro scenario.

Come ha detto qualcuno le parole hanno un padrone e quella non ci appartiene.

Detto questo, facendo riferimento, in modo davvero non polemico, all'esperienza della regione Lombardia, ancora una volta è importante sottolineare come i meccanismi dell'accreditamento non siano una neutrale applicazione di regole, di norme che vengono più o meno esplicitate; il modello perseguito in regione Lombardia non è il modello, non ha nessuna analogia, nessuna somiglianza con il modello che viene disegnato con la Legge di riforma, che parte dal presupposto di rifiutare il principio di competizione fra servizi erogatori in ambito sanitario, rifiutandolo anche sulla base di esperienze empiriche che sono emerse dai sistemi sanitari che in Europa negli scorsi anni hanno adottato questa strada.

La più o meno rigida separazione tra acquirenti ed erogatori, là dove è stata introdotta con l'idea che i meccanismi di mercato stimolassero efficienza e operatività dei servizi, dovunque non ha portato ai risultati desiderati, ha portato in generale ad un aumento dei costi anche amministrativi di gestione

del sistema, ad una frammentazione del sistema stesso in unità produttive che sul mercato confliggono tra di loro, anziché collaborare.

Il modello che si vuole perseguire è il modello della programmazione e della cooperazione tra servizi e la logica dell'accreditamento che prima cercavo di spiegare ha senso se vista dentro questo contesto.

Risposta *Meris Fiamminghi*

Rispondo al collega di Grosseto.

Io intanto discuterei se in rianimazione, terapie intensive, aree ad altissima specialità l'assistenza è globale, così come l'infermieristica la intende; discuterei nel senso che mi piacerebbe confrontarmi.

Io credo che nelle aree intensive, iperspecialistiche, sia una necessità incrementare la propria competenza specialistica se no non sei in grado di lavorare all'interno di questi posti.

Non so se i medici rianimatori sono più competenti degli altri, io questo non lo giudico, potrei eventualmente esprimere un giudizio su quelli della mia realtà e non sugli altri.

Questo perché non desidero che gli altri giudichino me sugli aspetti professionali, non perché io sono buona ma semplicemente perché penso che ci debba essere un rispetto fra le specificità professionali che poi si devono integrare.

In questo tipo di integrazione ci sono anche tutti gli altri reparti non intensivi, che tu non hai specificato ma che forse identificavi con tutti gli altri.

Il punto fondamentale è, torniamo al discorso che ho fatto prima, che gli infermieri siccome avrebbero la voglia, il sogno di poter dare tutto a tutti in realtà riescono a dare veramente poco a tutti e magari pure nei tempi sbagliati.

Attenzione, non sto parlando di terapia, anche se perfino su questo dovremmo parlare molto.

E non parlo tanto dell'errore di terapia, che speriamo che ci sia poco, ma del fatto che viene prescritto di somministrarla 4, 6 o 3 volte al giorno e allora si aspetta che arrivi l'orario per somministrarla.

Magari da voi non succede mai, però potrebbe succedere, come il fatto di preparare le flebo di notte.

Parliamo di organizzazione, stiamo con i piedi per terra.

Anche le persone che ci sono dentro hanno la responsabilità del modo in cui il lavoro viene condotto.

Secondo me bisogna porsi la domanda fondamentale: qual è il risultato finale che vogliamo ottenere con l'assistenza infermieristica.

Insieme ai medici ci porremo quella: qual è il risultato che si vuole ottenere con questo tipo di patologia, ecc.; loro ci aiuteranno, lavoriamo insieme per questa ragione, per convergere con buoni risultati sui malati.

Quarta domanda

Nome e Cognome *Fusco (?)*

Professione

Provenienza *Cardiochirurgia di Genova*

La signora Fiamminghi dice che dobbiamo decidere che risultati dobbiamo ottenere.

Io sarei d'accordo con lei ma penso che sia importante ancora di più il modo in cui cerchiamo di ottenere questi risultati, perché anche se non raggiungiamo il risultato che vogliamo al 100%, se lo raggiungiamo con una certa professionalità, rispettando la dignità del paziente, ascoltando con empatia, in un modo in cui sia contento e soddisfatto il paziente/cliente, penso sia ugualmente importante.

Quinta domanda

Nome e Cognome *Barbieri*

Professione

Provenienza *Policlinico di Monza*

Il Policlinico di Monza rappresenta una struttura privata accreditata.

Prima la signora Isella citava la nostra struttura; siamo la prima struttura in Lombardia ad essere accreditata, abbiamo subito l'ispezione, chiamiamola così, per un anno.

Secondo me ha giovato moltissimo al personale infermieristico, devo dire che nella nostra azienda, proprio per filosofia aziendale, il gruppo infermieristico da me diretto ha un ruolo determinante e fondamentale, nel senso che noi non abbiamo una struttura gerarchica piramidale come è presente in alcuni ospedali pubblici dove io ho vissuto per anni, mi sono peraltro formata lì, ma è una scala gerarchica orizzontale dove tutti devono dare e devono rendere per un fine comune che è il bene dell'ammalato.

Quindi intorno al tavolo insieme ad architetti ed ingegneri c'era anche tutto il gruppo infermieristico, che ha lavorato molto, ha lavorato un anno, ha stilato tutti i protocolli e le linee guida, facendo delle tavole rotonde con tutti i primari di aree omogenee, dove abbiamo discusso ampiamente di tutte le varie patologie dei pazienti, valutando anche l'aspetto psicologico, abbiamo steso questi lavori supportati anche da lavori scientifici a livello internazionale.

Per scelta nostra abbiamo reputato utile, indispensabile fare una cartella infermieristica che fosse tale per tutte le unità operative, e non solo della nostra azienda in Lombardia ma anche delle nostre 4 aziende in Piemonte, proprio perché anche nella mobilità del personale avessero tutti lo stesso strumento di lavoro.

Un esempio: il carrello dell'emergenza è stato fatto per tutti uguali, in modo che anche nella mobilità non ci fossero problemi.

Devo dire che ha portato degli ottimi risultati.

Tenete presente che l'accreditamento non è un processo fine a se stesso e quindi una volta accreditati è tutto finito, è un processo in continua evoluzione.

Le ispezioni sono periodiche, ogni sei mesi, un anno.

Questo è stimolante per tutto il gruppo infermieristico, che deve lavorare e deve lavorare molto.

Io sono molto d'accordo con Formigoni sulle pari opportunità, chi è bravo sta nel mercato e chi non è bravo esce dal mercato.

Solo così potremo erogare un'assistenza ad hoc per il malato.

Noi siamo anche in corso di certificazione, che è parallela all'accreditamento, ma non è la stessa cosa, quindi bisogna scindere le due cose.

Devo dire che anche noi abbiamo commesso degli errori nel percorso ma sono errori correggibili, magari suggeriti anche dalla nostra ASL 3 che ha visto altre realtà e quindi ci ha consigliato e supportato; è un lavoro di squadra e io sono molto orgogliosa di lavorare con questo gruppo.

Abbiamo un corpo di caposala molto motivato, il personale infermieristico molto motivato e spero di perseguire questa strada negli anni per arrivare a fare sempre meglio.

Questa è la nostra realtà che abbiamo vissuto con l'accreditamento.

Grazie.

Sesta domanda

Nome e Cognome *Isabella Zennaro*

Professione *Caposala*

Provenienza *Rianimazione Azienda Ospedaliera San Luigi - Orbassano - Torino*

Le relazioni che ho sentito stamattina mi hanno dato una grande sensazione di coerenza e di integrazione.

Mi hanno dato la sensazione che le varie strutture aziendali ed i vari operatori debbano integrarsi e si integrino per raggiungere questo obiettivo dell'accreditamento e della certificazione.

Vorrei chiedere però ai relatori ed ai colleghi presenti in sala, perché c'è tutta l'Italia qui dentro, se conoscono molte realtà in cui questa integrazione davvero si verifica e se hanno dei suggerimenti da dare ad una come me che lavora in una realtà aziendale, nonché polo universitario ed ha la sensazione di arrivare oggi dal Burundi, con tutto il rispetto per il Burundi.

Mi è piaciuta molto l'ultima relazione che ha concluso con un frase molto ripetuta negli ambienti infermieristici ma molto reale: non perdiamo mai di vista il motivo per cui un'azienda ospedaliera o un'azienda sanitaria regionale si muove, il paziente, la qualità dell'assistenza.

Ora, io lavoro in una realtà dove l'accreditamento significa solo e semplicemente, e non è la solita lamentela, produrre carta, produrre carta ed impedire a chi come me dovrebbe avere un ruolo di conduzione di un gruppo infermieristico, di supporto e di aiuto per creare le linee guida ed i protocolli, per fare in modo che questo gruppo lavori bene per il paziente, di fare tutto ciò, perché passo otto ore a produrre carta perché il manager venga accreditato, perché si raggiunga l'obiettivo di abbattere dell'uno per cento le spese rispetto all'anno precedente, di ridurre comunque i costi.

La finalità comune non si sente, non c'è.

Gli infermieri secondo me, da noi e anche in altri luoghi, stanno cercando di capire il complessivo, ma è chi gestisce il complessivo che ha perso di vista la specificità delle realtà, delle unità operative, per lo meno da noi.

Probabilmente la mia è una realtà singola, specifica, forse Torino è un'isola sperduta nell'Italia.

Ditemi se solo da noi succede questo, perché devo capire.

Settima domanda

Nome e Cognome *Beatrice Porpora Emma*

Professione *Caposala*

Provenienza *Ambulatori cardiologia Grosseto*

Io sono stata molto contenta di aver sentito il professor Martinelli, credo che sia l'unico medico presente qui a questo convegno.

Secondo me sarebbe stato importante che fosse stato presente anche qualche medico, proprio perché il nostro lavoro è parallelo al loro, anche se non è né superiore né inferiore.

L'accreditamento è un lavoro di equipe che bisognerebbe fare insieme ai medici, noi forse sentiamo di più l'esigenza del paziente, non del cliente, anche se in ambulatorio si parla molto spesso di cliente perché porta soldi e mi fa molto male sentire questo.

Poi c'è un altro problema, che io noto perlomeno nella mia realtà;

io non so come si possa parlare di questi protocolli da creare insieme con gli infermieri, quando poi ci troviamo di fronte a grossissime difficoltà proprio reali o oggettive ed in effetti in quel momento noi ci inventiamo il lavoro.

Ad esempio può capitare che in ambulatorio mi si rompa un apparecchio o più semplicemente la spina, e contattando l'ufficio tecnico mi sento rispondere che non è di loro competenza perché c'è la tal ditta etc. etc. o addirittura non trovo nessuno che mi risponde al telefono. E quindi ci organizziamo noi e lo sistemiamo, magari in maniera artigianale pur di continuare ad usare l'apparecchio e renderlo quindi immediatamente disponibile per l'utenza.

Non è sempre così, ma siamo arrivati a questi livelli.

Quindi io spero che nel futuro questi problemi piccoli e grossi vengano superati, proprio in virtù del fatto che noi comunque lavoriamo per cercare di alleviare le sofferenze o aiutare a morire delle persone che soffrono, non certo dei clienti.

Noi vendiamo la salute?

Mi sembra una cosa molto buffa.

Io non vendo la salute ma cerco di aiutare chi soffre e questa è la cosa più importante per me.

Ottava domanda

Nome e Cognome *Giordana Slanzi*

Professione

Provenienza *Casa di cura Poliambulanza di Brescia - Cardiocirurgia*

Vorrei fare una domanda a Paola Di Giulio.

Se il sistema ISO 9000 è così farraginoso e complesso, richiede una flow-chart, una descrizione delle attività nel dettaglio, richiede chi fa che cosa, quindi delle responsabilità chiare e precise, volevo sapere quale altra strada si può percorrere e, se c'è questa strada, se essa oltre che percorribile è anche accettabile, perché attualmente le ISO 9000 in effetti sono le norme che vanno di più, non voglio parlare di moda, ma sono quelle che comunque ormai anche le aziende private seguono da molto tempo.

Nona domanda

Nome e Cognome *Ostellato*

Professione

Provenienza *Cardiocirurgia Padova*

Vorrei fare una domanda al dottor Grilli, che si occupa di politiche regionali nel campo dell'assistenza.

Visto che i cambiamenti proposti dalla recente legislazione vanno nell'ottica della razionalizzazione degli interventi e della riduzione dei costi, oltre che della pretesa di migliorare appunto l'assistenza, che tipo di controllo viene esercitato sulla qualità ed effettiva necessità degli interventi che si fanno? Perché la sensazione che si ha è che per cercare di raggiungere determinati obiettivi si badi molto alla quantità più che alla qualità degli interventi che si fanno dal punto di vista assistenziale.

Decima domanda

Nome e Cognome *Annalisa Silvestro*Professione *Responsabile Servizio Infermieristico ASS 4 - Medio Friuli -*Provenienza *Udine*

Vorrei fare sia una domanda che una considerazione a carattere generale.

Innanzitutto ottime relazioni da parte dei nostri ospiti ed ottimi interventi da parte della sala, questo secondo me già è un elemento estremamente positivo.

Mi pare che sarebbe importante non fermarsi ai nominalismi, perché credo che nessuno pensi al termine cliente nel senso deteriore del termine ma come utilizzo purtroppo un po' diffuso che se ne fa adesso, perché credo che altrettanto paziente possa diventare poco corretto.

Io non mi fermerei tanto su questa cosa; ragionerei molto, invece, sulle difficoltà che sono emerse anche attraverso gli interventi, che esistono nell'integrazio-

ne fra le diverse figure professionali e mi pare di poter dire anche difficoltà che potrebbero evidenziarsi e che pavento fra le strutture organizzative sanitarie di tipo pubblico e di tipo privato.

Anche da questo punto di vista io credo vada fatta una seria riflessione nelle logiche di un servizio a favore dei nostri concittadini che hanno l'opportunità, ben venga, di poter scegliere il tipo di struttura sanitaria a cui affidarsi.

Credo sia da tenere molto in conto che il sistema pubblico difficilmente può scegliere dove orientare l'offerta sanitaria, poiché deve dare un servizio, proprio perché di carattere universalistico, a tutti i cittadini.

La compagine privata può più orientare la propria offerta sanitaria e questo chiaramente influenza anche tutte le scelte dei processi assistenziali e le modalità con cui erogarli, gli strumenti e le tipologie.

Ragionare nella logica dell'integrazione significa fare attenzione ai diversi obiettivi, che devono integrarsi di offerta ai cittadini.

Io farei riflessioni su questo, perché se obiettivi devono essere perseguiti, e siamo tutti d'accordo, devono essere perseguiti nell'integrazione, quindi tra le diverse strutture e tra i professionisti ma non solo, perché ci sono anche tutte le strutture di supporto e gli operatori che svolgono funzioni di tipo esecutivo che comunque hanno un ruolo importantissimo in questo tipo di percorso, nella revisione dei processi di assistenza e dei processi organizzativi.

Una cosa mi pare sia importante sottolineare; quando si va nella logica della certificazione e dell'accreditamento molte volte nell'elaborazione di protocolli piuttosto che di procedure, nell'analisi dei vincoli e dei punti di caduta strutturali dell'organizzazione sono occupati prevalentemente infermieri.

Trovo questa cosa assolutamente poco positiva.

Non vorrei si rientrasse di nuovo nella logica della manodopera qualificata che si mette lì a scrivere tutta una serie di cose che poi nella realtà gli infermieri tendono ad osservare mentre altri professionisti, mi rivolgo anche al nostro chiarissimo ospite di cui anch'io auspico non solo la continua partecipazione ma l'allargamento ai medici, non le considerano neanche.

Per cui molte volte gli infermieri si trovano a fare fatiche immani, elaborazioni immense, scrivono le famose centinaia di pagine che qualcuno qua citava, che non solo rimangono lettera morta, che già è tragico, ma che hanno portato via una barcata di energia che hanno dovuto togliere, a meno che non lo facciano fuori orario di servizio, al tempo dell'assistenza.

Per cui anche questa io credo sia una riflessione che chi dovrà poi mettere in piedi queste commissioni, verificare, orientare il lavoro, necessariamente deve tenere in conto.

Grazie.

Risposta Dott. Grilli

C'era una domanda specifica sul problema dei meccanismi di controllo, credo siano stati definiti nella domanda rispetto alle singole regioni.

Da questo punta di vista il meccanismo che la legge prefigura, dico prefigura perché sarà tutto da costruire, è un meccanismo in cui le regioni attraverso i loro percorsi di accreditamento e di accordi contrattuali interni sono in grado di rendere disponibili informazioni, dati, su diversi aspetti di performance dei servizi sanitari regionali, che riguardino sia gli specifici aspetti economico-finanziari, quindi gli andamenti della spesa, ma che riguardino anche aspetti più di carattere clinico tecnico, e quindi la capacità di erogare determinati interventi in modo appropriato, indicatori di accesso al sistema.

A livello centrale il ruolo della commissione Nazionale per la Qualità e l'Accreditamento che prima citavo, sarà essenzialmente di raccogliere queste informazioni e di fare una sorta di benchmarking tra le diverse regioni con un'ipotesi, un'assunzione di rapporti tra questo momento chiamiamolo di verifica centrale e le regioni non di tipo punitivo, coercitivo o di controllo esterno, ma con una forte enfasi sull'aspetto collaborativo.

In particolare gli articoli 19 della Legge di riforma disegnano un meccanismo di rapporti in cui le regioni, i cui indicatori di performance dei servizi regionali si discostino in maniera particolare dagli standard predefiniti, sono invitate a definire programmi di miglioramento e l'Agenzia avrà un ruolo specifico di supporto su questi dei programmi di miglioramento per riequilibrare ciò che è stato evidenziato essere squilibrato, per ridurre eventuali scostamenti dai parametri attesi.

Quindi da una parte un meccanismo che a livello centrale consente di verificare l'andamento, attraverso una serie di indicatori da definire, dei servizi sanitari regionali rispetto alle loro specifiche capacità e funzionamenti, dall'altra la possibilità di instaurare dei rapporti collaborativi per superare ostacoli e problemi che le singole regioni si possono dovere trovare ad affrontare in ambito di programmazione e di gestione dei servizi.

Risposta *Paola Di Giulio*

Slanzi mi chiedeva se c'è un'alternativa alle ISO 9000.

Vorrei rispondere alla domanda che mi è stata fatta con un esempio.

Si sta parlando di ambiente terapeutico, che è una delle caratteristiche importanti di qualità dell'assistenza e che ottiene anche risultati molto buoni sul paziente.

Questa è una delle pochissime sperimentazioni cliniche fatte da infermieri in Europa, è stata condotta in Inghilterra su un gruppo di pazienti critico per aspetti diversi dai vostri pazienti critici.

Sono pazienti con cancro del polmone operati, che avevano completato il trattamento e che avevano ancora dispnea.

Questi pazienti sono stati randomizzati a due gruppi, (la ricerca è stata fatta in 6 ospedali diversi), e sono stati assistiti con l'assistenza di routine oppure con un ambiente che è stato impostato in modo da modificare la filosofia che c'è di solito in Ospedale.

L'ospedale di solito è centrato sulla cura e sul trattamento e come diceva il collega di Grosseto, credo, si occupa poco della persona; un ambiente terapeutico è un ambiente che mette al centro la persona.

Questi pazienti venivano seguiti una volta alla settimana in questo ambulatorio infermieristico e l'intervento consisteva in queste variabili: veniva fatta una valutazione dettagliata della dispnea, fornita su consigli ai pazienti e alla famiglia su come gestirla, si lavorava con il paziente sul significato che il paziente dava alla dispnea, su esercizi e tecniche di controllo del respiro, sulla definizione degli obiettivi specifici sul paziente e sul riconoscimento di problemi che richiedono interventi medici e farmacologici.

Dopo otto settimane, con una sola visita alla settimana, i pazienti assistiti nel gruppo sperimentale avevano avuto esiti migliori in 5 degli 11 items valutati tra cui la dispnea, lo stato di performance, la depressione e altri sintomi.

La mia avversione, per alcuni aspetti, rispetto alle ISO 9000 è legata al fatto che molti di questi aspetti non sono proceduralizzabili e proceduralizzando tutto si rischia di perdere di vista quelli che sono i contenuti importanti per l'assistenza.

Si può comunque migliorare l'assistenza identificando i problemi, definendo quelli che sono gli obiettivi principali, identificando alcune categorie a rischio e lavorando su queste categorie a rischio per definire quali sono i processi che vanno proceduralizzati, perché ce ne sono alcuni che vanno necessariamente proceduralizzati, ma lo sforzo fatto per produrre i manuali da ottomila criteri non è commensurato ai benefici che se ne ricavano e proceduralizzare tutto rischia di rendere burocratiche e farraginose una serie di procedure che invece richiedono una visione globale, capacità di scelta, capacità di interazione e anche a volte di bypassare alcuni meccanismi.

Era in questo senso che avevo fatto questo intervento critico sull'ISO 9000, è un problema soprattutto di logiche e di rapporti costi/benefici.

Risposta *Elio Drigo*

Volevo rispondere brevemente alla collega di Orbassano che ha l'impressione di trovarsi in un altro mondo e che non esistano processi di integrazione a livello di aziende, tra professionisti ed interprofessionali.

Io posso portare una piccola esperienza, ma credo che ce ne siano molte simili, vissute dalle persone presenti in sala che forse non sono emerse.

All'Ospedale di Udine, ad esempio, nell'azienda sanitaria locale, è stata istituita una scheda infermieristica di dimissione del malato verso il territorio che riesce a passare le comunicazioni riguardo a quello che è stato elaborato e fatto nei confronti del malato in Ospedale in modo da creare la continuità assistenziale con il territorio e viceversa, per cui anche dal territorio la scheda del malato già seguito finisce in ospedale seguendo il malato e crea questa continuità.

Chiaramente questo è uno strumento di integrazione molto importante, anche se l'esperienza è appena partita, tra gli infermieri dell'ospedale e gli in-

fermieri del territorio, ma che coinvolge direttamente anche i medici, perché anche i medici sono stati coinvolti in questo progetto.

Questo è un piccolissimo esempio.

Un altro esempio: nell'ospedale di Udine Santa Maria della Misericordia sono stati istituiti, per iniziativa degli infermieri attraverso il consiglio dei sanitari, sette gruppi di lavoro su sette linee guida ritenute prioritarie all'interno dell'ospedale e incidenti sull'organizzazione, il recupero di risorse e la razionalità dei processi: sette linee guida per definire come i processi diagnostici, terapeutici ed assistenziali devono essere fatti nei confronti di sette patologie ritenute prioritarie.

Si è partiti dalla ricerca bibliografica internazionale per l'individuazione delle linee guida e il collegamento tra i processi diagnostico – terapeutici ed assistenziali in modo tale da mettere insieme quelli che sono i dettami scientifici con quelle che sono le risorse realmente disponibili e quindi arrivare a risultati raggiunti e non soltanto proclamati.

Sono solo due piccoli esempi ma direi che potrebbe essere interessante anche conoscere queste realtà.

Lancio un'idea che mi viene in mente adesso: utilizziamo magari lo spazio dell'ANIARTI POINT, che è abbastanza vasto, per diffondere queste informazioni, questi aspetti positivi.

Interviene Prof. Martinelli

Sono stato un po' chiamato in causa, non mi sono mosso di qua perché, ve lo dico proprio con molta sincerità, ero sicuro che avrei appreso qualcosa, avrei sentito qualcosa di stimolante, avrei potuto recepire, da quelle che sono state le relazioni e gli interventi, qualcosa di concreto e di pregnante.

Intanto questo percorso dell'accreditamento, che è un percorso estremamente delicato, non lo si realizzi, non lo si identifichi solo con l'area critica!

Non perdiamo di vista il *mare magnum* di tutto l'accreditamento di un nosocomio, come si suol dire, e quindi incentrare l'attenzione in maniera concreta, in maniera pregnante così come è stato fatto, credo sia una cosa estremamente fatta bene.

L'accreditamento è da fare insieme, certamente da fare insieme, infermieri e medici in maniera collegiale e collettiva.

Perché credo nell'accreditamento? Perché è un metro, è una maniera oggettiva attraverso la quale si perde quella che è un po' l'autoreferenzialità: «io mi chiamo Martinelli, ho un centro di Rianimazione molto bello» ... e come fai a dirlo? Perché lo dico io? No, adesso vediamo un pochino di perdere la nostra autoreferenzialità; credo che Fiamminghi si riferisse proprio a questo, a togliere questa patina di autoreferenzialità, a dare in un certo qual modo, come è stato anche detto da alcuni interventi molto belli e puntuali, quello che effettivamente è uno strumento di misura che possa dire oggettivamente, criticamente, se quell'ambiente funziona o deve migliorare; certamente dovrà migliorare!

Vi dico rapidissimamente questa mia esperienza: io sono il Direttore della Scuola di Specialità di Anestesia e Rianimazione dell'Università di Bologna.

C'è stato un istante in cui io volevo chiudere la Scuola di Specialità, perché mi sembrava che qualche cosa stridesse, ma prima di chiudere mi sono anch'io rivolto all'*ISO-9000*, a quella certificazione attraverso la quale ho potuto vedere dove c'era la possibilità di migliorare e di realizzare un qualcosa entro cui confrontarmi, rispecchiarmi; quindi la scuola l'ho tenuta aperta.

Ora se è questo l'indirizzo, bella questa tavola rotonda, si vada avanti in questi termini, coinvolgeteci!

La mia presenza qui c'è stata proprio perché, avendo visto questo argomento, dico: facciamo insieme questa strada!

E poi chiedo a Di Giulio: molto bello quello che lei dice, però vedo e ho avuto questa sensazione, se sbaglio correggetemi, che tutto quel po' che si è fatto fino adesso, è stato fatto a livello personale, volontaristico, un pochino solo alcune regioni hanno dato qualche vagito, ma con un silenzio del centro, lì dove si fanno le leggi e poi non arrivano i decreti attuativi.

Vi ringrazio veramente per la gentile ospitalità e per quello che mi avete dato oggi.

Risposta Meris Fiamminghi

Rispondo alla collega e spero di avere interpretato bene l'intervento che hai fatto.

Quello che io ho detto non è decidere quali risultati vogliamo ottenere. Io ho detto decidere quale servizio vogliamo erogare, è un po' diverso, ed in ogni caso ci è richiesto di rendere conto dei risultati che noi otteniamo, e questo è il primo aspetto.

Il secondo aspetto è che esiste un modello ideale di erogazione dell'assistenza infermieristica che sappiamo perfettamente essere difficilmente realizzabile oggi in almeno il 95% delle realtà organizzative nelle quali ci troviamo ad operare.

Con questo voglio dire che non devono essere dimenticati da parte degli infermieri né i principi, né i valori, né il modello ideale di assistenza infermieristica da erogare.

Ciò che dico è che in tutto questo movimento legato all'accreditamento, nel quale c'è un movimento forte sulle procedure e su una serie di cose si deve diventare degli attori protagonisti, senza rimanere delle comparse perché in ogni caso, collega, o lo facciamo noi o la fa qualcun altro per noi.

È vero, quello che abbiamo poteva essere fatto meglio, è vero che l'Australia, la Nuova Zelanda, l'Olanda non sono partiti così, però è vero che l'Italia è questa.

Allora l'Italia è questa, l'Italia ci chiede questo! Che cosa vogliamo fare di ciò che ci viene chiesto?

È questo ciò che io sto dicendo, qual è il tipo di assistenza infermieristica che vogliamo erogare?

Siccome non la possiamo fare a 360° con i 14 bisogni, decidiamo e dichiariamo nelle Carte dei Servizi quello che vogliamo erogare; poi ci mettiamo lì e scriviamo: anzi prima di scriverlo, è meglio farlo, perché una volta scritto il contratto va onorato.

Quindi prima di scrivere nelle Carte dei Servizi che tipo di assistenza vogliamo erogare, bisogna cominciare a guardare e a decidere che tipo di assistenza infermieristica vogliamo erogare, perché se noi eroghiamo solamente quella legata all'applicazione di procedure diagnostico-terapeutiche va bene, però lo dobbiamo dire.

Se vogliamo possiamo aggiungere ulteriori elementi, il bisogno di privacy, piuttosto che l'interazione, piuttosto che quella bella cosa che diceva Di Giulio dell'ambiente super extra, per cui uno anche se ha un cancro al polmone sta benissimo.

Però decidiamo cosa vogliamo fare, perché non abbiamo né il tempo, né i soldi, né più il fiato per riuscire a fare tutto.

Perché chi ha già provato io li vedo, ci sono degli esempi lì in prima fila, chiedete quanto fiato hanno e quanta corsa stanno facendo per fare questo, perché per fare questo vuole dire che devi cambiare le ruote della macchina mentre la macchina va e le devi cambiare tutte e quattro.

Allora se le dobbiamo cambiare tutte e quattro, decidiamo almeno dove deve andare la macchina, che ci sia un qualche cosa di fisso.

I risultati sono comunque una cosa che deve essere resa disponibile, evidente; i risultati li vedremo, le linee guida ci aiutano a capire quali sono i risultati che possiamo perseguire o i risultati attesi che ci attendiamo dalle cose, poi valuteremo lo scarto tra l'uno e l'altro e attiveremo le necessarie azioni di miglioramento.

Questo è l'accreditamento, e comunque ti assicuro che secondo me fa prima a cambiare la cultura, che il modo di organizzare di lavoro degli infermieri.

Questo te lo dico con un peso sullo stomaco terrificante e dico: ma qual è il modo?

Il modo è girarsi come i guanti e capire che cosa vogliamo dare dell'assistenza infermieristica.

Da lì partire, non da quello che si fa, dal piano delle attività, perché il discorso è: se noi capiamo che assistenza infermieristica vogliamo fornire, poi valuteremo i risultati e comunque mentre guardiamo il piano delle attività ci renderemo conto che alcune cose son da fare ancora ma altre non sono da fare più, e sono totalmente inutili, che si fanno solo perché si è sempre fatto così e rappresentano il 30% della spesa, dello spreco, su 10 miliardi sono tre miliardi, un infermiere costa cinque milioni al mese, fate i vostri conti!

È questo che sto dicendo, questo è il mio sgradevole ruolo su questo tavolo, io sono qui e devo anche parlare di soldi!

XVIII CONGRESSO NAZIONALE ANIARTI

**ACCREDITAMENTO E CERTIFICAZIONE
IN AREA CRITICA**

10 novembre 1999 - Pomeriggio

OBIETTIVO

- 3) Presentare elementi e criteri per l'accREDITAMENTO/certificazione di unità operative di area critica e della strumentazione a diversa complessità tecnologica in esse comunemente utilizzata.

Moderatore: *Pierangelo Spada*

RELAZIONI

Elementi e criteri di accREDITAMENTO/certificazione per:

- Logistica
- Strumentazione
- Presidi

1. Criteri di progettazione e gestione delle apparecchiature elettromedicali utilizzate nei servizi di cure intensive di unità terapeutiche, nelle sale operatorie, nelle sale di preparazione al risveglio
Ing. Cesare Bonci - Siemens S.p.A. - Milano
2. La strumentazione per l'infusione elettronica
Dott. Roberto Caciolo - Abbott S.p.a. - Campoverde (LT)
3. Qualità e sicurezza dei dispositivi monouso
Dott. Riccardo Dainese - Medica Vallengia s.p.a.
4. Elementi e criteri per l'accREDITAMENTO e la certificazione di presidi monouso/monopaziente destinati all'area critica
Dott.ssa Claudia Ghedini - Mallinckrodt DAR

DIBATTITO

INTRODUZIONE

I.P.S.A.F.D. E. DRIGO

Presidente Aniasi

Questo pomeriggio, nell'ambito della tematica che quest'anno affrontiamo, abbiamo voluto fare una sperimentazione, che speriamo sia positiva e si possa continuare anche in futuro.

Abbiamo voluto mettere in evidenza e vedere quali sono gli elementi costitutivi dell'accreditamento per le aziende produttrici di strumentazioni e di presidi sanitari, che noi utilizziamo costantemente nel nostro lavoro.

Ci è sembrato importante riflettere su questi aspetti e su queste caratteristiche perché vediamo una grande analogia tra quello che è il processo di lavoro delle aziende e quello che può essere un processo di lavoro, o comunque un processo mentale che mettiamo in atto quando ci poniamo in un'ottica di accreditamento.

Per le aziende si tratta di accreditare l'azienda stessa o il proprio prodotto, per quanto riguarda noi, si tratta di accreditare la struttura, il nostro processo di lavoro e noi come professionisti.

La logica che guida questi processi, è la stessa e riteniamo possa essere molto interessante un confronto diretto tra quanti hanno già questo percorso/processo e noi che ci accingiamo (perlomeno per quanti non hanno ancora iniziato questo percorso) a fare questa nuova esperienza.

Le finalità di questa sessione, sono quelle di far vedere il nesso esistente tra i vari settori dell'accreditamento.

Riteniamo possa essere importante l'interazione che deve esistere tra produttori ed utilizzatori degli strumenti sanitari, per consentire il miglioramento da una parte dei prodotti e dall'altra la qualità dell'uso di questi prodotti.

Dunque questa sessione si pone l'obiettivo di calare nella realtà il discorso teorico, molto vasto, che è stato fatto questa mattina e dare concretezza immediatamente al nostro lavoro, tentando di sviluppare una dimensione dell'essere infermieri che è quella critica, in questo caso nei confronti della produzione di strumenti o di presidi.

Questa dunque vuole essere una sessione di riflessione e di sviluppo di capacità di analisi critica positiva, nei confronti di questi prodotti.

Abbiamo invitato quattro aziende importanti che operano da lungo tempo nel nostro paese con i rappresentanti delle quali ci confronteremo ed avremo la possibilità di interloquire direttamente. Sarà dunque anche una palestra di scambio di informazioni e siamo pregati di far emergere, anche su richiesta dei rap-

presentanti delle aziende, quelli che sono i quesiti che noi ci poniamo a volte nei confronti della qualità delle attrezzature e dei presidi.

Buon lavoro ai relatori ed a quanti parteciperanno al dibattito, affinché questa possa essere un'occasione di crescita comune.

CRITERI DI PROGETTAZIONE E GESTIONE DELLE APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI UTILIZZATE NEI SERVIZI DI CURE INTENSIVE DI UNITÀ TERAPEUTICHE, NELLE SALE OPERATORIE, NELLE SALE DI PREPARAZIONE E DI RISVEGLIO

Ing. C. BONCI

Siemens S.p.A. – Milano – Settore sistemi medicali per diagnostica e terapia.

1. *Sommario.* – 2. *Introduzione.* – 3. *Il ruolo delle tecnologie.* – 4. *La gestione delle apparecchiature elettromedicali.* – 5. *Un nuovo tipo di gestione della manutenzione.* – 6. *Conclusioni.* – 7. *Bibliografia.*

1. Sommario

Con il recepimento in Italia tramite il D. Lgs. n. 46/97 della Direttiva europea 93/42/CEE concernente i Dispositivi Medici, dal 14 giugno 1998 tutte le apparecchiature elettromedicali, munite di marcatura CE, hanno la garanzia di conformità ai requisiti essenziali di sicurezza paziente/operatore, ai requisiti sulla qualità e prestazioni dell'apparecchiatura elettromedicale stabiliti dalla Direttiva e conseguentemente hanno la garanzia di un elevato standard tecnologico.

Ma il crescente numero e la complessità tecnologica raggiunte dalle Apparecchiature Elettromedicali per diagnostica e terapia in uso oggi presso le Strutture Sanitarie rendono sempre più urgente una nuova metodica di gestione che unisca ad una marcata riduzione dei tempi di fermo macchina, conseguenti ai guasti ed alle manutenzioni periodiche, una diminuzione dei costi di assistenza tecnica unitamente ad un completo ripristino della funzionalità dell'apparecchiatura.

Per mantenere nel tempo le caratteristiche che garantiscono ad un'Apparecchiatura Elettromedicale qualità, affidabilità e sicurezza occorre, come noto, che la corretta installazione, la periodica verifica di sicurezza elettrica e la manutenzione preventiva o correttiva, vengano eseguite da personale tecnico *autorizzato* interno o esterno alla Struttura Sanitaria dotato in ogni caso di precise caratteristiche professionali stabilite dalle vigenti Norme.

Dopo un esame delle problematiche relative alla gestione delle Apparecchiature Elettromedicali viene illustrato un nuovo tipo di gestione della manutenzione operante da un anno in Toscana che si può ben integrare nelle prescrizioni di certificazione ospedaliera in conformità alla Norme UNI EN ISO 9000, premessa obbligata di Qualità Aziendale, che costituisce già per diverse Strut-

ture Sanitarie una realtà e una sfida per un Paese, come il nostro, che si sta confrontando in forme sempre più serrate con analoghe realtà europee.

2. Introduzione

Con l'entrata in vigore definitiva della Direttiva europea 93/42/CEE concernente i dispositivi medici, la progettazione delle apparecchiature elettromedicali dal 14/06/1998 ha compiuto notevoli passi in avanti secondo lo stato dell'arte. In sintesi la progettazione di un'apparecchiatura elettromedicale grazie alla conformità alla richiamata Direttiva 93/42/CEE segue i seguenti criteri progettuali:

- sicurezza pazienti/operatori secondo Norme vigenti;
- effettuazione *dell'analisi dei rischi*;
- effettuazione di valutazione clinica prima della messa in commercio;
- informazioni (in lingua italiana) per l'operatore;
- esatta definizione della *destinazione d'uso*;
- obbligo di segnalazione di incidenti o potenziali incidenti;
- verifica di conformità alle prescrizioni di sicurezza;
- rintracciabilità post. vendita;
- adeguamenti nel corso di vita operativa;
- manutenzione periodica.

Quanto sopra significa l'adozione di assicurazione della Qualità e di Qualità totale non solo presso i costruttori di apparecchiature elettromedicali ma anche presso le Strutture Sanitarie. Già nel 1982 l'Organizzazione mondiale della Sanità (W.H.O.) formulava in tal senso le prime proposte [1] subito recepite a livello nazionale dal CEI (Comitato elettrotecnico italiano) [2], ma solo a partire dagli anni novanta anche nel nostro paese, in questo campo, si sono iniziati a compiere i passi decisivi.

Infatti il crescente aumento delle spese nel comparto sanitario degli ultimi anni e la necessità di porle sotto controllo hanno portato il governo, al pari di altri stati europei, a formulare nuove proposte di gestione della Sanità. Ma nello stesso periodo le leggi finanziarie, sulla base di un riordino economico generale delle spese, operavano forti riduzioni anche negli stanziamenti alla Sanità rendendo quindi assolutamente necessaria la ricerca di nuove metodiche gestionali nel non facile intento di conciliare un miglioramento dei servizi offerti con le minori risorse economiche disponibili.

In conseguenza di ciò, viene richiesto oggi ad un Ospedale di essere più impresa e meno Ente statale, di avere più competizione e meno assistenzialismo senza mai perdere di vista l'obiettivo, da perseguire ogni giorno e ad ogni livello, di restituire la salute ai cittadini che fruiscono delle sue prestazioni.

3. Il ruolo delle tecnologie

L'introduzione negli ultimi 20 anni, nelle Strutture Sanitarie, di un grande numero di apparecchiature elettromedicali per diagnostica e terapia con gradi

di sofisticazione e conseguenti costi via via più elevati, rende necessario tenere in grande considerazione il ruolo delle tecnologie degli impianti e delle apparecchiature se si vuole correttamente e compiutamente affrontare le problematiche della Qualità aziendale ospedaliera.

Gli investimenti per impianti tecnologici ed apparecchiature elettromedicali costituiscono, giova ricordarlo, il 50% del costo totale di un nuovo Ospedale. Di questi, un terzo circa si riferisce ai sistemi ed alle apparecchiature elettromedicali. L'ammortamento di queste ultime, per la rapida obsolescenza dovuta all'apparire sul mercato di nuovi, migliori modelli e in conseguenza di nuove Normative di sicurezza e Direttive europee, è mediamente di 4÷12 anni rispetto a quello degli impianti, stimato in 10÷30 anni e delle opere murarie che è di 40÷100 anni. L'onere economico annuale dei contratti di manutenzione poi, può arrivare al 7,12% del costo delle apparecchiature le quali, come valore di installato, si aggirano oggi intorno ai 40 milioni di lire per posto letto [3].

Un così grande patrimonio tecnologico postula la necessità dell'istituzione non più differibile di un servizio di ingegneria clinica interno alla Struttura Sanitaria; il suo buon funzionamento deve coniugare economia gestionale ed efficienza operativa.

4. La gestione delle apparecchiature elettromedicali

Diverse possono essere le metodiche di gestione delle apparecchiature elettromedicali che un Servizio di ingegneria Clinica è chiamato a svolgere. Alla base di ogni tipo di gestione sicuramente deve esserci il risultato che deve garantire un'operatività ed un'efficienza indiscusse, unitamente al contenimento dei costi. Al riguardo le procedure di certificazione ospedaliera che si richiamano al recente D.P.R. del 14 gennaio 1997 [4] che ha dato mandato ad ogni Regione di integrare o modificare localmente tali procedure, prevedono espressamente le *procedure di programmazione degli acquisti di apparecchiature biomediche* e quindi implicitamente un Servizio di ingegneria Clinica. Alcune regioni hanno già deliberato in tal senso con proprie delibere regionali [5, 6] ed hanno considerato la necessaria presenza di *uno o più responsabili delle risorse tecnologiche* assegnando precise funzioni e metodi operativi (fig. 1).

Risorse tecnologiche: responsabilità e protocolli per impianti ed apparecchiature

- esistenza di un Responsabile delle risorse tecnologiche (Atto di nomina);
- il Responsabile risponde del controllo dell'installazione, della gestione e della manutenzione ordinaria e straordinaria di impianti e sistemi elettromedicali (elenco compiti);
- presa di conoscenza da parte degli operatori del Responsabile delle risorse tecnologiche (circolare informativa interna con indicazione responsabili e compiti);
- evidenza delle attrezzature utilizzate/funzionanti (inventario con assegnazione al centro di responsabilità);
- esistenza di linee guida o protocolli a disposizione del personale utilizzatore ineren-

Segue

continua da pagina precedente

- ti l'utilizzo di impianti ed attrezzature ritenute potenzialmente rischiose in caso di uso non corretto, così come definite nella relazione sulla valutazione dei rischi (D.Lgsl.vo 626/94), (Linee guida e protocolli fatti compilare in ogni reparto dal responsabile);
- Esistenza di documentazione relativa agli interventi di manutenzione effettuati (schede di intervento con descrizione, firma e data).

Fig. 1: *esempio di una programmazione dei requisiti tecnologici con relativi indicatori*

Sono già noti i compiti di un servizio di ingegneria clinica: essi interessano tutta la vita di un impianto o di un'apparecchiatura elettromedicale e riguardano essenzialmente:

- l'acquisizione in fase di Capitolato
- l'accettazione ed il collaudo
- l'inventario
- il supporto tecnico al personale utilizzatore
- la manutenzione ordinaria periodica (preventiva)
- la manutenzione straordinaria (correttiva di primo livello)
- la sostituzione (per obsolescenza)

Tutti questi compiti sono già obbligo di legge come ad es. l'inventario delle apparecchiature di radiologia e medicina nucleare previste dall'art. 112 del D.Lgsl.vo 230/95 [7] o le prove di accettazione previste insieme a prove di stato e di costanza dall'art. 113 dello stesso Decreto legislativo. Anche il D.P.R. del 14 gennaio 1997, già citato, afferma al par. 4 sulla Gestione delle risorse tecnologiche che ... (*omissis*) *La Direzione adotta un inventario delle apparecchiature in dotazione*.

Particolarmente importanti sono le procedure di manutenzione ordinaria e straordinaria che possono essere eseguite da personale esterno o da un servizio di ingegneria clinico interno alla struttura, ma che in entrambi i casi deve essere soggetto alla Norma UNI CEI EN 46002 [8] che all'art. 4.18 così recita: ... «l'installazione, il montaggio, la manutenzione e le riparazioni devono essere effettuate solo da tecnici all'uopo addestrati dal costruttore dell'apparecchiatura elettromedicale tenendo sempre in considerazione gli obiettivi del Sistema Qualità. Deve essere conservata apposita registrazione dell'addestramento».

Fino ad oggi tale articolo, di importanza rilevante per l'esecuzione a regola d'arte di ogni operazione su un Dispositivo Medico, sembra essere stato poco applicato nel caso di manutenzione non direttamente affidata ai costruttori, ma, in vista della certificazione di Qualità, ogni struttura ospedaliera dovrà adoperarsi presso i costruttori perché essi diano quella informazione e formazione ai tecnici del Servizio di ingegneria clinica locale affinché questi possano espletare la loro attività di manutenzione (di primo livello) sulle apparecchiature elettromedicali con professionalità e con precise conoscenze tecniche. L'adempimento del citato art. 4.18 costituisce anche pieno adempimento del Capo VI «Informazione e formazione dei lavoratori» del ben noto D. Lgsl.vo 626/94 [9] riguardante il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavo-

ratori sul luogo di lavoro in quanto la conoscenza tecnico-circuitale delle apparecchiature che si ottiene con la partecipazione ai corsi effettuati dai costruttori, quale mezzo propedeutico per l'abilitazione agli interventi preventivi o correttivi, costituisce anche presunzione di effettuazione dell'analisi dei rischi così come richiesto dal citato D.Lgsl.vo 626/94.

Che la manutenzione sia compito non trascurabile della struttura sanitaria è ribadito anche dalla Norma CEI 62-5 [10] che al par. 2.12.13 così definisce l'utilizzatore: «Ente responsabile dell'uso e della manutenzione dell'apparecchio» e il D.P.R. del 14/01/1997 [4] è ancora più esplicito affermando sempre al par. 4:...*(omissis)* «deve esistere un piano per la manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature biomediche...».

La qualificazione alla manutenzione è regolata dal paragrafo 6.8.3 della citata Norma CEI 62-5 che si riporta integralmente data la sua chiarezza ed esaustività: *(omissis)*... la descrizione tecnica deve contenere l'impegno da parte del costruttore a fornire dietro richiesta quegli schemi di circuiti, liste di parti componenti, istruzioni per tarature, od altre informazioni che servano al personale appropriatamente *qualificato* dell'utente e per riparare quelle parti dell'apparecchio che il costruttore considera riparabili».

Anche la prescrizione che istruzioni d'uso e in generale la documentazione annessa debbano essere in lingua italiana è stata finalmente imposta dall'art. 5/4 del D. Lgsl.vo 46/97 che ha recepito in Italia la Direttiva concernente i Dispositivi Medici 93/42/CEE.

Fanno parte della manutenzione ordinaria periodica anche le verifiche di sicurezza elettrica con periodicità e metodiche ben descritte nella Guida CEI fasc. 1276 G [11, 12]. Anche in questo campo la collaborazione con il costruttore delle apparecchiature, si rivela determinante. Siemens, settore Medicale, certificata secondo la Norma EN ISO 9000, può fornire ad es. per ogni apparecchiatura apposite **check list** di manutenzione e di sicurezza elettrica rispondenti ai criteri di Qualità. Sulla base di tale documentazione alcuni reparti ospedalieri, anch'essi certificati secondo le Norme EN ISO 9000, hanno emesso proprie procedure interne di inventario e gestione tecnica (figg. 2, 3).

AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE CA' GRANDA Comune di Milano		Dipartimento Medico Chirurgico Cardiotoracico «Angelo De Gasperis» Servizio di Anestesia e Rianimazione Primario: Dr. Mario Merli		
C:\UCICTSO9002\MODULI\SERVO.DOC				
CHECK DI CONTROLLO RESPIRATORI				
SERVOVENTILATOR 900 C		Matricola:		
data	firma di chi assembla il circuito interno	firma di chi smonta il circuito interno	ore di lavoro	note per guasti e firma di chi rileva il guasto

Fig. 2: esempio di check di controllo di un Ventilatore Polmonare Siemens

Div. di ing. Clinica	Azienda ospedaliera Niguarda	Milano
Scheda apparecchiatura		
compilare	in UCICT	o CO se l'intervento viene effettuato in loco
compilare	in DIC	(portare la scheda in DIC al momento del ritiro dell'apparecchio)
Identificazione Apparecchiatura		
n. matricola:	333302	
Tipologia:	Ventilatore elettromeccanico	Modello: SV 900 C
Costruttore:	Siemens	
N. serie	1825768	Data install. Dicembre 1998
reparto:	3° serv. anestesia e rianimazione UCICT	
modalità di utilizzo:	v. manuale d'uso o protocollo c/o Caposala	
modalità e frequenza di manutenzione/taratura:	ogni 1000 ore	
Registrazione interventi di manutenzione e taratura:	<input type="checkbox"/>	
		Data:
O = manut. ordinaria, S = manut. straordinaria, T = taratura		

Fig. 3: esempio di scheda tecnica di gestione di un apparecchiatura elettromedicale

5. Un nuovo tipo di gestione della manutenzione

Da quanto sopra detto si ritiene che una gestione delle apparecchiature elettromedicali, la cui responsabilità primaria è demandata, come visto, all'ente utilizzatore, non possa essere trasferita in toto a gruppi privati operanti all'esterno della struttura sanitaria. Infatti sebbene da una parte viene ceduta ad altri la responsabilità gestionale specifica, dall'altra viene a mancare il controllo diretto e quindi perdita di qualità e di sicurezza del patrimonio tecnologico della Struttura Sanitaria.

Oltre a ciò verrebbe sicuramente meno la responsabilità del costruttore in quanto la manutenzione del bene viene affidato ad una ditta non autorizzata perché priva dell'addestramento che il Costruttore fornisce sulla base del citato art. 4.18 della Norma UNI CEI EN 46002 sopra richiamata.

Si crede al contrario che l'instaurare un rapporto di collaborazione fra il servizio di ingegneria clinica interno all'ospedale e i costruttori delle apparecchiature sia oltremodo utile in termini di tempestività, efficienza e contenimento dei costi come dimostrato ad es. dal *Progetto METIS 2* [13] costituito, nel giu-

gno del 1997, dall'associazione delle USL 9 di Grosseto, USL 2 di Lucca, USL 6 di Livorno, AOP di Pisa, USL 5 di Pisa e USL 12 di Viareggio. Con tale progetto le 6 USL hanno stipulato con alcune ditte fornitrici un contratto di manutenzione comune denominato « formula partner » con il quale le ditte si sono impegnate ad effettuare:

- formazione da parte di personale qualificato a uno o più tecnici di ciascuna USL per l'esecuzione di una corretta manutenzione periodica e per l'esecuzione di interventi di manutenzione correttiva di primo livello. Siemens ha effettuato un corso teorico-pratico di 8 giorni per apparecchiature di elettromedicina e un corso di 10 giorni per radiologia. Al termine dei corsi, a ciascun partecipante, quale *tecnico autorizzato*, è stato rilasciato un attestato di frequenza per l'abilitazione all'esecuzione di interventi di primo livello (come definito dal par. 6.8.3 della Norma CEI 62-5 sopra riportato). A questo primo corso sono seguiti e seguono corsi di aggiornamento periodico.

- autodiagnosi a distanza per i sistemi elettromedicali di imaging (CT, MR, Angiografia). Siemens dispone di un collegamento via modem fra apparecchiatura del Cliente e monitor dedicato « *magic view* » presso il proprio Centro di Supporto Tecnico in Milano;

- supporto al tecnico interno da parte del centro di assistenza del costruttore (Centro di Supporto Tecnico Siemens, *numero verde 167 827119*) per la risoluzione in tempi rapidi di guasti non immediatamente diagnosticabili in loco e in generale per tutti i quesiti, dubbi e chiarimenti di ordine tecnico;

- definizione della percentuale di abbattimento del canone annuo in base all'attività del tecnico interno;

- percentuale di abbattimento del canone annuo in caso di nessun guasto dell'apparecchiatura;

- listino prezzi dei ricambi da allegare al contratto, bloccati per il periodo di validità del contratto;

- fornitura della strumentazione di test per la manutenzione preventiva e per l'esecuzione di azioni correttive eseguibili internamente, con relativo costo (Siemens ha fornito i dispositivi di misura relativi ai propri apparecchi e strumentazione di service);

- inclusione di tutte le parti di ricambio;

- sconto al pagamento in un'unica soluzione anticipata o in due rate del canone pattuito.

Nel caso della ditta Siemens, il contratto triennale stipulato nel giugno del 1997 su un parco macchine di 250 apparecchi di elettromedicina (monitor e defibrillatori cardiaci, elettrobisturi, elettrocardiografi, cicloergometri, ventilatori polmonari) e 50 apparecchi di imaging (RX, CT, MR, US) ha già sortito, alla fine del primo anno di gestione, alle 6 USL della Toscana, un accredito medio del 23% dell'importo del canone complessivo (quindi una riduzione di spesa di quasi un quarto del canone pattuito) e una percentuale variabile fra il

22 e il 30% in termini di numero di interventi eseguiti direttamente dai tecnici delle USL locali (figg.4, 5).

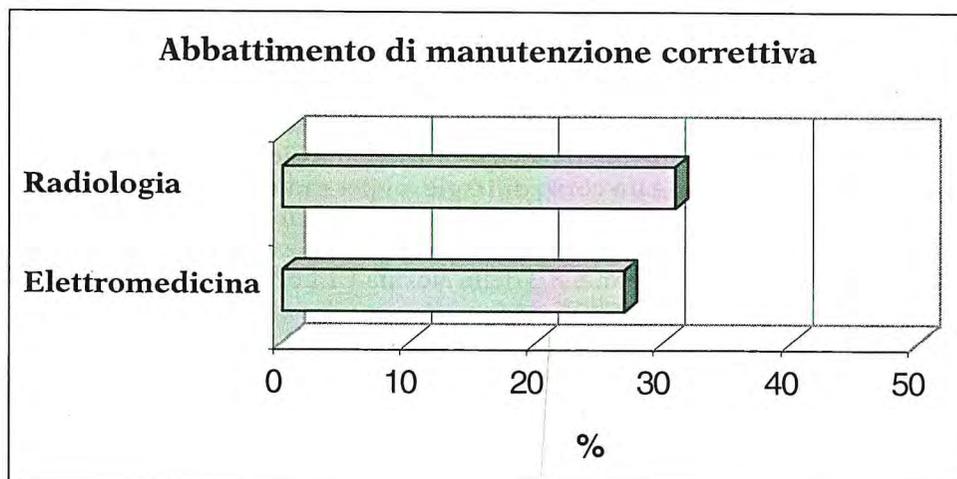


Fig. 4

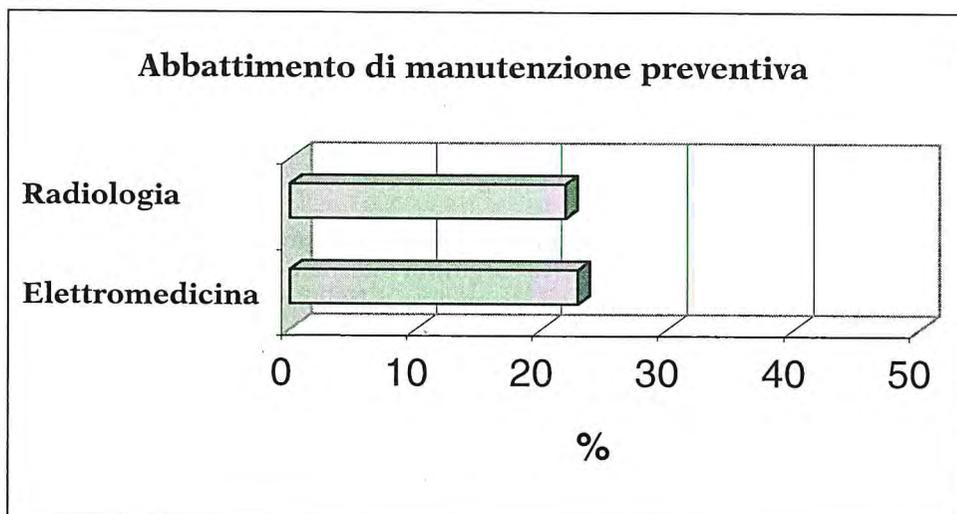


Fig. 5

Al beneficio economico occorre aggiungere quello più importante della

drastica riduzione dei fermi macchina (fig. 6), della valorizzazione crescente delle risorse interne, del controllo in tempo reale dello stato del proprio patrimonio tecnologico e della certezza di una consulenza tecnica professionale con il Costruttore sempre disponibile.

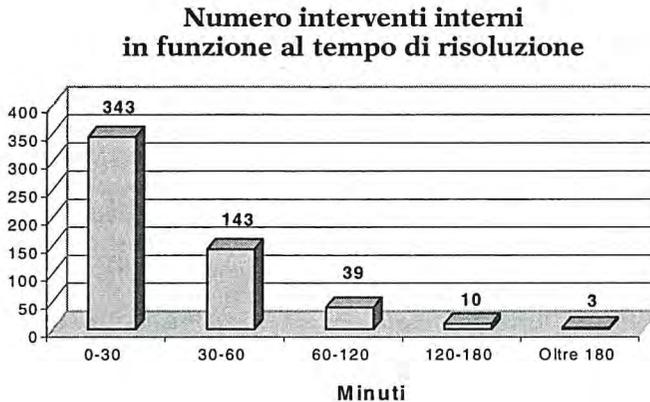


Fig.6

6. Conclusioni

La certificazione ospedaliera proposta alle Regioni dal Governo con nuovi strumenti legislativi, quale primo passo verso un'assicurazione della Qualità di tipo aziendale, vede coinvolta in maniera non trascurabile anche la gestione del parco tecnologico. La presenza attiva di un servizio di ingegneria clinica che si avvalga di un rapporto di collaborazione con il costruttore, fondato su pari dignità e reciproca convenienza, può permettere l'espletamento completo di tutti i compiti affidati a tale servizio nell'ottica di una sua ottimizzazione in termini di:

- efficienza globale;
- riduzione fermi macchina (e quindi utilizzo razionale delle apparecchiature);
- soddisfazione nell'aver un interlocutore tecnico ben definito e competente;
- contenimento dei costi;
- grande redditività dei reparti;
- migliorata efficienza operativa degli impianti;
- incentivazione del personale interno dal punto di vista professionale.

7. Bibliografia

1. World Health Organisation –Genève (CH): *Garanzia della Qualità nella Diagnostica radiologica*, ed. W.H.O. – 1982.
2. C. BONCI: *Assicurazione della Qualità: un traguardo in vista* – 94^a Riunione annuale AEI, Ancona, Vol. 6- Ottobre 1993.
3. LAMBERTI-RAINER: *Le apparecchiature biomediche e la loro gestione* – ed. Patron 1998.
4. D.P.R. 14 gennaio 1997: *Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.*
5. Delibera Giunta Regionale della Lombardia: *Accreditamento strutture sanitarie* Bollettino ufficiale della regione Lombardia, 4 settembre 1998.
6. Delibera Giunta regionale Regione autonoma Friuli-Venezia Giulia n. 1852 /97: *Accreditamento delle strutture pubbliche e private. Approvazione requisiti e procedure.*
7. D. Lgsl.vo n. 230/95: *Attuazione delle Direttive Euratom 80/836, 84/467, 84/466, 89/618, 90/641 e 92/3 in materia di radiazioni ionizzanti».*
8. UNI CEI EN 46002: *Dispositivi medici. Prescrizioni particolari per l'applicazione della EN ISO 9002.*
9. D. Lgsl. 626/94 *Attuazione delle Direttive 89/391/CEE, 89/654/CEE, 89/655/CEE, 89/656/CEE 90/269/CEE, 90/394/CEE e 90/679/CEE riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro.*
10. Norma CEI 62-5 2^a ed. 1991 *Apparecchi elettromedicali. Parte 1: Norme generali per la sicurezza.*
11. Pubblicazione CEI (1997) fasc. 3783 R: *Guida alle prove di accettazione, all'uso e alle verifiche periodiche di sicurezza di apparecchi elettromedicali in locali adibiti ad uso medico.*
12. C. BONCI: *Sicurezza e prestazioni delle apparecchiature elettromedicali -AEI – Automazione, Energia, Informazione* vol. 80 n. 10 ottobre 1993.
13. Progetto Metis II: *Gestione della manutenzione delle attrezzature tecnologiche sanitarie* ed. Regione Toscana, 1998.

LA STRUMENTAZIONE PER L'INFUSIONE ELETTRONICA

R. CACIOLO

Abbott S.p.A. Campoverde (LT)

La strumentazione per l'infusione elettronica

Abbott impegnata nel settore dell'infusione elettronica da circa 20 anni.

Obiettivi:

Qualità dei prodotti

Precisione nell'infusione

Preparazione Tecnico/Scientifica del Personale

Rispondenza alle normative vigenti



ABBOTT

La Abbott è impegnata da circa 20 anni nel settore dell'infusione elettronica. Tra i suoi obiettivi primari, troviamo sicuramente:

- Qualità dei prodotti
- Precisione nell'infusione e nel dato clinico ottenuto dai sistemi di monitoraggio
- Preparazione Tecnico/Scientifica del proprio personale
- Rispondenza alle normative vigenti

Tutto ciò per poter garantire ed assicurare il corretto funzionamento dei propri prodotti e supportare l'utilizzatore nella gestione quotidiana delle pratiche di Reparto.

Normativa vigente

Legge 46/97

Punti principali:

- ★ *Marchio CE (CE 0050)*
- ★ *Manuale d'uso e SW in Lingua Italiana*
- ★ *Etichette*
- ★ *Rispondenza alle normative CEI 62.5 e particolari sulla sicurezza elettrica*
- ★ *Destinazione d'uso*
- ★ *Training all'utilizzatore*
- ★ *Servizio Assistenza Clienti*
- ★ *Validità (rinnovo) documento di certificazione*

ABBOTT

Questi sono alcuni dei punti che vorremmo sottolineare per poter condividere con voi le attività che Abbott pone in essere ogni giorno per essere al fianco dell'Operatore sanitario con prodotti di qualità.

Certificazione di Qualità

Unità Produttive certificate

ISO 9001/ISO 9200
EN 46001/EN 46002

Ente Certificatore: NSAI
FDA



 ABBOTT

I prodotti e le Unità produttive sono certificate per assicurare all'utente lo standard di qualità previsto dalla Normativa vigente sui prodotti immessi in commercio.

I prodotti hanno Marchio CE e le Unità Produttive sono certificate ISO9001 o ISO 9002, EN 46001 o EN 46002 (dipende dalla Unità Produttiva) e l'Ente Certificatore è l'**NSAI**. Per il Mercato Americano i prodotti sono certificati FDA.

Come l'Azienda arriva alla certificazione di Qualità?



Progetto strumento: conforme ISO/EN
Realizzazione prototipo
Test in Laboratorio
Test in ambiente clinico
Progetto sottoposto a ENTE CERTIFICATORE
Localizzazione prodotto:
Traduzione in lingua locale manuale operativo
Etichette
Software (utilizzo di icone)

 ABBOTT

La diapositiva credo che illustri chiaramente *come l'Azienda arriva alla certificazione di Qualità*.

Vorremmo sottolineare alcuni punti:

Progetto strumento: rispondenza alle norme ISO 9000, Marchio CE.

Test di Laboratorio: tra i test di verifica dello strumento sono inclusi quelli relativi alla precisione del dato fornito, alla sicurezza, alla affidabilità dello strumento.

Test in ambiente clinico: i test sopra elencati vengono ripetuti nel reale ambiente di utilizzo dello strumento, per verificare il comportamento dello strumento nella realtà lavorativa.

Localizzazione del prodotto: Software ad icone: è una nuova modalità per realizzare l'interfaccia utente che riteniamo più immediata rispetto al tradizionale Software che utilizza vocaboli.

Cosa fa l'Azienda per garantire un elevato standard di Qualità?

Formazione/Addestramento del personale tecnico:

solo il personale addestrato presso l'unità produttiva può riparare i sistemi infusionali

In caso di mancanza di training gli strumenti sono inviati presso le Unità di Produzione



ABBOTT

Anche la formazione e l'addestramento del personale rispondono ai canoni previsti dalle norme di Qualità.

È una regola Aziendale quella di formare i propri tecnici sulla nuova strumentazione prima che il prodotto venga immesso in commercio.

Nel caso in cui ciò non fosse possibile, le riparazioni vengono effettuate direttamente presso la fabbrica. Per evitare disagi all'Operatore Sanitario, lo strumento difettoso viene temporaneamente sostituito con uno funzionante di uguale modello. Questa sostituzione non comporta un nuovo training per il personale, in quanto lo strumento è identico.

Cosa fa l'Azienda per garantire un elevato standard di Qualità?

Il nostro Servizio Tecnico ha ottenuto la Certificazione

ISO 9002

*Standard di Qualità riconosciuto
Ente Certificatore: IMQ*



ABBOTT

Il nostro Servizio Tecnico ha ottenuto la Certificazione ISO 9002 proprio in questo anno.

L'obiettivo Aziendale è quello di dare un Servizio al Cliente che abbia un elevato standard di Qualità, certificato da un Ente Certificatore esterno e riconosciuto.

Il processo per ottenere tale certificazione è stato lungo, faticoso, costoso in termini di impiego di risorse sia umane che finanziarie.

Le tappe principali possono essere riassunte nel seguente modo:

- verifiche da parte dell'Ente Certificatore delle «procedure di fatto» seguite dal Servizio Tecnico;
- codifica in Procedure scritte secondo lo standard ISO 9000 di tutte le attività del Reparto;
- realizzazione del Manuale delle Procedure di Reparto;
- visita Ispettiva da parte dell'Ente Certificatore per verificare l'attuazione delle Procedure di Reparto.

Le procedure riguardano varie attività del Reparto.

Tra le altre citiamo:

- ricezione merce/presa in carico strumento;
- immagazzinamento;
- decontaminazione strumento;
- riparazione (concordanti con le procedure dettate dalla Unità Produttiva);
- monitoraggio status riparazione;
- test di verifica funzionalità dello strumento dopo la riparazione;
- spedizione;
- archivio documentazione relativa alla riparazione o ad eventuali Recall (miglioramenti tecnici).

Cosa fa l'Azienda per garantire un elevato standard di Qualità?

Formazione/Addestramento del personale di vendita:

al fine di garantire un adeguato supporto tecnico/scientifico in fase di training degli utilizzatori.



La formazione e l'addestramento del proprio personale di vendita, è per Abbott un punto focale:

La preparazione tecnico/scientifica è la base fondamentale per poter mettere l'utilizzatore in condizioni di poter utilizzare al meglio gli strumenti in dotazione nel proprio Reparto.

La nostra Azienda si avvale di esperti aziendali e di Consulenti esterni che vivono quotidianamente l'operatività del Reparto.

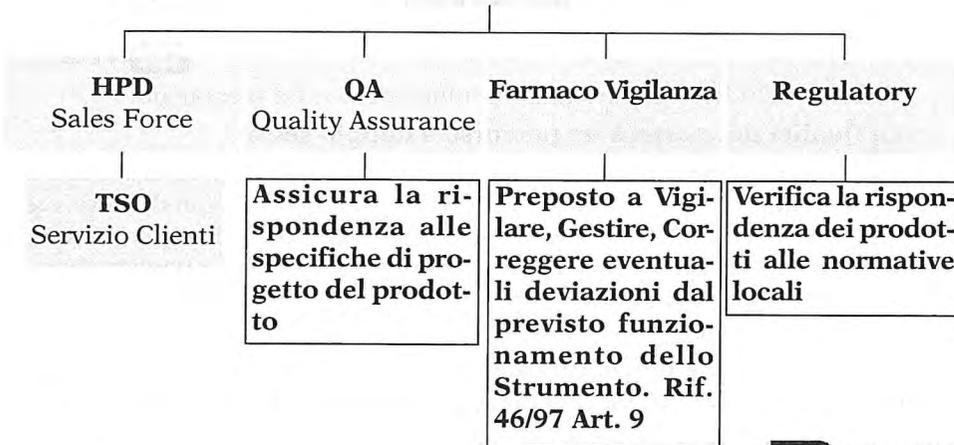
Cosa fa l'Azienda per garantire un elevato standard di Qualità?

Per poter garantire quanto detto fino ad ora, Abbott ha modellato la sua struttura organizzativa:



Abbott Italia

Abbott Italia



Vorrei fare con voi una prima considerazione:

Spesso l'Accreditamento sembra essere un fardello che appesantisce il proprio lavoro:

Nuove Procedure

Modifiche a volte anche sostanziali delle strutture

Cambiamento delle consuetudini

In realtà l'effetto prodotto dalla certificazione è quello di ottimizzare i flussi di lavoro del Reparto, riducendo rework (non è infrequente che persone diverse ripetano la stessa procedura in tempi diversi) ed ottimizzando l'uso delle risorse sia economiche, che umane, che della strumentazione in dotazione al proprio Reparto.

Il Servizio Tecnico ha due compiti «istituzionali»:

- *Gestire nuovi strumenti da inviare all'utilizzatore*
- *Gestire le riparazioni degli strumenti*

Credo che la diapositiva seguente illustri chiaramente come queste due attività vengano svolte dal nostro Servizio Clienti.



Servizio Clienti

Gestisce nuovi strumenti da inviare all'utilizzatore finale:

Lo strumento arriva dalla Unità produttiva già collaudato

Ripete il collaudo per verificare se ci sono stati problemi durante il trasporto

Gestione riparazioni:

Al termine di ogni riparazione certifica che lo strumento risponda alle caratteristiche costruttive



Vorrei concludere questa mia presentazione con un messaggio:

La Qualità deve essere un percorso a doppio senso.

Da un lato l'Azienda deve garantire un elevato standard qualitativo che per noi si snoda nel percorso illustrato fino ad ora, dall'altro l'Azienda deve avere una grossa disponibilità a ricevere le indicazioni, i feedback, i suggerimenti che voi giornalmente le offrite, per poter implementare, migliorare, attagliare i propri prodotti alle esigenze cliniche ed operative di ogni Reparto. Deve, cioè, far tesoro della vostra esperienza.

La Qualità non è uno status acquisito, ma un processo dinamico che ogni giorno ottimizza e migliora un prodotto, un servizio, un processo.

L'augurio è che sempre di più le Aziende produttrici e le Aziende Sanitarie si incontrino sulla strada dell'Accreditamento.

QUALITÀ E SICUREZZA DEI DISPOSITIVI MONOUSO

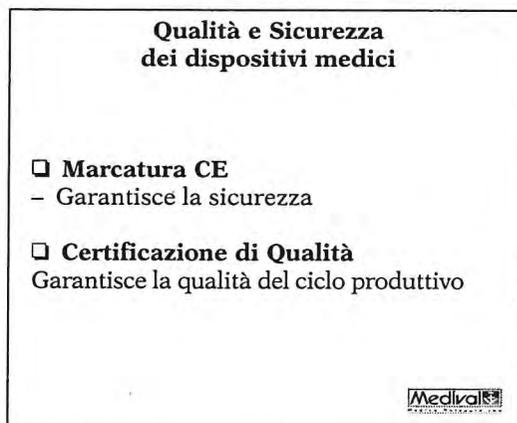
Dott. R. DAINESE
Medica Valeggia S.p.A.



La qualità ed in particolare la sicurezza del prodotto, viene garantita dal sistema produttivo dei fabbricanti, dalle procedure che si impongono e dai parametri che le Aziende stesse si pongono, generalmente superiori ai minimi imposti dalla direttiva.

Ricordiamo di fatto che in caso di incidente è lo stesso fabbricante il responsabile, e a nulla serve il fatto che il dispositivo sia dotato o meno di marcatura CE.

Dopo il 15 giugno 1998, non possono più essere prodotti dispositivi medici senza marcatura CE ai sensi della Direttiva 93/42/CEE!



La marcatura CE è l'espressione sintetica della dichiarazione del fabbricante o di un suo mandatario (se il fabbricante ha sede fuori della Comunità Europea) che un prodotto soddisfa tutti i requisiti legislativi di natura comunitaria ad essa applicabili: la sua funzione è pertanto quella di assicurare i pazienti, gli utilizzatori e le Autorità pubbliche degli Stati membri dell'Unione Europea, in merito al soddisfacimento degli obblighi normativi (in Italia la Direttiva 93/42/CEE è stata recepita nel nostro ordinamento con il Decreto Legislativo 24 febbraio 1997, n.46 e successive modifiche).

È pertanto responsabilità e dovere del fabbricante produrre articoli che rispondano ai massimi requisiti di qualità.

Questa non è un'operazione facile ed economica, al contrario risulta essere molto complessa, lunga e costosa.

Ma vediamo di esaminare un ciclo di produzione, dal progetto alla commercializzazione, tralasciando la parte «meccanica» del prodotto, ovvero la parte visiva, quella che potrebbe far sembrare un prodotto uguale o molto simile ad un altro, ma che in realtà potrebbe avere delle differenze molto importanti, ma non direttamente «visibili».

Prendiamo ad esempio un semplice *rubinetto* (ma potrebbe essere un catetere od altro)

Vediamo come procede la Società Vygon i cui prodotti sono distribuiti in Italia dalla Medica Valeggia S.p.A. che io oggi rappresento:



Per la scelta del materiale plastico deve si tenere conto di una serie di fattori:

Aspetti regolamentari (direttiva 93/42 CEE)

1) *Inerzia chimica e compatibilità con farmaci*. Gli studi sulla compatibilità con i farmaci sono molto complessi riguardano sia l'interazione del farmaco verso il polimero (adsorbimento, assorbimento e permeazione), sia del polimero verso il farmaco (migrazione di componenti verso il farmaco come per esempio i plastificanti).

2) *Biocompatibilità e biostabilità.* Secondo le nostre procedure sottoponiamo la materia prima ad una serie di test, con particolare attenzione alle norme ISO 10993 parti da 1 a 19.

3) *Attitudine alla sterilizzazione.* La sterilizzazione comporta sempre delle modifiche alla struttura molecolare del materiale plastico e di queste variazioni si deve tenere già conto in fase di progettazione

4) *Performance meccanica.* Si devono valutare le caratteristiche ottiche, la durata, la fluidità, le transizioni termiche, la resistenza meccanica (schiacciamento, strappo, choc, scoppio, piegatura) e resistenza alla fissurazione sotto sforzo meccanico e chimico.

5) *Trasformabilità.* La scelta del materiale deve tenere conto ovviamente anche della facilità di messa in opera, facilità di assemblaggio, possibilità di incorporare additi o cariche quali coloranti, radiopacizzanti....

6) *Funzionalità.* Ovviamente è un punto fondamentale e, forse, quello più facilmente intuibile anche dall'utilizzatore. Il prodotto si potrà definire funzionale se rispecchierà certe caratteristiche, tra le quali:

Funzionalità del materiale utilizzato	
<input type="checkbox"/>	Trasparenza (<i>recipienti, tubi</i>)
<input type="checkbox"/>	Morbidezza (<i>cateteri, sonde, sacche</i>)
<input type="checkbox"/>	Rigidità (<i>recipienti, raccordi, coni</i>)
<input type="checkbox"/>	Bassa densità (<i>trasporto</i>)
<input type="checkbox"/>	Resistenza meccanica (<i>cateteri, prolunghe</i>)
<input type="checkbox"/>	Resistenza agli agenti chimici e compatibilità con i farmaci
<input type="checkbox"/>	Resistenza all'aderenza dei microrganismi
<input type="checkbox"/>	Permeabilità o impermeabilità ai gas o al vapore acqueo (<i>medicazioni, recipienti</i>)
<input type="checkbox"/>	Resistenza all'invecchiamento
<input type="checkbox"/>	Radiopacità
<input type="checkbox"/>	Rispetto dell'ambiente (<i>ecobilancio, smaltimento</i>)
<input type="checkbox"/>	Prezzo e facilità di approvvigionamento



- Trasparenza (recipienti, tubi)
- Morbidezza (sacche, sonde, cateteri)
- Rigidità (recipienti, raccordi, coni)
- Bassa densità (trasporto)
- Resistenza meccanica (cateteri, prolunghe)
- Resistenza agli agenti chimici e compatibilità con farmaci
- Resistenza all'aderenza di microrganismi (cateteri, sonde)
- Permeabilità o impermeabilità ai gas o al vapore acqueo (pellicole per medicazione, recipienti)
- Resistenza all'invecchiamento
- Radiorilevabilità (radiopacità)
- Rispetto dell'ambiente (riduzione della massa, ecobilancio, condizioni di smaltimento)
- Prezzo

– Facilità di approvvigionamento.

Una volta «trovata» la formula giusta, viene scritta la procedura dettagliata e fatta la scelta del fornitore della materia prima. Ogniqualvolta arriva una consegna di materia prima, la stessa viene esaminata dai laboratori interni per verificarne l'esatta rispondenza con quanto richiesto. (test di laboratorio in procedura).

La fase di produzione

Controllo per campionatura di tutti i lotti a tutti i passi di fabbricazione (estrusione, iniezione, assemblaggio, imballo).

Convalida periodica dei processi di fabbricazione per assicurarsi del buon funzionamento delle macchine e del livello di formazione degli operai.

Controllo periodico della qualità dell'aria nelle "camere bianche".



La fase di produzione

Tutti i presidi prodotti rispondono alla Direttiva 93/42/CEE che ha reso obbligatoria la marcatura CE di tutti i dispositivi medici prodotti dopo il 15 giugno 1998. Ma la marcatura CE assicura solo i minimi standard per la sicurezza del paziente. Per produrre articoli con marcatura CE non è obbligatorio che il produttore sia in possesso di certificazione di qualità in conformità alle norme della serie ISO 9000 / EN 46000 / EN 550.

Dopo il controllo e la scelta della materia prima, in fase di produzione è necessario eseguire:

- controllo per campionatura di tutti i lotti a tutti i passi di fabbricazione (estrusione, iniezione, assemblaggio, imballo);
- convalida periodica dei processi di fabbricazione per assicurarsi del buon funzionamento delle macchine o del livello di formazione degli operai;
- controllo periodico della qualità dell'aria nelle «camere bianche».

La sterilizzazione

Il processo di sterilizzazione è complesso e necessita di una gestione a parte. Infatti esistono norme di sicurezza particolari atte a garantire la sicurezza non solo del prodotto, ma anche del personale operante e dell'ambiente ecologico.



La sterilizzazione

Il processo di sterilizzazione è complesso e necessita di una gestione a parte. Infatti esistono norme di sicurezza particolari atte a garantire la sicurezza non solo del prodotto, ma anche del personale operante e dell'ambiente ecologico. Non c'è tempo oggi per «immergerci» in questo campo, troppo tecnico e complesso per essere trattato in pochi minuti, ma di estrema e fondamentale rilevanza nell'economia di efficiente processo di produzione nel nostro settore.

Il prodotto finito

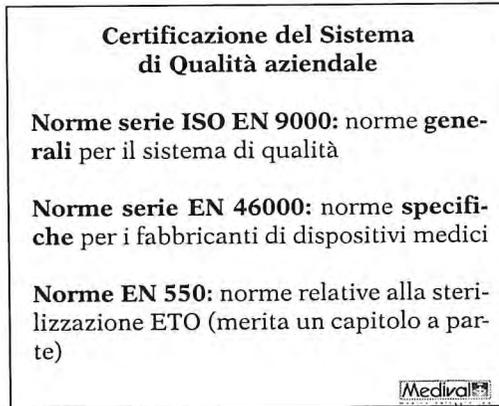
- Prelievo per lotto**
- Test di controllo*
- OK*



Il prodotto finito

Una volta prodotto, confezionato e, se del caso, sterilizzato, vengono prelevati dei campioni per ogni lotto di produzione e gli stessi vengono sottoposti a tutti i test finali, sia chimici che fisici. Si verifica così che il prodotto risponda effettivamente a tutte le caratteristiche volute in fase di progettazione. Per i

prodotti sterili si verifica l'avvenuta sterilizzazione e contestualmente la non tossicità (residuo ETO etc).



L'Assicurazione della Qualità già in fase di progettazione e poi nella fabbricazione, verifica la conformità *del Sistema di Qualità aziendale* relativo alle norme in vigore in questo campo:

- *Norme serie ISO EN 9000:* norme *generali* per il sistema di qualità
- *Norme serie EN 46000:* norme *specifiche* per i dispositivi medici
- *Norme EN 550:* norme relative alla sterilizzazione ETO (merita un capitolo a parte)

La Certificazione del Sistema di Qualità, richiesta volontariamente da un'azienda, viene rilasciata da organi preposti che in seguito effettuano visite ispettive periodiche atte a verificare il mantenimento *o il miglioramento* delle procedure certificate.



Ovviamente in pochi minuti è molto difficile spiegare il complesso iter della produzione di qualità. L'importante è capire che ci sono diversi modi di produrre, seguendo diverse procedure.

La Certificazione di Qualità, non obbligatoria, può essere sicuramente già da sola una garanzia di qualità e di sicurezza, ma sarà poi scelta dei produttori e dei distributori imporsi delle procedure «superiori» che avranno lo scopo di garantire uno standard di qualità di produzione e distribuzione sempre più alto.

Non è un caso infatti che norme ISO sono state codificate sulla base di principi che le industrie stesse avevano sviluppato come linee guida relative dei propri processi produttivi: il settore medicale ha fatto scuola in tal senso utilizzando i documenti GMP (Good Manufacturing Practices o Principi di Buona Fabbricazione).

La Commissione Della Comunità Europea si rese conto di quale potente e riconosciuto mezzo di controllo del mondo industriale e dei servizi fosse la certificazione dei Sistemi di Qualità: la c.d. «Politica dell'Approccio Globale» ha quindi introdotto la possibilità per le Aziende di dimostrare la conformità dei propri prodotti ai Requisiti Essenziali definiti dalle Direttive europee, tramite la verifica del Sistema di Qualità.

In alcuni settori industriali, e quello medicale è uno di questi, le norme ISO 9000 non sono state reputate sufficienti a coprire i requisiti di tipo legislativi e per questo, a livello europeo, è stato deciso di codificare e approvare dopo un complesso iter normativo le norme serie EN 46000.

Le norme ISO 9000, applicate a livello internazionale al di là di ogni riferimento al tipo di prodotto o servizio, e le norme EN 46000, norme tecniche armonizzate europee specifiche per il settore medicale, hanno in se quindi un elemento di forza dato dal riferimento a principi uniformi di riferimento applicabili in tutta la CEE (tracciabilità dei lotti, gestione dei reclami e degli incidenti o mancati incidenti, garanzia del prodotto, ecc.) e un elemento di debolezza in quanto garantisce l'efficacia e l'efficienza dei processi di produzione o di distribuzione, ma non l'assoluta qualità dei prodotti.

È quindi compito delle singole industrie e aziende attivare e rendere operative delle procedure atte a raggiungere livelli sempre più elevati di qualità e di eccellenza dei propri prodotti e quindi con migliori performance e livelli di prestazione.

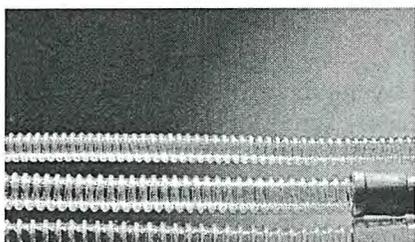
È facilmente intuibile, di contro, che seguire bene tutte le procedure, in particolare quelle riferite ai controlli ed ai test, comporta un onere economico non indifferente e questo si riflette inevitabilmente sul costo del prodotto finito.

ELEMENTI E CRITERI PER L'ACCREDITAMENTO E LA CERTIFICAZIONE DEI PRESIDI MONOUSO/MONOPAZIENTE DESTINATI ALL'AREA CRITICA

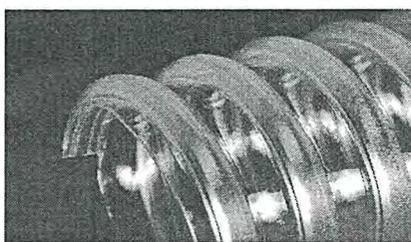
Dott.ssa C. GHEDINI
Mallinckrodt DAR

- Necessità:
fornire al paziente intubato gas caldi e umidi, evitando la formazione di condensa all'interno del circuito respiratorio, che è causa di proliferazione batterica e conseguente contaminazione del circuito stesso.
- Soluzione:
produrre un *circuito termoregolato*, in grado di mantenere costante la temperatura tra umidificatore e paziente, grazie ad una resistenza elettrica *inserita nella spirale di rinforzo del circuito in PVC*.

Circuito termoregolato DAR con resistenza inserita nella spirale di rinforzo



Circuito termoregolato DAR con resistenza inserita nella spirale di rinforzo: particolare



Mallinckrodt DAR

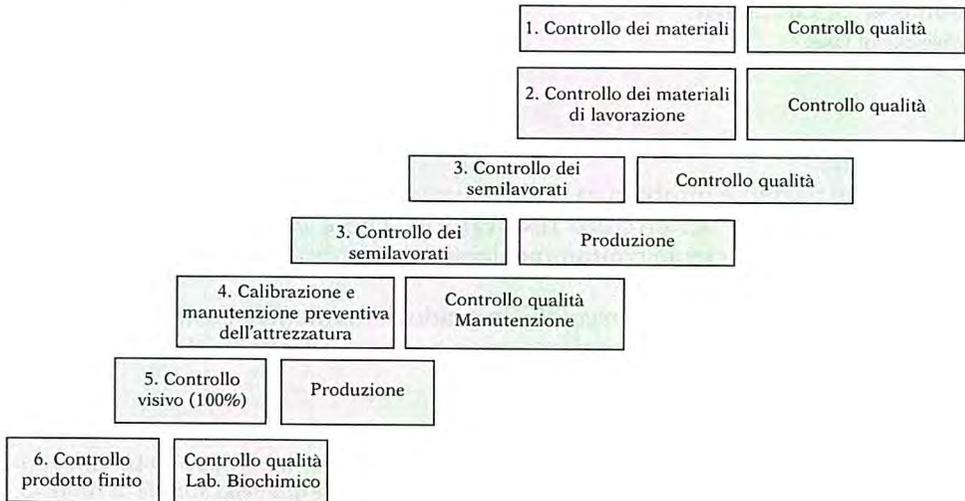
È Azienda certificata ISO 9001-EN46001-ISO13485, conforme alle prescrizioni della Direttiva Comunitaria MDD 93/42/EEC-All.II-3 (*full Quality System*) relativa al *CE Marking* dei Dispositivi Medici.

Mallinckrodt DAR

Ogni informazione importante che scaturisce dalle attività di progettazio-

ne e/o che serve a controllare la realizzazione del prodotto viene documentata nel DMR (*Device Master Record*), ove vengono pure specificati tutti i controlli qualitativi che il prodotto deve superare.

Controlli associati al processo di produzione del tubo termoregolato



1-2. Controllo dei materiali

Con riferimento alla norma UNI ISO 2859, vengono eseguiti controlli statici visivi, dimensionali e funzionali dei materiali di cui è composto il circuito:

- granulo di PVC
- filo di rame
- connettori flex
- tubo estruso con resistenza inserita
- connettori elettrici

3. Controllo dei semilavorati

- I componenti del circuito vengono sottoposti a controlli visivo e dimensionale, effettuati dal Controllo Qualità e dal personale incaricato alla produzione;
- i controlli (di tipo visivo, dimensionale, di tenuta, di continuità della resistenza, ecc.) vengono eseguiti sul 100% dei semilavorati;
- controllo visivo durante la produzione del semilavorato, effettuato direttamente dal personale di reparto.

4. Calibrazione e manutenzione preventiva delle attrezzature

- Periodicamente, tutte le attrezzature di collaudo che garantiscono l'integrità e la funzionalità del circuito vengono calibrate mediante confronto con strumenti primari certificati da Enti accreditati (ad es., in Italia, il SIT-Servizio Italiano di Taratura);
- viene inoltre effettuata con periodicità definita la manutenzione preventiva.

5. Controllo visivo al 100%

- al termine dell'assemblaggio, il circuito viene sottoposto, nelle aree del reparto di produzione, ad accurate ispezioni anche di tipo visivo, al fine di verificarne la completezza, la correttezza delle lavorazioni nonché l'assenza di eventuali difetti anche estetici.

6. Controllo del prodotto finito

- il Controllo Qualità, mediante opportuni controlli anche di tipo statistico (secondo la norma UNI ISO 2859), verifica il prodotto finito e confezionato;
- la confezione ed il *packaging* sono sottoposti a severi controlli per garantire la qualità e le caratteristiche (ad es., la sterilità) almeno per la "vita prevista" dei dispositivi in essi contenuti.

Caratteristiche della produzione

- i circuiti termoregolati DAR vengono prodotti in ambienti a contaminazione controllata, alimentati con aria filtrata, mantenuti in sovrappressione, a temperatura ed umidità ben definite;
- il personale addetto alla lavorazione deve osservare rigide norme igieniche, per minimizzare i rischi di contaminazione del prodotto.
- in questo modo si ottiene così un prodotto clinicamente pulito, conforme alle severe prescrizioni necessarie per ottenere l'approvazione all'utilizzo dei dispositivi medici in Europa, negli Stati Uniti e nel Canada, in Giappone, in Australia, ecc.;
- infine, per ottenere la massima garanzia di sicurezza, il circuito viene sottoposto ad un processo di sterilizzazione.

Sterilizzazione e sterilità

- Il prodotto finito, confezionato e clinicamente pulito viene sterilizzato

mediante esposizione all'Ossido di Etilene (EO), la cui efficacia è verificata sia in sede di accettazione di ogni lotto di produzione che mediante annuali validazioni condotte in ottemperanza alle norme di riferimento Europee (EN) ed internazionali (ISO);

– i residui di EO sono inferiori ai limiti definiti dalle norme internaz. ISO 10993-7.

– ogni giorno vengono effettuati test nei nostri laboratori per verificare l'efficacia della sterilizzazione

DIBATTITO

Mercoledì, 10 novembre 1999, pomeriggio

Prima domanda
Nome e Cognome *Elio Drigo*
Professione
Provenienza

Volevo fare alcune richieste ai relatori.

Mi sembra importante il contributo che hanno portato proprio perché, se pur consideriamo la differenza tra il fatto di produrre delle cose ed il fatto invece di produrre dei servizi, al quale noi come infermieri siamo chiamati, questi interventi hanno mostrato un po' il parallelismo del metodo che si deve seguire in questo processo.

Una curiosità che mi sorge è quella di sapere se loro, in quanto aziende, hanno da proporci dei concreti esempi di integrazione significativa tra le aziende e gli infermieri nella realizzazione dei loro prodotti.

Ancora vorrei sapere se possono darci indicazioni sulle modalità da utilizzare per realizzare concretamente questa collaborazione fra infermieri ed aziende ed ancora se c'è da parte delle aziende una disponibilità per la sperimentazione su presidi ed apparecchiature che vengono particolarmente utilizzate dagli infermieri e con quali modalità queste sperimentazioni possono realizzarsi.

Grazie.

Risposta *Ing. Bonci - Siemens*

Signor Drigo, sono contento che abbia fatto questa domanda.

Parto dall'ultimo suo quesito; la sperimentazione le aziende la fanno, alla luce della direttiva 93/42, presso le strutture sanitarie.

Le apparecchiature, es. il nostro nuovo ventilatore polmonare, vengono provate per mesi, si analizzano tutte le possibili migliorie, anche con riferimento ad altri analoghi apparecchi che sono in altre parti del mondo.

I prototipi di questo nostro nuovo ventilatore polmonare sono già anche negli ospedali italiani.

Per quanto riguarda invece l'interazione fra aziende costruttrici e infermieri professionali, noi diciamo che siamo sempre disponibili, soprattutto con l'informazione e la formazione che è prevista dal 626.

Voi siete lavoratori, anche se siete superspecializzati, ma avete bisogno di

formazione ed informazione continua, ed il congresso a cui partecipate ne è l'esempio.

I costruttori possono fare una formazione ed informazione continua, su vostra richiesta, per aumentare la conoscenza delle prestazioni.

Il ventilatore polmonare che prima ho mostrato è come una Ferrari ed a volte viene utilizzato come una 500; potrebbero aumentare le prestazioni, quindi i vantaggi verso il paziente, che però a voi sono sconosciuti perché qualcuno non ve l'ha spiegato bene.

Quindi se chiedete al costruttore tempo per rivedere la vostra formazione, rivedere insieme le istruzioni operative di questi prodotti, noi lo facciamo ben volentieri.

Risposta *Dott. Caciolo - Abbott*

Una volta che viene fatto il test clinico e la macchina è certificata CE di fatto poi deve essere calata nella realtà locale, perché anche certe procedure sono diverse da paese a paese.

L'unità produttiva degli Stati Uniti ha suoi standard, canoni, richieste.

Spesso però poi nella realtà clinica e pratica italiana cambia qualcosa.

Quindi è sicuramente fondamentale avere da voi le informazioni, tanto è vero che normalmente prima di dare il via al cosiddetto marketing del prodotto vengono fatti dei test clinici nel paese di localizzazione.

Quando lo strumento ha il marchio, è certificato CE, ha già una destinazione d'uso quindi la garanzia di sicurezza è già insita nello strumento stesso.

Sul discorso di come collaborare, soprattutto nel momento in cui ci sono delle grosse novità, per esempio io ricordo rispetto alla sicurezza elettrica quando si è passati ad un controllo più serrato di questo aspetto, credo che le aziende in molti casi si siano fatte carico anche di fare la formazione al personale su che cos'è la sicurezza elettrica, anche per cose banali.

Ad esempio si vedevano «ciabatte» da tutte le parti, cosa non corretta dal punto di vista legale e giuridico.

Credo che noi come azienda abbiamo il dovere ed il compito anche di educare in questo senso e credo che questo sia uno dei momenti più alti, perché poi di fatto in quegli incontri veniva ribaltata a noi la problematica del singolo ospedale, cioè ci dicevano «se non uso la ciabatta di fatto non collego le macchine».

Sembra una banalità ma questa poi è la realtà.

Credo che su questa cosa è un pochino più difficile raggiungere il perfetto equilibrio fra quello che si dovrebbe fare e quello che poi in realtà è possibile realizzare, per problemi di fondi o anche di capacità propria della struttura.

Risposta *Dott. Dainese - Medical Valeggia*

Colgo con favore questa domanda perché ogni possibilità di collaborazio-

ne con gli utilizzatori finali è per noi assolutamente preziosa.

Uno dei compiti che ci siamo prefissi anche nelle nostre procedure di qualità è quello di dare una grande enfasi all'istruzione della nostra forza vendita, quindi il contatto continuo della nostra forza vendita con gli utilizzatori finali ci permette di poter raccogliere quelle che sono le indicazioni che giorno dopo giorno ci vengono dagli utilizzatori.

Queste informazioni sono codificate, vengono raccolte anche le informazioni che riceviamo ad un congresso come questo, che ci permettono di avere delle indicazioni preziose sulle quali poi potere iniziare magari una nuova produzione, trovare delle nuove applicazioni per i nostri prodotti, attuare i miglioramenti dei prodotti.

Questo quindi è sicuramente un compito che noi ci prefiggiamo e in questo caso anche il nostro sistema di qualità contempla delle procedure proprio per perseguire questo aspetto.

Mi viene a mente anche un esempio concreto; la nostra è una azienda che eminentemente distribuisce dispositivi medici e proprio da quelle che sono state le esigenze degli utilizzatori abbiamo realizzato dei kit di prodotti monouso che hanno lo scopo precipuo di garantire ed evitare la possibilità di infezioni nell'utilizzo di questi dispositivi.

Naturalmente poi essenziale è sempre la sperimentazione, che è prevista nell'iter della marcature CE e questo è un punto imprescindibile e obbligatorio attraverso il quale le aziende devono passare per poter collaborare e vedere l'efficacia e l'effettiva funzionalità dei dispositivi che esse producono.

Risposta *Dott.ssa Ghedini - Mallinckrodt DAR*

Io vorrei aggiungere che sicuramente la nostra è una azienda che ha costruito la sua fortuna sulla cosiddetta customizzazione del prodotto, cioè sull'eseguire dei prodotti su disegno del cliente che possano quindi aiutarlo a svolgere meglio le sue funzioni.

Quindi sicuramente per noi lo scambio di informazioni e la raccolta delle esigenze, dei bisogni dell'utilizzatore dei nostri prodotti è una fase fondamentale e abbiamo cercato appunto di venire incontro a queste esigenze per quanto possibile, arrivando appunto, invece di rimanere su una produzione standard, che naturalmente dal punto di vista interno sarebbe molto più semplice e comoda da gestire, ad avere prodotti che hanno il nome dell'ospedale, dell'utilizzatore per il quale sono stati costruiti.

La sperimentazione è sicuramente una fase fondamentale nella vita dei nostri prodotti, ne abbiamo diverse in corso.

Altrettanto fondamentale nella componente di servizio che noi vogliamo offrire agli utilizzatori è la formazione, quindi per ritornare all'esempio di cui ho parlato precedentemente, per quanto riguarda i circuiti termoregolati, noi attualmente in tutta Italia stiamo facendo dei corsi di formazione per utilizzare correttamente questo tipo di circuito, in modo da godere a pieno di tutti i van-

taggi che può offrire e non magari essere insoddisfatti perché le prestazioni non sono quelle che ci si aspetta.

Seconda domanda

Nome e Cognome *Pietro Mantia*

Professione

Provenienza *Rianimazione Palermo*

Spesso ci viene richiesto da parte dei medici o dell'amministrazione l'utilizzo improprio per quello che verte la certificazione di un presidio medico-sanitario nel senso che per mancanza di un presidio sanitario specifico ne viene utilizzato un altro, che però ha la certificazione per altri scopi, oppure si allunga il tempo di utilizzo del presidio oltre le indicazioni dettate dalla certificazione.

In questi casi la responsabilità di un eventuale incidente rimane alla ditta, all'utilizzatore o a chi praticamente utilizza tale presidio?

Terza domanda

Nome e Cognome *Isella Alessandri*

Professione *Infermiera Professionale Gruppo Accreditori*

Provenienza *ASL Milano 3 sede di Monza*

Vorrei proporre un quesito all'attenzione di miei colleghi, sperando che su questo si apra un corposo dibattito.

È stata molto interessante la presentazione che le aziende hanno fatto dei loro processi di accreditamento.

Io mi chiedo da un po' di anni, poiché sto seguendo da un po' di tempo il problema della certificazione, quanto del modello e del metodo, già in uso da anni dentro le aziende produttrici può essere utilizzato all'interno del mondo sanitario e forse mi collego un attimino alla domanda di Drigo, che parlava di integrazione.

Perché noi quando parliamo di accreditamento e certificazione, andiamo a parlare di accreditamento di unità operative, di accreditamento di processi assistenziali infermieristici, che hanno una valenza molto ampia.

Stamattina Fiamminghi, in maniera anche provocatoria, parlava di chiarire gli obiettivi che vogliamo raggiungere, che cosa vogliamo; perché qui si tratta di mettere in campo una creatività altissima. La parola accreditamento e certificazione, ed oggi me ne rendo conto, è lontana, forse non l'abbiamo ancora ben capita e queste tre giornate dovrebbero portare fuori questo dibattito, perché qui si tratta di capire quali sono le linee che noi possiamo utilizzare e dove e come ci possiamo integrare per arrivare a poterci accreditare, non solo per fare accreditare le nostre unità operative, ma credo che la sfida più grossa che oggi ci viene chiesta è quella di potere accreditare i nostri processi assistenziali, la nostra organizzazione, la formazione etc.; visto che oltretutto non c'è più un mansionario a cui essere legati, ma tutta una serie di responsabilità che le leggi ci danno.

Quindi l'accreditamento, la certificazione inserita in tutto questo nuovo contesto infermieristico, non può fare altro che aumentare i livelli di qualità assistenziale verso le persone.

Io non so, quanto dei molti metodi e molti processi che vengono utilizzati dalle norme ISO 9000 e sperimentati dalle aziende possa arrivare a noi e come possono essere strutturati dei metodi per l'accreditamento delle nostre unità operative, dei nostri servizi e della nostra professione in area critica.

Mi sono fermata a leggere, durante la pausa, il libro che oggi ci è stato dato «Anime senza nome» e di fronte alle grandissime, altissime variabilità a cui gli operatori delle aree critiche si trovano ad operare, sicuramente questi processi, queste linee guida, questi percorsi non sono facili.

Grazie.

Risposta Ing. Bonci - Siemens

Rispondo al collega di Palermo sull'utilizzo improprio di apparecchiature.

Qui cito quello che la dottoressa Siciliano che è Sostituto Procuratore della Repubblica a Milano, ha risposto in un altro convegno:

ad una domanda in cui un operatore ha chiesto: «io ho un defibrillatore cardiaco, che va e non va, vorrei portarlo via ma il medico dice lascialo, tanto io con qualche botta riesco sempre a defibrillare, ma il giorno che dopo la botta quel defibrillatore non parte, io cosa faccio?».

La dottoressa ha risposto: lei deve segnalare per iscritto al suo superiore questo stato di cose, dopo di che lei è esente da qualsiasi tipo di responsabilità, altrimenti ci va di mezzo come tutti i sette indagati dell'ospedale Galeazzi.

Quindi i presidi monouso che vengono, per ragioni forse di risparmio, risterilizzati ed utilizzati vanno sotto la vostra diretta responsabilità.

L'uso improprio di una macchina, che non viene utilizzata secondo le indicazioni del costruttore, (allegate all'apparecchio in italiano e se non lo sono, voi avete tutto il diritto di richiederle in italiano), va sotto la vostra diretta responsabilità.

Vi cito il caso di una operatore sanitario che ha fatto causa all'Ospedale Bambino Gesù di Roma, perché si era bruciata staccando un cavo di rete di un apparecchio.

Il Prof. Branca responsabile del Servizio di Ingegneria Clinica, ha dimostrato davanti al giudice, che l'operatore aveva utilizzato in maniera impropria il distacco di questo cavo di rete, perché anziché prenderlo per la spina, l'aveva preso lungo il cavo il quale si era rotto, provocato un corto circuito e quindi la piccola ustione.

Ecco quindi un esempio pratico di come la responsabilità ricade su chiunque utilizza un apparecchio o un presidio in modo improprio.

Ultima cosa, noi chiediamo ai nostri tecnici quando fanno un collaudo di un apparecchio e danno le istruzioni a voi, di firmare assieme al personale che ha partecipato, ascoltato la spiegazione dell'apparecchio.

È chiaro che non firmate se la spiegazione è stata frettolosa, imprecisa e carente.

Alla collega direi invece che ha ragione in pieno, concordo sul fatto che il vostro campo è quanto mai complesso, però la parola creatività mi sembra che sia fuori luogo perché in un percorso di accreditamento di una struttura sanitaria occorrono precise istruzioni di lavoro, precise procedure operative.

Quel reparto del Niguarda che si è certificato, un reparto di Rianimazione, quindi di area critica ci ha chiamato e ha detto: signori Siemens, noi siamo stati certificati, abbiamo dodici ventilatori polmonari, vogliamo sapere da voi come si fa la taratura, come si procede ed ecco perché sono usciti quei protocolli.

E vi dirò di più quelle dodici macchine al pari di altre trentotto macchine che ha l'ospedale di Niguarda, sono gestite da un tecnico interno che ha fatto un corso presso la nostra sede e al quale tecnico interno, che quindi fa tutte le riparazioni, abbiamo subito portato le checklist di controllo, in modo che il tecnico seguisse tutte le operazioni in maniera conforme a quanto concordato con noi.

Vi ho detto di quella struttura cardiocirurgica in Sicilia, dove su dieci macchine, nove erano prive di un elemento essenziale per fare la ventilazione spontanea, ebbene nella check list, siamo andati a vedere, c'era la voce, vuol dire che il tecnico Siemens o il tecnico interno non avevano rispettato quell'operazione.

Risposta Dott. Dainese - Medical Valeggia

Per quanto riguarda la prima domanda, quella relativa all'uso improprio dei dispositivi monouso io vorrei aggiungere qualcosa a quanto già detto dal collega.

È una tematica molto importante e sostanzialmente sono due i temi sui quali dobbiamo soffermarci.

Poi l'utilizzo oltre la data di scadenza e l'eventuale riutilizzo di un materiale che per sua destinazione è monouso, la responsabilità di chi va contro le indicazioni previste dal fabbricante, che sono poi indicazioni che tengono conto delle norme tecniche armonizzate e sono recepite dalla direttiva 93/42, ricade totalmente su chi lo utilizza.

Aggiungerei che da un punto di vista tecnico il riutilizzo di un dispositivo è quello che si dice una rilavorazione.

In questo caso il dispositivo dovrebbe avere una nuova marcatura CE con tutto quello che ne consegue, cioè una dichiarazione di conformità, una dichiarazione piena di responsabilità da parte di chi ha compiuto questa manovra.

Tengo inoltre ad aggiungere che tutti i paesi europei hanno delle circolari a livello ministeriale o addirittura degli atti legislativi che il riutilizzo del materiale monouso è sconsigliato.

Alcuni paesi rendono obbligatorio la sottoscrizione da parte del paziente, in caso di riutilizzo di un presidio sanitario.

Quindi potete capire che si va incontro a precise responsabilità sia civili che penali.

Per quello che riguarda la grande tematica sollevata successivamente per quanto riguarda la certificazione e l'accreditamento da parte della struttura infermieristiche ospedaliere, naturalmente noi auspichiamo una maggiore collaborazione con gli utilizzatori anche in questo campo, quindi non solo una collaborazione per quello che riguarda l'aspetto dell'utilizzo pratico dei dispositivi, ma anche un maggiore approfondimento verso questi temi che sono sia di cultura comune che generale.

Penso che da parte delle aziende ci sia tutto l'interesse a collaborare con le direzioni professionali in merito all'accreditamento e la certificazione, per calare nella realtà le norme richieste che comunque sono generali e quindi adattabili a tutti quei contesti che forniscono dei servizi.

Risposta *Dott. Caciolo - Abbott*

Una considerazione in merito alla possibilità di accreditamento o certificazione di una struttura ospedaliera.

Sicuramente per una unità produttiva è relativamente più semplice perché comunque è un processo di per sé, cioè si prende uno o più materiali e si ottiene un prodotto finito.

Però le stesse aziende si sono certificate anche in altri ambiti, tipo i servizi, il training, la formazione.

Credo che se l'obiettivo per voi è chiaro, dare un valore aggiunto al servizio che già ora voi svolgete, se questa spinta è forte vi porterà comunque a realizzare una certificazione, che comunque ripeto e sottolineo è un processo lungo e duro, in quanto significa in primo luogo superare e sconfiggere le consuetudini, ma a lungo termine se si è tenaci vengono fuori anche i risultati.

Quarta domanda
Nome e Cognome
Professione
Provenienza

La mia non è una domanda ma una contestazione all'ing. della Siemens sulla risposta che ha dato alla collega intervenuta precedentemente.

Io sono un attimo sgomenta perché lei prima ha contestato il termine creatività che la collega ha utilizzato.

Io non mi intendo di accreditamento e certificazione ma per quanto ho capito mi ha stupito la mancanza da questa mattina fino ad oggi pomeriggio del termine prestigio.

Credo che questi processi, l'accreditamento e la certificazione di cui queste

aziende si stanno dotando, tendono al prestigio e questo bisogna sottolinearlo.

La seconda cosa è questa: il prodotto che noi forniamo, la salute, ha un substrato che è diverso dal vostro, cioè l'uomo, l'essere umano, e qui credo che la creatività sia proprio l'elemento che ci differenzia nel modo di lavorare, nel senso che noi possiamo arrivare all'eccellenza, se è l'obiettivo finale dell'accreditamento e della certificazione, proprio nel modo diverso in cui ci poniamo nel fornire determinate prestazioni.

La differenza nel raggiungimento della performance, che è un obiettivo che le aziende si pongono, è proprio quello di raggiungere il massimo; il non raggiungimento della performance dell'azienda produttrice di presidi, apparecchi sanitari etc. si traduce in una riduzione della propria immagine, una riduzione della propria credibilità e quindi in un danno economico.

Per noi significa danno all'uomo.

Quinta domanda

Nome e Cognome *Emanuela Brenna*

Professione *Caposala di formazione*

Provenienza *Policlinico di Monza*

Da un anno a questa parte mi sto occupando di ISO 9002 e stiamo un attimino tirando le somme in questi giorni perché subiremo l'ispezione da parte dei certificatori a breve scadenza.

Noi abbiamo protocollato e istituito procedure ed istruzioni di lavoro infermieristiche; nulla è stato lasciato al caso e nulla è stato presentato agli infermieri professionali come un pezzo di carta.

Gli infermieri sono stati tutti coinvolti, fin dal momento in cui abbiamo intrapreso questo percorso, grazie a dei continui aggiornamenti fatti con loro.

Non solo ci siamo occupati della parte infermieristica, ma anche di istruire il nostro personale rispetto a tutte le apparecchiature che noi utilizziamo nel Policlinico.

Vale a dire che nel momento in cui la nostra struttura acquista un nuovo apparecchio tutto il personale che utilizzerà lo strumento viene formato, inizialmente dai tecnici della ditta venditrice,

ma anche dalla persona che ha seguito il tecnico nella spiegazione, dopo di che su ciascuno apparecchio, viene applicata l'istruzione operativa, in modo tale che nel dubbio, ma soprattutto per il personale nuovo assunto, sia sempre visibile il passaggio preciso per l'utilizzo dello strumento.

In caso di problemi, si chiama il tecnico interno, anch'esso formato ad hoc.

Risposta Dott. Caciolo - Abbott

È vero che la certificazione ISO 9000 è un prestigio per l'azienda, però è anche vero che come tutte le norme, come tutte le certificazioni, se non c'è una

partecipazione forte all'interno rischi di fare un grosso buco nell'acqua.

Allora il discorso di fondo è che se c'è un discorso globale, che riveste tutti forse si riesce, altrimenti nessun'azienda riuscirà mai a portare avanti un discorso di qualità totale.

Perché poi di fatto il concetto di qualità totale è di vedere il collega, come l'anello di una catena: se mi blocco io, poi si blocca tutto, quindi ci deve essere questo grosso lavoro di team, il famoso team-work americano.

XVIII CONGRESSO NAZIONALE ANIARTI

**ACCREDITAMENTO E CERTIFICAZIONE
IN AREA CRITICA**

11 novembre 1999 - Mattina

OBIETTIVO

- 4) Descrivere processi di assistenza in area critica basati sulla logica dell'evidenza scientifica infermieristica.
Quale elemento fondante per il loro accreditamento.

Moderatore: *Paola Di Giulio*

RELAZIONI

Presentazione dei risultati dell'analisi e della valutazione della bibliografia prodotta a livello internazionale sui temi:

- 1 - Le linee guida per la RCP
Reno Di Noi
- 2 - La formazione della RCP
Fabrizio Moggia
- 3 - Valutazione della performance nella RCP
Lucia Raffin
- 4 - La formazione dei parenti
Alessandro Costagliola
- 5 - I farmaci per la RCP
Walter Favero
- 6 - La RCP in televisione
Donatella Fontanot

DIBATTITO

LE LINEE GUIDA DELLE MANOVRE RIANIMATORIE DI BASE

Storia, sviluppi e prospettive nell'evidenza scientifica

IP R. DINOI

Pronto Soccorso - Ospedale Civile di Manduria - Taranto

Linee Guida – Definizione

Le Linee Guida sono raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte attraverso un processo sistematico, allo scopo di assistere medici e pazienti nel decidere quali siano le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche (1).

Obiettivo del lavoro

Lo scopo della ricerca è di descrivere analiticamente le tecniche rianimatorie di base attraverso un percorso sull'evoluzione storica e descrittiva mediante l'analisi della letteratura internazionale antica e moderna.

Esposizione del lavoro

L'esposizione sarà suddivisa in tre parti:

1. Analisi storica
2. Situazione attuale
3. Possibili sviluppi futuri

Prima parte - *Analisi storica*

La rianimazione, intendendo per essa il riportare in vita, un essere non più vivente, è vista come un evento misterioso e di natura soprannaturale. La stessa resuscitazione di Cristo ha sempre evocato sensazioni d'incredulità miste a paura. Negli anni, questa concezione così miracolistica e fatalista della rianimazione, è stata la responsabile di contrastanti e confuse ideologie più che altro basate sul credo ideologico di ognuno. I più scettici hanno caparbiamente ritenuto impossibile quest'evenienza, al contrario dei più possibilisti i quali però hanno descritto tale «prodigio» come una prerogativa del Divino.

I due pensieri, negando entrambi la possibilità di uno sbocco scientifico

all'atto rianimatorio, ne hanno, di fatto, ostacolato l'uso e quindi la sperimentazione scientifica della materia.

La prima descrizione di una manovra salvavita risale a 6-7 mila anni addietro quando il profeta Eliseo, pronipote di Noè, salvò un bambino asfittico dopo avergli praticato una respirazione bocca a bocca. L'episodio, descritto nella Bibbia, precede un'altra vicenda narrata questa volta dalla storia mitologica egiziana. Secondo questa leggenda, la Dea della salute Iside, tentò di rianimare suo marito Osiride praticandogli la respirazione bocca a bocca.

Da allora, e sino a tutto il medio evo, i tentativi per rianimare, così come tutte le altre tecniche guaritorie in genere, hanno subito l'influsso della superstizione popolare o delle credenze religiose. Molta importanza era attribuita, allora, a formule e rituali magici o al potere prodigioso riconosciuto ad amuleti o sostanze naturali come le erbe, il fuoco, il fumo di tabacco e così via. Una testimonianza di questo miscuglio di metodi lo troviamo in un antico documento del 1767 della Dutch Humane Society, la società scientifica olandese, che così descriveva il protocollo sulla rianimazione negli annegati: «...*Mantenere calda la vittima, rimuovere l'acqua aspirata o ingoiata, fare la respirazione bocca a bocca, eseguire l'insufflazione di fumo di tabacco caldo nel retto...*».

Sino a tutta la metà del 1800, le conoscenze scientifiche sulle manovre rianimatorie erano pressoché nulle.

Soltanto a partire dal 1850, con l'avvento della cloroformizzazione o eterizzazione dei malati chirurgici, nacquero dalle sale operatorie le prime indicazioni sulle manovre di rianimazione. L'impulso alla ricerca si ebbe per fronteggiare i frequenti incidenti asfittici a cui andavano incontro gli operati.

Gli incidenti asfittici, molto frequenti nelle sale operatorie di fine 1800, impegnarono non poco gli addetti alla cloroformizzazione.

Costoro ricoprivano un ruolo marginale nell'équipe chirurgica. Essi versavano su un panno posto sul volto del paziente, la quantità di cloroformio o etere necessaria per farli addormentare. Di tanto in tanto, poi, sollevavano il panno per accertare la presenza d'atti respiratori.

L'insufficiente ossigenazione consigliava all'operatore di interrompere l'inalazione di sostanza e di mettere in atto le tecniche di supporto ventilatorio.

La prima manovra consigliata in questi casi consisteva nella sublussazione della mandibola che all'epoca era definita come «rialzamento degli angoli della mascella».

Trattato di Chirurgia D'urgenza

Se il respiro si rallenta > Togliere la maschera e sollevare la mascella.

Se la faccia diventa violacea > Afferrare la lingua e portatela dolcemente in avanti.

Se la respirazione cessa, il polso è piccolissimo, la faccia plumbea > Afferrare la lingua e fare senza precipitazione, metodicamente, trazioni ritmiche, 18-20 al minuto.

Se l'apnea si prolunga > Praticare la respirazione artificiale.

Se gli accidenti non cedono > iniettare una forte dose di siero (almeno 2 litri).

«Tutti gli altri procedimenti come l'elettificazione del frenico, il titillamento delle ripiegature epiglottiche, la tracheotomia seguita da insufflazione d'ossigeno ed anche il massaggio cardiaco, erano considerate di scarsa utilità allorquando le tecniche di trazione della lingua e della respirazione artificiale avevano dato esito negativo».

La trazione ritmica della lingua che è consigliata anche in alcuni manuali di medicina pratica del 1954, consisteva nell'afferrare con un'apposita pinza o con uno straccio ruvido, l'estremità mobile della lingua trazionandola ritmicamente. Questa manovra, naturalmente non più usata, si pensava servisse a stimolare i centri bulbari del respiro. In effetti, serviva a liberare il faringe dalla caduta della base linguale, così come si fa oggi con la semplice iper-estensione del capo o come si faceva allora con il sollevamento degli angoli della mascella.

A partire dal 1850 e per un altro secolo ancora, gli unici rimedi rianimatori impiegati erano esclusivamente finalizzati al ripristino dell'attività respiratoria.

Le tecniche più diffuse erano:

Metodo Pacini

Consisteva nella trazione ritmica delle spalle che il soccorritore eseguiva ponendo le mani sotto le ascelle della vittima tirando e rilasciando con una velocità di 18-20 movimenti al minuto.

Metodo Schafer

Con questo metodo si poneva la vittima in posizione prona e si comprimeva ritmicamente con le mani sul dorso.

Metodo Schultze

Indicato essenzialmente per neonati asfittici, consisteva nel ribaltamento ritmico delle gambe sull'addome del piccolo mentre il soccorritore lo teneva per il dorso e la testa bloccata tra gli avambracci.

Metodo americano

Anche questo per neonati asfittici, si basava sulla flessione ed estensione del tronco del bambino afferrandolo per il dorso e le natiche.

Metodo Laborde

Trazione ritmica della lingua

Metodo Silvester

Era questa la tecnica più usata. Consisteva nell'innalzamento e rilascio delle braccia della vittima alternatamente alla pressione del torace.

Dai primi del 900, periodo in cui s'iniziò a considerare seriamente la ricerca scientifica in campo rianimatorio, un inspiegabile paradosso storico impedì per mezzo secolo ancora, l'introduzione del sostegno cardiocircolatorio. L'uni-

co aspetto che riguardava le varie tecniche rianimatorie era, infatti, quello respiratorio.

La cessazione brusca ed inattesa dell'attività circolatoria fu considerata per diverso tempo come una condizione irreversibile, senza speranza.

Soltanto nel 1940, il fisiologo americano C. S. Beck introdusse per primo il concetto di «cuori troppo buoni per morire» che contribuì ad aprire le strade alle prime ricerche in questa direzione.

Per la verità molto tempo prima, esattamente nel 1882 e più tardi nel 1901, il medico tedesco Schiff e il norvegese K. Igelsvend, fecero degli esperimenti su animali ed anche su esseri umani sulle procedure di rianimazione cardiopolmonare a torace aperto. Nonostante i successi ottenuti da tali esperienze, quest'aspetto della ripresa circolatoria fu trascurato ancora per diverso tempo.

Con l'avvento delle grandi guerre, la ricerca e il progresso scientifico sui metodi per ripristinare le funzionalità vitali compromesse, ebbero un positivo impulso.

La medicina si trovò a dover affrontare nuove cause di morte impreviste: i traumi.

Le guerre, così come gli incidenti infortunistici dell'evoluta produzione industriale, aprirono delle nuove frontiere alla ricerca medica, quella dell'emergenza e della traumatologia. Si presentò allora una nuova causa di morte non ancora contemplata: l'insufficienza circolatoria.

I primi ad effettuare ricerche sperimentali sullo shock traumatico ed emorragico furono i russi che durante l'assedio nazista di Mosca del 1941, provarono con successo ad applicare un nuovo metodo di rianimazione su soldati considerati clinicamente morti. Lo studioso Negosvski e la sua équipe, introdussero la pratica del massaggio cardiaco esterno e dell'infusione venosa di liquidi. Questa tecnica però non fu subito accettata dall'occidente.

Nel 1947 il chirurgo statunitense Beck, effettuò la prima defibrillazione su un cuore umano a torace aperto.

Nonostante le numerose ed apprezzabili scoperte dei ricercatori, nessuno seppe riconoscere l'importanza dell'unificare ed integrare le conoscenze sino allora acquisite in un unico sistema di rianimazione. Si era arrivati alla seconda metà del XIX secolo e le linee guida non esistevano ancora.

Fu soltanto nei primi anni 50 che s'iniziò ad unificare le sperimentazioni della RCP dando il via a quelle che non molto tempo dopo diventeranno le «linee guida» della RCP.

Il primo a riconoscere l'importanza di dover riunire tutto il patrimonio di conoscenze sperimentali in un unico modello procedurale, fu lo studioso di origini viennese Peter Safar. Fu lui che nel tardo 1950 sintetizzò le procedure rianimatorie di base con l'utilizzo delle lettere dell'alfabeto A = Airway e B = Breathing come metodo didattico nell'insegnamento del Basic Life Support (BLS). Circa dieci anni dopo si aggiunse anche la lettera C = Circulation.

Parte seconda – La situazione moderna

Le prime linee guida degli anni '50 comprendevano soltanto la rianimazio-

ne respiratoria attraverso le vecchie tecniche di Silvester. Fu il dottor Elam a provare per primo che, introducendo con un tubo dell'aria direttamente nella bocca dei pazienti anestetizzati, questi erano in grado di mantenere una buona ossigenazione e per lunghi periodi. Stimolato da questi risultati, Safar cominciò a studiare la tecnica della respirazione bocca bocca abbandonando le altre tecniche ventilatorie prima utilizzate.

Utilizzando questa nuova tecnica, gli studiosi si resero conto anche che, mantenendo una posizione neutra della testa dei pazienti in narcosi, il flusso dell'aria insufflata era rallentato dalla base della lingua che, non avendo più la tonicità necessaria a reggersi sollevata, cadeva all'indietro ostruendo così il canale respiratorio. Non potendo con la tecnica bocca bocca mantenere sollevata la mandibola, si provò, grazie all'uso di radiogrammi, che portando la testa all'indietro la base della lingua si ritraeva permettendo un maggiore afflusso di aria.

Si accettò così la tecnica della iperestensione della testa.

Nel 1957 fu sempre Peter Safar, assieme al professore di elettro ingegneria tedesco Kouwenhoven, a studiare la Fibrillazione Ventricolare, chiedendosi il bisogno di trovare un rimedio per produrre una circolazione artificiale.

Un anno dopo, quasi per caso, un altro studioso, l'ingegnere Knickerbocker, mentre premeva ripetutamente con gli elettrodi sul torace di un paziente a cui praticava una defibrillazione elettrica, notò un sensibile aumento della pressione arteriosa prodotta dalle compressioni degli elettrodi sulla gabbia toracica.

L'importanza di questa scoperta fu subito capita dallo stesso Knickerbocker che cominciò a documentare elettronicamente sui cani l'aumento pressorio durante la compressione sullo sterno. La sperimentazione fu prodotta con successo anche su esseri umani. Fu così che, riconoscendo anche i vecchi studi dei sovietici di quasi vent'anni prima, nacque il massaggio cardiaco esterno e fu introdotta la terza lettera dell'alfabeto, C, nelle linee guida del BLS.

Nel 1965 il Comitato per la rianimazione cardiopolmonare, promosso dalla World Federation of Societies of Anesthesiologists, commissionò a Peter Safar un manuale sulla RCP. L'opuscolo fu stampato in 15 lingue e diffuso in tutto il mondo con un contributo della Asmund Laerdal Company.

Da allora e sino a tutti gli anni '80, si è assistito a continue modifiche delle manovre del BLS.

Le due più grosse società scientifiche che si sono conteso – e si contendono tuttora – il sapere in materia di RCP, sono l'American Heart Association e l'European Resuscitation Council.

Sin dall'inizio degli anni 80, questi due blocchi – Europeo ed Americano – si sono trovati spesso in disaccordo su alcuni passaggi, del BLS. Le differenze, molto marginali, non riguardavano né la sequenza né il principio dell'ABC della rianimazione. Il rapporto tra le compressioni e le ventilazioni (5:1 a due soccorritori e 15:2 ad un solo soccorritore) è stato sempre riconosciuto valido da entrambi. Anche le priorità di intervento erano le stesse (coscienza>respiro>circolo). Le uniche discordanze riguardavano i tempi necessari alle valutazioni del respiro e del polso.

Gli Europei indicavano 5 secondi come tempo necessario alle valutazioni, mentre il blocco statunitense ne consigliava 10 (Queste lievi differenze saranno in seguito appianate da un diplomatico compromesso che vedremo più avanti).

I risultati osservati dalle numerose ricerche che man mano erano pubblicate in questo periodo, variano tra esse dando spesso delle conclusioni contrastanti. Le cause di queste divergenze andrebbero ricercate nella non uniformità dei metodi utilizzati per le ricerche, ma anche nelle numerose variabili che l'arresto cardio respiratorio presenta.

Nel 1990, si riunirono per la prima volta in Norvegia gli organismi scientifici di diverse Nazionalità con l'obiettivo di unificare le varie procedure.

In questo primo grande Council cui presero parte l'American Heart Association, l'European Resuscitatio Council, la Heart and stoke Foundation of Canada e l'Australian Resuscitation Council, si identificarono per prima cosa le più importanti variabili che influiscono nei risultati della RCP, senza la definizione delle quali sarebbe stato impossibile paragonare in maniera significativa studi diversi effettuati in contesti altrettanto differenti. Si disse allora che ogni situazione ha dei differenti gradi di complessità in relazione a tre variabili che furono così classificate:

1. variabile per Ospedale (organizzazione interna, professionalità, tecnologia);
2. variabili per paziente (età, razza, vissuto patologico);
3. variabili per tipo di evento (causa dell'ACR, qualità dei soccorsi, stime sulla gravità ecc.).

Sempre nella conferenza del 1990 furono tracciate le prime linee guida per la classificazione delle fasce d'età che furono:

- Neonato = da zero anni a dodici mesi;
- Bambino = da un anno a < 20 anni;
- Adulto = da 20 anni in su.

Quello del '90 fu il primo vero Council ispiratore di nuove ricerche in campo rianimatorio. Purtroppo, però, ogni organismo scientifico, ogni gruppo ma anche ogni unità operativa, se non addirittura ogni singolo soggetto, hanno poi di fatto adottato tecniche rianimatorie secondo sperimentazioni le cui interpretazioni dei risultati erano spesso di tipo personale e prive quindi della necessaria scientificità. Si notò pertanto un nuovo grande vuoto nei metodi sperimentali che contribuiva ad alimentare le già numerose interpretazioni soggettive.

Furono ancora le Comunità Scientifiche della Conferenza del 1990 in Norvegia, a cui si aggiunse l'altro grande gruppo sud Africano del Resuscitation Councils of Southern Africa, che nel 1995 si ritrovarono con l'intento di trovare dei metodi di ricerca standardizzabili.

Fu così che furono redatte delle linee guida sulle variabili che influiscono sui risultati delle tecniche rianimatorie. Una commissione apposita individuò i quattro interventi critici da includere in tutti i rapporti di ricerca della RCP di base, quali elementi indispensabili per stabilire dei termini di paragone sui risultati.

I quattro parametri furono così identificati:

1. ACR che richiede BLS;
2. ACR che richiede defibrillazione;
3. ACR che richiede manovre avanzate per la pervietà delle vie aeree;
4. ACR che richiede un trattamento farmacologico.

Grazie a questa nuova classificazione degli eventi, i ricercatori poterono unificare i risultati di ricerca con dei paragoni più univoci. Nonostante questo, però, le linee guida prodotte da queste ricerche non ebbero il tanto sperato attecchimento.

La metà degli anni '90 sono stati quelli con il maggior numero di iniziative didattiche in tutto il mondo (Europa in particolare che nel frattempo era rimasta indietro nei confronti della più avanzata America), tendenti allo sviluppo della cosiddetta «educazione di massa alla rianimazione». Purtroppo, in ogni Organismo, Associazione o Gruppo delle diverse Nazionalità crebbero forti resistenze corporativistiche responsabili di confusione e scarsa coerenza su quanto era suggerito nella didattica.

I sostenitori delle linee guida «uniche ed adatte in tutto il mondo», si dovettero allora ricredere e nel 1997 fu organizzato un nuovo grande Council, denominato ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation), dal quale nacquero i famosi «Statements», vale a dire degli estratti contenenti i principi di base della RCP.

La novità di quest'ultima assemblea è stata quella di bandire le linee guida da applicare rigidamente in tutto il mondo, ma di stabilire delle tracce (Statements) sulle quali ogni comunità dovrà impiantare delle proprie regole secondo il proprio contesto socio economico e culturale. Le antiche divergenze, ad esempio, sui tempi necessari alle valutazioni (5 o 10 secondi?) sono state risolte con una risoluzione un po' Salomonica ma sicuramente più valida. Pur fissando i 10 secondi consigliati dagli americani, si è aggiunto la variante soggettiva (che ha convinto gli europei) del «per non più di 10 secondi». Questi nuovi concetti delle «variabili» da applicare in maniera soggettiva e coerente con le conoscenze e le usanze del posto in cui le manovre sono applicate, sarà il principio ispiratore di tutti i protocolli ILCOR.

Il tracciato rimasto immutato è quello dell'ABC della RCP secondo l'antica teoria di Peter Safar & C.

Parte terza – Le prospettive future

Questo nuovo metodo di personalizzare i comportamenti ritenuti nella RCP modificabili, senza per questo stravolgere i punti cardine delle manovre stesse, ha fatto da stimolo a nuove ricerche alcune delle quali abbastanza importanti.

I temi attualmente in discussione, per i quali occorrerà una maggiore sperimentazione, riguardano i seguenti aspetti:

1. la RCP nelle donne in gravidanza avanzata. Quale tecnica utilizzare per

il MCE nelle donne incinta il cui peso dell'utero comprime la vena cava addominale impedendo il ritorno di sangue e il conseguente riempimento del cuore?

2. la quantità d'aria necessaria nella ventilazione artificiale. Quant'è quella necessaria per un organismo in ACC e quindi con un ridotto consumo di ossigeno e una bassa produzione di anidride carbonica?

3. la necessaria aderenza nella tecnica bocca a bocca nei bambini e lattanti. Dal momento che il passaggio dell'aria nei lattanti avviene attraverso le narici, è possibile praticare la tecnica bocca/bocca naso senza preoccuparsi di mantenere la bocca del bambino da rianimare aperta?

4. nella rianimazione post traumatica, è giusto, eticamente e socialmente, il concetto della «rianimazione a tutti i costi ai fini del trapianto d'organi»?

5. l'attendibilità della sequenza ABC con la possibile inversione in CAB. Nell'arresto cardiaco documentato, è ancora giusto iniziare dapprima a ventilare o non sarebbe piuttosto più opportuno iniziare immediatamente a massaggiare?

6. le ricerche sinora effettuate intorno a queste problematiche sono ancora molto scarse e necessitano in futuro di un più attento approfondimento.

Bibliografia

Raccomandazioni per la partecipazione delle Società Medico - Scientifiche alla produzione, disseminazione e valutazione di linee-guida di comportamento pratico, Qa, organo ufficiale della società italiana per la qualità dell'assistenza sanitaria (VRQ), 1996; Volume 7, numero 2:77-95, Centro Scientifico Editore 1996

LA FORMAZIONE IN RIANIMAZIONE CARDIO POLMONARE. REVISIONE DI LETTERATURA

F. MOGGIA ⁽¹⁾, **T. PAGLIANA** ⁽²⁾, **M. PARODI** ⁽³⁾, **I. ROBA** ⁽⁴⁾

⁽¹⁾ Infermiere, Sala Operatoria Cardiochirurgia - A.O. Ospedale S. Martino di Genova

⁽²⁾ Capo Sala, Pronto Soccorso Ospedale San Carlo - USL 3 Genovese

⁽³⁾ Capo Sala, Pronto Soccorso Ospedale Gallino - USL 3 Genovese

⁽⁴⁾ Infermiera, Servizio Infermieristico - USL 3 Genovese

Introduzione

Attualmente nel settore della Formazione in RCP sono stati pubblicati numerosi lavori, soprattutto su riviste scientifiche americane ed inglesi.

Data l'importanza delle manovre «salvavita» insite nella RCP, a livello internazionale si è potenziata la formazione sia dei professionisti, sia di altre categorie impegnate istituzionalmente in lavori sociali (Vigili del fuoco, Polizia, Carabinieri, Vigili Urbani, ecc.), sia della popolazione in generale, che casualmente potrebbe trovarsi impegnata in un soccorso di tipo sanitario e praticare manovre di emergenza.

Siccome le manovre della RCP sono fondamentalmente «invasive» (cioè dannose se effettuate quando non è necessario o comunque se praticate in maniera non corretta) è fondamentale formare adeguatamente il personale sanitario e quello «laico».

Abbiamo effettuato una revisione della letteratura degli studi pubblicati negli ultimi 5 anni selezionando i principali articoli legati alla formazione. Lo scopo è stato quello di tentare di rispondere ad alcuni quesiti :

1. Come viene insegnata la RCP?
2. Quali sono le metodologie didattiche più efficaci?
3. Quale è l'effetto sull'apprendimento degli studenti?
4. Quale è l'effetto sulla capacità di trattenere e ricordare le manovre?

Metodi di insegnamento

I principali metodi di insegnamento descritti negli articoli sono i seguenti:

- videoregistrazione di sequenze di RCP eseguite in modo corretto ed utilizzate soprattutto nei retraining in sostituzione della consultazione dei testi (1, 2);
- simulazioni su computer utilizzate per l'apprendimento dell'ACLS attraverso la simulazione di casi clinici in interazione con il computer (3).

– simulazione sul manichino, metodologia classica, utilizzata sia nei corsi base che nel retraining (4-11).

Per praticare la RCP sono richieste al discente sia conoscenze teoriche che capacità manuali, per questa ragione l'insegnamento delle manovre rianimatorie richiede l'utilizzo di diverse metodiche di insegnamento tra loro combinate.

Valutazione dei risultati

Un metodo abbastanza innovativo nella formazione, introdotto da alcuni anni nel mondo anglosassone, è quello di usufruire delle videoregistrazioni di sequenze RCP corrette, che vengono mostrate agli allievi (infermieri e specializzandi in medicina) al fine favorire l'apprendimento.

Per un intero anno scolastico metà degli studenti sono stati formati secondo il metodo tradizionale AHA, l'altra metà utilizzando il video (6).

Subito dopo la proiezione di un filmato (durata 34') gli studenti sono stati invitati ad eseguire su manichino le sequenze viste e a compilare un questionario inerente la parte teorica.

Comparando i risultati ottenuti dai soggetti formati con il video con quelli degli studenti formati con metodo tradizionale, emerge che i primi effettuavano un numero maggiore di compressioni, ventilazioni e sequenze corrette.

Il livello di performance corretta ottenuto dai soggetti addestrati con il video raggiungeva l'80%, mentre gli studenti addestrati con metodo tradizionale si avvicinavano al 45%.

Un ulteriore vantaggio dell'utilizzo del video è la fruibilità dello stesso anche da parte di chi non può partecipare a lezioni in classe, i costi contenuti ed i tempi di training ridotti (50' contro le 4 ore richieste dalle lezioni tradizionali in aula).

Le sequenze videoregistrate hanno dimostrato essere un valido strumento anche nel retraining 11, infatti i risultati della performance raggiunti dopo 2/6 mesi dall'apprendimento risultano percentualmente superiori rispetto al corso tradizionale:

Video: allievi 42, non idonei 8 (19%).

I punteggi andavano da 1 = non competente a 5 = ottimo.

Training tradizionale: allievi 47, non idonei 20 (43%).

In un altro studio (2) 45 specializzandi in anestesia sono stati testati dopo 10/11 mesi dal corso ACLS Base utilizzando un simulatore computerizzato.

29 studenti hanno potuto rivedere i testi mentre 35 hanno utilizzato il sistema computerizzato.

I partecipanti, assegnati a caso, dovevano preparare un mega-code in cui venivano testati sugli algoritmi TPSV, FV, BAV, II grado; l'istruttore che con-

duceva il mega-code non conosceva gli studenti, le sessioni venivano registrate e valutate da due istruttori che non conoscevano i partecipanti.

Valutando il livello di applicazione degli algoritmi, su un punteggio massimo di 3, il primo gruppo ha ottenuto un punteggio medio di 1,6 mentre il secondo gruppo un punteggio medio di 2,5. Effettuare il retraining utilizzando la simulazione computerizzata, migliora la ritenzione delle abilità rispetto alla lettura e studio di testi.

Alcuni AA. hanno valutato il grado di preparazione in RCP degli Operatori Sanitari intra ed extra ospedalieri a distanza di tempo dai corsi base (12). Nel 1987 nel regno Unito l'Ordine dei Medici inglesi emise le linee guida sulla formazione in RCP.

Dieci anni dopo fu inviato a 100 medici ospedalieri (88 risposte) e a 200 medici generici (92 risposte) un questionario che indagava i contenuti della formazione base e quelli del retraining, laddove fatto, per valutare sia la corrispondenza dei contenuti dell'insegnamento con quanto emanato dalle linee guida, sia la compliance con la formazione post base sulla RCP.

Il sistema di formazione in RCP nel paese è frammentato; i retraining non vengono attuati sistematicamente, specie per i medici di base; il training fornito dagli ospedali spesso non è pienamente conforme alle linee guida.

Kaye e Mancini (9) affrontarono l'insegnamento della RCP negli adulti con lo scopo di tradurre le conoscenze acquisite nella pratica. Si basarono sui programmi americani iniziati nel 1961 con la pratica in RCP per gli operatori sanitari e, successivamente, per i cittadini e, dal 1966, con l'introduzione dei Corsi BLS ACLS (1975) secondo le linee guida AHA.

Evidenziarono scarsa ritenzione di conoscenze e capacità con una performance inefficace e sfavorevole ricaduta sulla sopravvivenza dei pazienti.

A fronte di queste considerazioni gli AA. rifletterono sulla validità e sull'efficacia dei programmi e proposero una serie di indicazioni per l'attuazione dei corsi:

1. semplificare il numero dei concetti ed i criteri di performance;
2. ridurre la teoria ed aumentare la pratica;
3. ripetere le manovre più volte migliorandone la qualità;
4. testare il training sulla popolazione anziana a rischio. (Secondo gli autori, le manovre dovrebbero essere insegnate a queste fasce sociali, proprio perché a maggior rischio, es. coppia di anziani, uno dei due va in arresto, l'altro attiva i soccorsi ed inizia RCP);
5. correggere prontamente gli errori lasciando tempo sufficiente per acquisire le abilità;
6. standardizzare le griglie di valutazione degli esiti;
7. tarare e valutare la validità dei programmi secondo i principi della formazione (apprendimento, coerenza con gli obiettivi, adeguamento dei discenti);

La formazione in RCP con sistemi tradizionali (3), ha l'obiettivo di far acquisire conoscenze teoriche ed abilità pratiche: che però si deteriorano facilmente se non si tengono retraining regolari dopo il corso base dopo 3-6 mesi ed infine ad un anno.

Assar et al. (5) propongono un sistema formativo per insegnare il BLS, basato su uno stage di insegnamento della RCP articolato su tre livelli di istruzione, identificati come segue:

1. bronzo (apertura vie aeree e compressioni toraciche senza ventilazioni);
2. argento (introduzione della ventilazione, che nel bambino prevede un rapporto tra compressioni e ventilazioni di 50:5);
3. oro (insegnamento RCP convenzionale).

Questo studio sostiene che le compressioni toraciche, soprattutto in ambiente extraospedaliero, sono prioritarie e che gli stage in RCP aumentano la ritenzione di abilità.

L'esperienza effettuata nel 1997 in Minnesota (USA) da Bilger et al. (13) si riferisce all'insegnamento tradizionale di RCP negli operatori sanitari.

Come unica variante era previsto, per un gruppo di discenti, l'utilizzo del telefono, posto accanto al manichino, per la richiesta di aiuto; gli altri studenti, invece, formulavano verbalmente la richiesta di soccorsi.

Il lavoro di Bilger e colleghi dimostra che l'uso del modello telefonico è maggiormente indicato sopra i 30aa, in quanto migliora significativamente l'attivazione del sistema di emergenza. Con il telefono presente il 70% dei discenti attiva correttamente i soccorsi, contro il 52% di successi in assenza di apparecchio telefonico.

Il fatto di poter simulare con un telefono la richiesta di soccorsi favoriva il ricordo di tale passaggio, peraltro fondamentale.

Le percentuali di corretta attivazione del soccorso aumentano con l'uso del telefono.

Altri AA (1), hanno indagato la formazione finalizzata all'uso di DAE (Defibrillatori Automatici Esterni) da parte di personale di soccorso sanitario qualificato.

Sono stati pubblicati solo due studi relativi all'efficacia dell'uso dell'AED da parte del personale di aree non critiche al momento dell'arresto: il primo riguarda l'esperienza del Miriam Hospital in Providence (Rhode Island) che dimostra come utilizzando i DAE in servizi non critici si raddoppia la sopravvivenza alla dimissione (60%) contro la sopravvivenza ottenuta con l'intervento di defibrillazione convenzionale da parte delle squadre di ACLS (32%); il secondo lavoro, porta i risultati di un'esperienza condotta in un Ospedale di Rimini.

L'uso dell'AED da parte di chi, per primo, presta soccorso sembra dare buoni risultati, infatti l'AED è stato usato ventiquattro volte in un periodo di nove mesi, nove pazienti con VF furono defibrillati e tre sopravvissero alla dimissione.

Un altro lavoro descrive l'introduzione di un programma di formazione all'uso di Dae in tre ospedali di Dallas dimostrando che in tre ore il personale delle aree non intensive può essere formato.

Successivamente gli autori proposero di integrare il corso BLS base con il

DAE. Tale corso è richiesto per tutte le equipe deputate a rispondere ad un arresto cardiaco.

I risultati dimostrarono che gli operatori (140 infermieri di aree non critiche), erano in grado di ritenere le abilità acquisite nel corso BLS/DAE nel 99% dei casi dopo due ore dalla formazione, nel 95% dei casi dopo 9 mesi.

Alcuni ricercatori hanno rivisto i metodi formativi tradizionali in RCP proponendo un insegnamento modificato per i cittadini.

Dopo una valutazione dei programmi di formazione, Handley e Handley (8) evidenziò l'importanza di semplificare l'insegnamento BLS. Rispetto ai programmi standard (AHA-ERC-ILCOR) articolati in otto fasi successive, gli AA propongono un programma limitato a quattro sequenze (richiesta telefonica di aiuto, apertura vie aeree, ventilazioni, compressioni).

I risultati ottenuti dimostrano una performance migliore dopo il corso e così pure dopo 1 e dopo sei settimane.

Uno studio inglese di Lewis et al (4), fa riferimento a due esperienze formative di insegnamento della RCP in età scolare, condotte in Norvegia nel 1961 ed in Cecoslovacchia nel 1967, e nelle scuole dell'Hampshire.

Gli AA. hanno verificato che le abilità BLS sono meglio ritenute nella fascia di età 10-14aa. E, come avviene per gli adulti, tendono a diminuire dopo cinque mesi senza retraining.

Conclusioni

- Maggiori esercitazioni su manichino che revisione dei testi;
- utile la semplificazione dell'insegnamento nel personale laico;
- impiego dei video e/o computer nell'autoformazione (dopo corso base);
- importanza di frequenti retraining mediamente ogni 6 mesi÷1 anno;
- importanza della formazione.

Bibliografia

1. MANCINI ME, KAYE W., *AEDs changing the way you respond to Cardiac Arrest*. Am J Nurs 1999; 99 (5): 27-31.
2. SCHWID H, ROOKE A, ROSS B, SIVARAJAN M., *Use of a computerized advanced cardiac life support simulator improves retention of advanced cardiac life support guidelines better than a textbook review*. Crit Care Med 1999; 27:821-824.
3. BROOMFIELD R.A., *Quasi ex-perimental research to investigate the retention of basic cardiopulmonary resuscitation skills and knowledge by qualified nurses following a course in professional development*. J Adv Nurs, 1996; 23: 1016-1023.
4. *The teaching of cardiopulmonary resuscitation in schools in Hampshire*. Resuscitation 1997; 35: 27-31.
5. ASSAR D, CHAMBERLAIN D, COLQUHOUN M, DONNELLY P, HANDLEY A, LEAVES S ET AL. *A rationale for staged teaching of basic life support*. Resuscitation 1998; 39: 137 - 143.
6. BRASLW A, BRENNAN R, NEWMAN M, BIRCHER N, BATCHELLER A, KAYE W., *CPR training without an instructor: development and evaluation of a video self-instructional system for effective performance of cardiopulmonary resuscitation*. Resuscitation 1997; 34: 207-220.
8. HANDLEY J, HANDLEY A., *Four Step CPR-improving skill retention*. Resuscitation 1998. 36: 3-8.
9. KAYE W, MANCINI ME., *Teaching adult resuscitation in the United States – time for a rethink*. Resuscitation 1998; 37: 177-187.
11. TODD K, BRASLOW A, BRENNAN R, LOWERY D, LIPSCOMB L, KELLERMANN A. *Randomized, Controlled Trial of Video self-Instruction versus traditional CPR Training*. Ann Emerg Med 1998; 31: 364-369.
12. FOOK L, KING D. *Cardiopulmonary resuscitation training: where we are now?*. J Roiyal Coll Phisician 1998; 32: 251-253.
13. BILGER M, GIESEN B, WOLLAN P, WHITE R., *Improved retention of the EMS activation component (EMSAC) in adult CPR education*. Resuscitation 1997; 35: 219-224.

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE NELLA RIANIMAZIONE CARDIO POLMONARE

L. RAFFIN

Centrale Operativa 118 - Azienda Ospedaliera S.M. Angeli - Pordenone

Ottenere performance significa far acquisire abilità a diversi livelli attraverso uno o più percorsi formativi costruiti su basi scientifiche e criteri che rispecchiano l'obiettivo voluto.

Performance è la traduzione dall'inglese di esecuzione, rappresentazione ed è la valutazione della rappresentazione che andremo ad analizzare.

Valutare l'esecuzione di alcune manovre sottende la necessità che le stesse siano standardizzate, riconosciute in un percorso visibile e riproducibile. È la valutazione delle abilità.

Al fine di valutare l'abilità ad eseguire una sequenza di manovre è necessario definire:

quando	in che tempi
quali manovre	con quali procedure
in quale modo	quale percorso
per quante volte	con che <i>ratio</i>
in che tempi	
con che risultati	

Obiettivo: valutazione delle abilità di esecuzione BLS

Nello studio di ASSAR si definisce che un importante impatto sulla riduzione della mortalità da morte cardiaca improvvisa può essere raggiunto in due condizioni:

- avere personale laico preparato in BLS che lo pratica ed è in grado di garantire un rapido approccio all'evento;
- un metodo formativo che consenta di preparare un bystander - spettatore - in grado di mantenere un circolo sufficiente fino a che il trattamento definitivo sia disponibile.

L'obiettivo di performance che si vuole raggiungere è la capacità di eseguire correttamente le manovre di BLS - BASIC LIFE SUPPORT.

Rhiannon Lewis definisce le performance di BLS come un complesso compito che comporta una sequenza di circa 50 capacità psicomotorie.

A questo proposito è necessario tenere conto delle variabili che influenzano il processo formativo e necessariamente la performance raggiunta.

I destinatari

Lo studio di Mather dice che essendo i destinatari dei corsi di BLS diversi per età, interesse e motivazione, diventa importante valutare anche strumenti metodi e percorsi di formazione.

Se l'utenza di questi corsi è un pubblico di età scolastica - dai 7 ai 12 anni - l'obiettivo va posto come un gioco e va trasformato in un insegnamento proporzionalmente al crescere dell'età.

Lo scopo è far acquisire le conoscenze per sensibilizzare i ragazzi nei confronti del problema.

Al pubblico laico adulto – possibile spettatore o bystander – si guarda invece in modo sempre più interessato.

Si possono proporre diversi livelli di performance rispetto al risultato che si vuole ottenere.

Assar et al., scelgono ad esempio il raggiungimento di 3 diversi livelli di performance attraverso 3 fasi.

I livelli sono da loro definiti in ordine crescente rispetto alle performance volute:

Bronze, Silver o Gold performance.

- Livello BRONZE STANDARD

Conoscenze: riconoscimento del malore improvviso – sincope – accompagnato o meno dal dolore toracico; riconoscimento dell'attacco cardiaco; si insegna al bystander come richiedere l'intervento dei soccorritori professionali e come dare i riferimenti per identificare il luogo dell'evento;

Performance: valutazione sulla correttezza delle manovre eseguite; apertura delle vie aeree;

posizionamento dell'infortunato – posizione laterale di sicurezza –.

non viene richiesta a questo livello di formazione la ricerca del polso.

- Livello SILVER STANDARD

Conoscenze: riconoscimento dell'arresto respiratorio con polso presente;

Performance: valutazione della ventilazione.

Si insegnano, in caso di assenza di polso, le compressioni toraciche esterne.

- Livello GOLD STANDARD

Conoscenze: viene insegnata RCP convenzionale compresa la rianimazione nel bambino;

la manovra di Heimlich e le manovre di soccorso nelle gravi emorragie esterne.

Performance: valutazione della RCP

I criteri di valutazione delle performance

I criteri vanno definiti in concomitanza all'obiettivo e diventano in questo modo lo strumento di valutazione della performance.

Devono essere raggiunti nei modi e tempi definiti.

Alcuni criteri sono definiti essenziali e se non vengono rispettati compromettono la performance.

Ad esempio: non è accettabile che un massaggio cardiaco possa iniziare se non si è definita prioritariamente l'assenza del polso carotideo.

Peraltro questa abilità è ritenuta momento di crisi da laici (Bahr-Eberle), da studenti medici e personale di ambulanza (Flesche), da anziani anestesisti (Mather), che hanno mostrato di incontrare difficoltà o di fare frequenti errori nel rispettare i tempi della rianimazione, nell'acquisizione del metodo e nella memorizzazione delle sequenze.

BLS sequenze (American Heart Association):

- valutazione del paziente;
- attivazione del sistema EMS
- ABC della Rianimazione cardio polmonare – RCP.

Affinché un soccorritore conosca alla perfezione le manovre è opportuno che le stesse siano memorizzate e facilmente riproducibili.

Lo studio di Handley et al. ci suggerisce che semplificando le tecniche di BLS si ottiene una migliore acquisizione delle conoscenze ed una migliore performance, mantenuta anche nel tempo. La dimostrazione attraverso lo stesso studio condotto su 48 allievi volontari, laici, dei quali 24 vengono sottoposti a 8 step-sequenze * e 24 vengono sottoposti a 4 step-sequenze°, dove non si è nota alcuna differenza sulle performance valutate alla fine del corso ma si è potuto verificare come la riduzione del numero delle sequenze ha prodotto un aumento delle capacità di ricordo nel tempo.

Solo 2 dei 24 allievi del primo gruppo e ben 23 dei 24 partecipanti del secondo gruppo a distanza di tempo, hanno mantenuto una buona performance.

L'abilità è ottenuta attraverso la simulazione su manichini e la performance viene ripetuta a 1 settimana e a 6 settimane successive al corso di formazione.

In generale, in letteratura, si evince l'importanza di definire criteri e modalità di valutazione e renderli espliciti.

Prendendo ad esempio lo stesso studio, i criteri di valutazione delle abilità sono stati diversificati rispetto al percorso formativo:

Sequenza 8 step	Sequenza 4 step
Verifica stato coscienza	Chiama aiuto
Chiama aiuto	Apri le vie aeree
Apri le vie aeree	Ventila
Verifica assenza respiro	Esegui compressioni toraciche
Verifica polso carotideo	
Chiama il soccorso	
Ventila	
Esegui compressioni toraciche	

Per entrambi i gruppi:

2 ore di corso
 stesso istruttore
 medesima introduzione e dimostrazione
 simile tempo di pratica/abilità

La sequenza è stata calcolata per ogni singolo volontario e le abilità misurate ed eseguite nella sequenza corretta.

Punteggi assegnati 0, 5 o 10

Azione eseguita sequenza corretta	= 10 punti
Azione eseguita sequenza NON corretta	= 5 punti
Azione NON ESEGUITA	= 0 punti

Massimo score raggiungibile 8 punti

Kaye-Mancini et al. danno un ulteriore contributo suggerendo che anche l'osservazione dell'allievo favorisce la migliore valutazione di «Skill score o abilità».

La misurazione dell'abilità, dicono, si attua osservando l'allievo, in particolare devono essere valutati il corretto posizionamento delle mani e la corretta identificazione dei punti di reperi sullo sterno.

Tempi

Al fine di valutare la performance nella RCP Kaye propone la verifica dei tempi in cui:

- 1) viene effettuata la chiamata il soccorso;
- 2) viene erogata la prima ventilazione;
- 3) viene esercitata la prima compressione toracica;

Ogni volontario riceve quindi la valutazione dello score sulla sequenza e sulle abilità in quattro occasioni:

- prima dopo il training
- 1 ora dopo il completamento del training;
- 1 settimana dopo il training
- 6 settimane dopo.

I tempi di valutazione vengono rivalutati nelle quattro situazioni.

Componenti essenziali della valutazione della performance nel corso RCP (Kaye):

- ✓ riconoscere lo stato di coscienza, respiro e polso
- ✓ chiamare i soccorsi
- ✓ erogare adeguate ventilazioni e compressioni
- ✓ apertura vie aeree
- ✓ 2 insufflazioni e verifica espansione torace
- ✓ seguite da 10-12 ventilazioni lente ecc. ...

Queste abilità vengono testate ripetute in pratica sul manichino.

Componenti essenziali della valutazione della performance nel corso ACLS – Advanced Cardiac Life Support – (Kaye)

Centro del modulo: consapevolezza e abilità di gestire i primi 10 minuti di arresto cardiaco

Vengono testate le seguenti abilità:

- RCP;
- Defibrillazione precoce e cardioversione;
- Gestione vie aeree e ventilazione;
- Pacing transcutaneo;
- Terapia endovenosa;

Le capacità vengono saggiate ripetutamente in gruppo e singolarmente (team leader);

i casi proposti vanno risolti con algoritmi ACLS.

Quanto tempo dedicare?

Wik et al. dimostrano che sono sufficienti 2 ore di supervisione per un corso di RCP per adulti.

Il corso inizia con 20 minuti di videotape seguito da sessioni pratiche di 1-2 ore durante le quali vengono effettuate prove sui manichini:

1 manichino ogni due allievi e 1 istruttore supervisore.

Il supervisore si ritiene formato in RCP quando ha frequentato 4 ore di corso per istruttori.

Le abilità vengono rivalutate in media dopo 3 settimane dal primo training.

In genere in tutti i lavori viene considerato il retraining e/o la riverifica rispetto al primo corso effettuato.

Gli strumenti

Nello studio di Donnelly vengono utilizzati soprattutto i manichini - Recording «Resusci Anne» – in associazione a videocassette se non ad attori istruiti alle simulazioni.

I video CPR self-instruction (VSI) vengono usati in particolare nella formazione degli adulti, singolarmente o in gruppi da 2 a 4 ogni studente può guardare il training proposto dal video ed esercitare la pratica sul manichino per 35-40 minuti senza la presenza dell'istruttore (Braslow) Attraverso il video vengono insegnate la ventilazione e le compressioni, la valutazione delle abilità e alla fine il principiante è in grado di praticare correttamente le sequenze della RCP.

Il training è immediatamente seguito dalla valutazione individuale di ogni studente usando la checklist delle abilità sottodescritta e il manichino Laerdal Skillmeter.

Questo manichino dà risultati sulla performance della rianimazione effettuata:

- quante ventilazioni corrette effettuate
- quante compressioni corrette effettuate
- i cicli e il rapporto tra ventilazioni/compressioni.

La performance ottenuta con l'utilizzo combinato di queste strategie è risultata migliore se paragonata a quanto ottenuto con l'utilizzo della metodologia tradizionale – solo manichino e istruzioni all'uso –.

Sempre nello studio di Braslow viene giudicata importante la presenza di istruttori esperti di checklist standardizzate che hanno permesso di «bocciare» o identificare e correggere gli errori significativi durante le performance attraverso il feedback.

Il metodo, ovvero con quali modi verificare la performance

Quando il criterio è specificato è necessario esplicitare dei valori di riferimento che risultano necessari a fornire un punteggio finale o score. Donnelly propone questo tipo di valutazione:

<i>Componente</i>	<i>Raccomandato</i>	<i>Efficace</i>	<i>Poco efficace</i>	<i>Inefficace</i>	<i>Dannoso</i>
Ventilazione					
Litri	0,5 - 1,2	>0,<2	>0	0	>2
Compressioni					
profondità mm.	38-51	30-51	30-51	<30	>51
Compressioni					
freq. minuto	80-100	>59	>59	<60	<60
ratio	2:15	**	1:>5	1:>5	1:<5
Posizione mani	visivamente corretta		incorretta	corretta e/o incorretta	

** valori accettabili 2: 14 fino a 2: 16

Ulteriore valutazione viene effettuata su:

- ✓ quali manovre sono state eseguite
- ✓ in quale modo
- ✓ i tempi sono stati rispettati?
- ✓ con che risultati

Conclusioni

È importante valutare quanto le performance che vogliamo ottenere siano in grado di «cambiare» l'approccio alle situazioni di criticità che dall'analisi della situazione ci avevano condotto a definire i processi di formazione.

APPRENDERE significa CAMBIARE/MODIFICARE un atteggiamento.

Nella valutazione del corso in generale vanno tenuti in particolare considerazione:

- ✓ variabili che influenzano i risultati
- ✓ età dei discenti
- ✓ rapporti istruttori/allievi
- ✓ conoscenze dei tutor

La verifica dell'efficacia del corso va invece proposta come:

- valutazione di gradimento, soggettivamente espressa attraverso questionario adeguatamente predisposto;
- valutazione dell'apprendimento di nozioni
metodi
tecniche
- valutazione del cambiamento, l'impatto della formazione tra apprendimento in sede formativa e realtà.

Bibliografia

- American Heart Association - JAMA - *Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency cardiac Care* 1995.
- ASSAR D., CHAMBERLAIN D., COLQUHOUN M., DONNELLY P., HANDLEY A.J., LEAVES S., KERN K.B., MAYOR S., *A rationale for staged teaching of basic life support. Resuscitation* 1998; 39:137-143
- BAHR J., KLINGHER H. et al. *Skills of lay people in checking the carotid pulse. Resuscitation* 1997; 35:23-6
- BRASLOW A, BRENNAN R., NEWMAN MM., BIRCHER NG., BATCHELLER AM., KAYE W. -*CPR training without an instructor: development and evaluation of a video self-instructional system for effective performance of cardiopulmonary resuscitation- Resuscitation* 1997; 34:207-220
- BRENNAN RT, BRASLOW A. *Skill mastery in cardiopulmonary resuscitation training classes. Am J Emerg. Med.* 1995; 13:505-8
- DONNELLY PD., LESTER CA. et al. *Evaluating CPR performance in basic life support: the VIDRAP protocol. Resuscitation* 1998; 36: 51-57
- EBERLE B., DICK WF. et al. *Checking the carotid pulse check: diagnostic accuracy of first responders in patients with or without a pulse. Resuscitation* 1996; 33:107-16
- FLESCHER CW., BREUER S. et al. *The ability of health professionals to check the carotid pulse. Circulation* 1994; 90 Suppl. I:288
- HANDLEY JA & HANDLEY AJ, *Four-Step CPR - Improving Skill retention. Resuscitation* 1998; 36:3-8
- KAYE W., MANCINI ME. *Teaching adult resuscitation in the United States - time of rethink. Resuscitation* 1998; 37: 177-187
- MATHER C., O'KELLY S. *The palpation of pulses. Anaesthesia* 1996; 51:189-91
- RHIANNON LEWIS M., FULSTOW R., SMITH GB. *The teaching of cardiopulmonary resuscitation in schools in Hampshire. Resuscitation* 1997; 35:27-31
- WIK L., STEEN PA, BIRCHER NG.. *Quality of bystander cardiopulmonary resuscitation influences outcome after prehospital cardiac arrest. Resuscitation* 1994; 28:195-203.

FORMAZIONE DEI PARENTI NELLA RIANIMAZIONE CARDIO-POLMONARE

I.P. A. COSTAGLIOLA ⁽¹⁾, **I.P. M. SORRENTINO** ⁽²⁾, **I.P. P. BENCIVENGA** ⁽³⁾,
I.P. A. COSTIGLIOLA ⁽⁴⁾, **C. D'ACUNTO** ⁽⁵⁾, **T. ROMEO** ⁽⁶⁾

⁽¹⁾ ASL NA 1 Osp. S. Paolo rep. Pediatria

⁽²⁾ AORN e di Alta Specializzazione Osp. Santobono rep. Rianimazione

⁽³⁾ ASL NA 3 Osp. S. Giovanni di Dio Frattamaggiore rep. P.S.

⁽⁴⁾ ASL NA 1 Osp. Pellegrini Vecchio rep. Rianimazione

⁽⁵⁾ ASL NA 1 Osp. S. Paolo rep. Pediatria Del Reg. ANIARTI

⁽⁶⁾ ASL NA 1 Osp. S. Paolo rep. Pediatria

Uno dei più grandi problemi della sanità pubblica è rappresentato dalle malattie cardiovascolari che costituiscono la più alta incidenza nel mondo della morte improvvisa. Basti pensare che negli USA ogni anno circa 500.000 morti sono da attribuire a questo tipo di patologia (American Heart Association, 1993). Ecco perchè l'importanza di addestrare personale qualificato e di educare pazienti e famigliari quando questi sono identificati come soggetti a rischio.

La sopravvivenza all'arresto cardiaco richiede:

- manovre immediate di RCP.
- supporto farmacologico rianimatorio
- defibrillazione
- adeguata ventilazione (Amey et al, 1976; Weaver et al, 1986).

Visto che, circa il 70% di arresti cardiaci si verificano fuori da ambienti ospedalieri (Bossaert L et al, 1989; Sedgwick et al, 1993) ecco l'esigenza di un'adeguata educazione sanitaria. Circa cinquanta milioni di americani sono stati addestrati alle manovre di RCP attraverso un programma di addestramento, dando vita ad uno degli eventi di maggior successo nelle campagne di educazione sanitaria (Em Card Care Committee 1992).

Lo scopo del lavoro è quello di analizzare il vissuto dei parenti di persone a rischio di rianimazione cardiopolmonare, dopo un corso di RCP. Vengono per questo presentati e commentati due studi di recente pubblicazione che hanno affrontato questo aspetto.

Nello studio di Dracup et al, (1997) sono state selezionate 337 coppie di pazienti tra i 25 e gli 80 anni a rischio per arresto cardiaco, con un famigliare, che risiedeva con loro e non fosse portatore di malattie cardiovascolari problemi psichici. I pazienti reclutati avevano un'età media di 63 anni, il familiare, prevalentemente una donna un'età media di 59. Gli ammalati erano prevalentemente impiegati, i familiari prevalentemente casalinghe.

Le coppie sono state randomizzate a 4 gruppi:

- gruppo di controllo;
- gruppo di addestramento alla RCP con interventi di supporto sociale;
- gruppo di addestramento alla RCP con educazione sui fattori di rischi cardiaci;
- gruppo di addestramento solo per manovre di RCP.

Il gruppo, quello di controllo completava solo dei questionari, ma i membri famigliari non partecipavano ad interventi educativi. I gruppi di addestramento alla RCP ricevevano tutti lo stesso tipo di insegnamento da un infermiere specializzato con diploma in Basic Life Support (BLS), in classi con 2- 6 persone. Pazienti e familiari visionavano una cassetta con una sequenza di rianimazione cardiopolmonare: potevano interrompere e fare domande in qualunque momento. L'istruttore dava dimostrazioni su un manichino, seguito poi dai partecipanti. Al termine della lezione seguiva un'ulteriore dimostrazione da parte dell'istruttore e da quattro cicli ininterrotti da parte dei partecipanti. Prima, durante il programma di addestramento e dopo 2 settimane, tre mesi e sei mesi dalla conclusione dall'addestramento, tutti completavano dei questionari per valutare l'apprendimento e lo stato psicologico. Venivano valutati ansia, depressione, ostilità ed adattamento psicosociale alla malattia.

Non sono state osservate differenze significative dello stato emozionale dei membri delle famiglie nei quattro gruppi. E il risultato invece diverso l'adattamento psicologico ed emozionale: i pazienti, i cui famigliari avevano imparato nozioni di RCP con intervento di supporto sociale, avevano un adattamento psicologico migliore, meno ansia ed ostilità dei pazienti degli altri gruppi. I pazienti di controllo avevano un migliore adattamento psicologico e minore distress emozionale rispetto ai gruppi 3 e 4.

Un altro studio degli stessi autori (Dracup et al, 1998) sulla formazione dei genitori di bambini ad alto rischio di arresto cardiopolmonare aveva i seguenti obiettivi:

- a) definire se genitori e operatori d'infanzia potessero imparare la RCP con successo;
- b) identificare le caratteristiche dei genitori e degli operatori che inducono ad un difficile apprendimento della RCP;
- c) paragonare i risultati di diversi protocolli per la formazione alla RCP.

Quasi tutte le morti improvvise di bambini a rischio di arresto cardiopolmonare (ACP) avvengono a casa (Hickey et al, 1995; Innes et al, 1993) ed esiste una relazione inversa tra la sopravvivenza e il tempo che intercorre tra ACP e l'inizio della RCP (Eisenberg et al, 1983).

Riconoscendo questi dati il personale sanitario che lavora nel NICU (Unità Cardio Intensiva Neonatale) raccomanda fortemente che i genitori imparino a praticare la RCP prima della dimissione del loro bambino (Hameides, 1987)

La ricerca è stata condotta in 5 ospedali dell'area metropolitana, su 484 genitori e operatori d'infanzia, di bambini ad alto rischio di ACP considerando come tali i prematuri meno di 38 settimane di gestazione oppure basso peso

alla nascita meno di 2500 gr. e che avessero presentato almeno un episodio documentato di apnea o bradicardia, anomalie gastro-intestinali, anomalie cardiache congenite, sindrome da distress respiratorio.

I genitori erano informati che la RCP sarebbe stata insegnata come parte di uno studio per valutarne il modo migliore di insegnamento.

I genitori reclutati avevano un'età tra 21 ed i 37 anni, 9-15 anni di scolarità, appartenevano a gruppi etnici diversi. Potevano essere assegnati ad uno dei tre corsi:

1. RCP con istruttore didattico
2. RCP con istruttore didattico con gruppo sociale di supporto
3. RCP con ausilio con mezzi audio-visivi

Su 480 genitori, 301 (63%) applicarono con successo la RCP subito dopo la formazione, mentre 179 (37%) non ci riuscirono.

I genitori che avevano imparato più facilmente avevano scolarità e reddito più elevati e probabilmente avevano già frequentato un corso per RCP; avevano anche un peggior adattamento psicosociale alla malattia del loro bambino. Genitori emotivamente stressati per la nascita di un bambino o prematuro o ad alto rischio sono motivati ad imparare perchè soggetti ad emergenze potenziali.

Sono risultate più efficaci per l'apprendimento le classi con istruttore, con una percentuale di successo del 73. mentre nella sezione con mezzi audio-visivi solo il 38% impara a praticare bene la RCP.

Nel 1993 in scozia il comitato Scottish Heart Service Advisory ha suggerito di introdurre istruzione alla RCP come parte integrale di programmi di riabilitazione Cardio-polmonare. Visto che i precedenti programmi di RCP non avevano avuto successo, in quanto i familiari dei pazienti affetti da patologie cardiache probabilmente non tentavano manovre di RCP quando si verificava l'evento, perchè non capaci di riconoscere l'emergenza né di prendere iniziative alle manovre rianimatorie (Pane et al, 1989).

A 45 centri di riabilitazione cardiopolmonare scozzesi è stato inviato un questionario che aveva come obiettivo descrivere i programmi di riabilitazione e in che modo essi venivano erogati, come venivano percepiti, e le ragioni per le quali in alcuni centri non veniva fornita l'istruzione alla RCP (Richardson e Lie, 1999).

Sono stati restituiti 41 questionari. Hanno risposto per il 68% (28) infermieri professionali e per il 32% (13) terapisti della riabilitazione il 78% (32) dei programmi di riabilitazione sono offerti da ospedali e il 22% (9) offerti da istituzioni sul territorio, 31 centri erano gestiti da personale qualificato ad addestrare alla rianimazione cardiopolmonare (RTO: Resuscitation Training Officer, Responsabile di Addestramento Rianimazione) figura professionale abilitata a fornire procedure di BLS e responsabile di procedure rianimatorie e di sorveglianza all'interno di una struttura ospedaliera. I pazienti cui venivano offerti i programmi riabilitativi erano per la maggioranza (39 Centri) pazienti post-infartuati; negli altri due centri pazienti post-cardiochirurgici. Alcuni dei pro-

grammi includevano una componente di educazione sanitaria, una componente addestramento pratico, altri usavano il manuale di Heart (Pratica di autoapprendimento) ed altri ancora trattamenti anti-stress. La maggior parte di programmi dava informazioni alle famiglie sui fattori di rischio cardiovascolare e sui sintomi di allarme di un arresto cardiaco e come avere accesso ai servizi di emergenza. Solo 15 centri includevano nei loro programmi di riabilitazione l'addestramento alla RCP. Gli altri centri non prevedevano questo addestramento soprattutto per mancanza di fondi e personale qualificato. I 15 programmi riabilitativi includevano istruzioni alle manovre di RCP fornite alle famiglie. La più alta incidenza di successi nell'addestramento alla RCP è stata ottenuta da un programma ospedaliero di 4 anni rivolto a 30 candidati per anno. La più bassa invece da un programma svolto solo su richiesta

Conclusioni e osservazioni

Nella realtà i medici non raccomandano l'istruzione alla RCP ai familiari dei pazienti, per il timore di provocare sia che sia negli uni che negli altri uno stress emotivo (Dracup et al, 1994; StLouis et al, 1982). I risultati più soddisfacenti si sono avuti invece nell'intervento rivolto ai genitori di piccoli pazienti, dove la maggioranza ha imparato con relativa facilità le manovre di RCP. I programmi svolti negli ospedali (Thomson 1996; Jowett e Thompson 1989) sono più efficaci rispetto a quelli affidati ad istituzioni sul territorio, e l'istruzione alla RCP ha maggior successo quando affiancata da un supporto sociale, consistente in un aiuto rivolto alle famiglie e ai genitori, per ridurre i sentimenti e le responsabilità derivanti dall'esito dell'emergenza. È importante quindi integrare le manovre di RCP nei programmi di riabilitazione.

Per ottenere il miglior risultato possibile, vengono date alcune raccomandazioni:

- coinvolgere nei programmi maggior numero di pazienti a rischio;
- aumentare il numero dei programmi;
- addestrare ed aumentare gli infermieri addetti alle pratiche della RCP ;
- adeguata dotazione delle risorse da destinare ai programmi

Crediamo che istruzioni alle manovre di RCP rivolte alla comunità sia un giusto indirizzo per la salvaguardia della salute pubblica. Anche noi potremmo attuare questi programmi nei nostri ospedali e risulta evidente che ciò interessa molto da vicino noi operatori dell'area critica, perché anche se tale piano prevede un intervento multidisciplinare emerge comunque il ruolo centrale dell'infermiere in questo tipo di formazione.

In Italia le norme legislative ci sono e noi abbiamo acquisito specializzazioni tali da mettere in atto quanto detto: il mondo sanitario è nostro, ci appartiene, fa parte di noi quindi diamoci da fare.

Bibliografia

- AMEY BD, HARRISON EE STRAUB EY. *Sudden cardiac death - a retrospective and prospective study*. J Am Coll Eime Physicians 1976; 5 : 429 - 433
- American Heart Association. Heart a stroke facts: 1994 Statistical Supplement Dallas, Tex: American Heart Association 1993.
- BOSSAERT L, VAN HOEYWEGHEN R. BYSTANDER, *Cardiopulmonary resuscitation (CPR) in out-of-Hospital cardiac arrest*. Resuscitation 1989;17:857-869
- DRACUP K, MOSER DK, TAYLOR SE, GUZY PM. *The psychological consequences of cardiopulmonary resuscitation training for family members of patients at risk for sudden death*. Am J Public Health 1997, 87: 1434-1439.
- DRACUP K, DOERING LV, GUZY PM, MOSER DK. *Comparison of cardiopulmonary resuscitation training methods for parents of infants at high risk for cardiopulmonary arrest*. Ann Emerg Med 1998;32:170-177
- DRACUP K, MOSER DK, GUZY PM, TAYLOR SE, MARSDEN C. *Is cardiopulmonary resuscitation deleterious for family members of cardiac patients?* Am J Public Health. 1994; 84: 116-118.
- EISENBERG M, BERGNER L, HALLTROM A. *Epidemiology of cardiac arrest and sesuscitation in children*. Ann Emerg Med 1983; 12: 672-674.
- Emergency Cardiac Care Committee and Subcommitees, American Heart Association. Guidelines for Cardio Pulmonary Resuscitation and Emergency Cardiac Care. JAMA 1992; 268: 2171-2302)
- Health education board for scotland cardiopulmonary resuscitation (CPR) initiative developmental research: final report edinburgh: system three scotland 1994.
- HICKEY RW, COHEN DM, STRAUSBAUGH S, et all. *Pediatric Patients Requiring CPR in The prehospital settino*. Ann Emerg Med 1995; 25: 495-501
- JOWETT NI, THOMPSON D, *Comprehensive coronary Care*. London: Scutary Press, 1989
- INNES PA, SUMMERS CA, BOYD IM, et all: *Audit of paediatric cardiopulmonary Resuscitation*. Arch Dis Child 1993; 68: 487-491.
- PANE GA, SALNESS KA, TARGETED., Recruitment of Senior citizens and cardiac patients to a mass CPR training course. Ann Emerg med 1989; 18 : 152 -154
- Richardison ME, Lie KG. Cardiopulmonary resuscitation training for family members of patients on cardiac rehabilitation programmes in Scotland. Resuscitation 1999 ;40:11-19
- Scottish Heart Service Adrisory Committee. Report of the Working group on cardio-pulmonary. Resuscitation London : HMSO, 1993
- Sedgwick ML, Dalziel K, Watson N J, Carrington DJ. Peformance of an established System of first responder defibrillation. The results of the second year of the Heartstart Scotland project in the Utstein style. Resuscitation 1993 ; 26:75-88
- St.Louis P, Carter WB, Eisenberg MS. Prescribing CPR: a survey of physicians. Am J Public Health. 1982; 72: 1158-1160.
- Thomson D. The effectiveness of cardiac rehabilitation. Nurs Crit Care 1996; 1: 214-20.
- Weaver WD, Cobb LA, Hallstrom AP et all. Considerations for improving survival from out-of-Hospital Cardiac Arrest. Ann Emerg Med. 1986; 15: 1181-1186.

LA FARMACOLOGIA NELLA RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE

W. FAVERO ⁽¹⁾, M. BENETTON ⁽²⁾, L. RIZZO ⁽²⁾, G. SALVADORI ⁽³⁾

⁽¹⁾ Azienda Ospedaliera Padova

⁽²⁾ Azienda Usl 9 Treviso

⁽³⁾ Studente D.U. Azienda Ospedaliera Padova

Obiettivi

L'obiettivo principale di questa particolare relazione è di porre l'attenzione sia sulle conoscenze attuali, sia sulle «novità», emerse da una analisi bibliografica.

Eviteremo di dare specifiche linee guida sull'utilizzo di questi farmaci, non si daranno neppure risposte certe, ma anzi, verranno posti ulteriori interrogativi come «stimolo» per la ricerca di nuove conoscenze.

Premessa

Oltre ad avere già conoscenze inerenti a:

- la conservazione,
- la diluizione,
- le vie di somministrazioni,
- le interazioni con altri farmaci o soluzioni,

la competenza infermieristica deve configurarsi non solo come il garantire una corretta somministrazione, ma è anche la conoscenza dell'azione del farmaco, del suo uso secondo linee guida internazionali, del riconoscimento di eventuali effetti collaterali.

Al giorno d'oggi, confrontarsi sulla conoscenza specifica permetterà di porci sempre più come soggetti attivi inseriti nei vari team e sistemi della struttura sanitaria, i quali verranno sottoposti a certificazione ed accreditamento.

Partendo dal presupposto che ogni farmaco usato in particolari condizioni patologiche può essere considerato salvavita, i farmaci presi in considerazione sono quelli relativi alle procedure della specifica Rianimazione Cardio Polmonare (RCP) nell'adulto.

Metodologia

La metodologia usata è quella dell'analisi retrospettiva con valutazione della bibliografia prodotta a livello internazionale e comparsa nelle principali riviste scientifiche.

Descrizione

Già nel 1938 un Regio Decreto prevedeva che nelle varie farmacie fossero obbligatoriamente presenti una serie di farmaci. In questa lista già comparivano alcuni dei numerosi farmaci usati nella Rianimazione Cardio Polmonare (R.C.P.) L'attuale linea guida sull'utilizzo dei farmaci salvavita, compare sui protocolli ACLS (Advance Cardiac Life Support) dell'American Heart Association:

Attuale farmacologia ACLS

- Ossigeno
- Atropina
- Adrenalina/Epinefrina

Agenti Antiaritmici

- Lidocaina
- Procainamide
- Bretilio
- Verapamil e Diltiazem
- Adenosina

Miscellanea

- Magnesio
- Bicarbonato
- Morfina
- Cloruro di calcio
- Liquidi (colloidi e cristalloidi)

Ossigeno

Anche se non interpretato come «classico» farmaco, l'ossigeno in tutte le pubblicazioni viene dichiarato come un componente essenziale nella rianimazione cardiaca(1). Esso deve essere sempre presente sulla scena dell'Arresto Cardiaco (A.C.) e subito disponibile per essere erogato, assicurando che alti flussi vengano forniti adeguatamente. Il soggetto con A.C. in RCP, infatti, ha una gittata cardiaca fortemente diminuita, pari al 25-30 % del normale, alterazioni della ventilazione-perfusione, shunt dx-sx con evidente ipossigenazione se non viene fornita una corretta somministrazione di O₂. La tossicità da O₂ avviene in regime di supporto ventilatorio continuo al 100% per più di 3-5 gg.

Atropina

L'atropina solfato è un farmaco parasimpaticolitico che aumenta sia l'au-

tomatismo del nodo del seno sia la conduzione atrio ventricolare attraverso la sua azione vagolitica diretta (1). Non ha una azione diretta del trattamento dell'A.C. ma può migliorare la prognosi di quei pazienti in bradi-asistolia, dovuta ad una eccessiva stimolazione vagale (2).

Dose: la dose è di 1 mg ev ripetibile ogni 3-5 min. fino ad un max di 3 mg (1,18,19).

Un articolo riporta come nel caso di asistolia si possa somministrare il massimo dosaggio consentito in una singola dose (19).

Non subisce variazioni di effetto/efficacia anche se conservato ad alte/basse temperature (10).

Adrenalina/Epinefrina:

I termini indicano una stessa sostanza chiamata però epinefrina nel mondo anglosassone ed adrenalina nel resto della letteratura Europea ed Italiana. Il principio attivo è stato così chiamato da Abel nel 1899 (7).

È una catecolamina naturale con attività alfa e beta adrenergica (1, 2, 3, 4, 5, 6).

Il principale effetto è una *vasocostrizione periferica* che porta ad un miglioramento della pressione di perfusione coronarica e cerebrale(8); determina inoltre una maggiore suscettibilità della fibrillazione ventricolare alla defibrillazione (1).

Sperimentalmente negli animali, migliora l'indice di efficacia della rianimazione.

Nella disanima bibliografica emerge che la dose standard nell'adulto (1 mg. ripetibile ogni 3/5 m'), non si calcola sul dato del peso corporeo, in quanto le dimensioni del cuore sono pressochè simili in soggetti adulti di diversa corporatura (1).

Non c'è evidenza clinica che l'adrenalina/epinefrina migliori la sopravvivenza o il recupero neurologico, indipendentemente dalla dose usata (dose standard o iperdosaggio).

Overdose: Non sembra esistere un reale pericolo all'overdose da adrenalina, ma ricordiamo che nessun farmaco può essere dato senza alcun rischio ed è di difficile prova la determinazione di risultati avversi a causa di sovradosaggio.

Vie di somministrazione:

Il farmaco ha una buona biodisponibilità con la corretta somministrazione endotracheale che avviene con diluizione con soluzione fisiologica per un volume totale di 10 ml affinché raggiunga, con una ventilazione forzata, l'albero bronchiale per un massimo assorbimento (1, 18, 19). Pur non nota la dose ottimale per questa via, si consiglia un suo aumento di 2-2,5 volte rispetto alla somministrazione endovenosa.

La somministrazione per via intraossea dà buoni risultati in termini di efficacia senza modifiche della dose.

La via intracardiaca viene presa in considerazione solo durante il massaggio cardiaco a torace aperto e se non disponibile un'altra via (1).

Precauzioni: Cautela va usata prima di somministrarla a pazienti il cui l'A.C. sia associato ad abuso di solventi, cocaina ed altre droghe simpaticomimetiche.

Si neutralizza in ambiente alcalino (ad esempio a contatto con il bicarbonato di sodio) per autossidazione, anche se la somministrazione a bolo o in infusione rapida riduce notevolmente questo rischio (1).

Conservazione: In uno solo degli articoli analizzati si evidenzia sperimentalmente come la stabilità del farmaco, comparata con un campione di controllo, rimanga inalterata ad esposizioni a temperature tra i -20°C e $+70^{\circ}\text{C}$ (10).

Nella rimanente bibliografia vi è la raccomandazione di conservare al riparo dalla luce(4) e dall'aria, e solo nella Farmacopea Italiana, confermato poi anche dalle Ditte Produttrici, c'è l'obbligatorietà della conservazione a temperature non superiore ai 15°C (3).

Le novità

Vasopressina

È uno dei più importanti ormoni peptidici prodotti dal sistema ipotalamo neuroipofisario (18). Una recente analisi della normale risposta dell'ormone dello stress durante e dopo RCP, ha trovato valori di vasopressina endogena elevati in pazienti in A.C.. Con questa informazione i ricercatori sono partiti con studi che potessero comparare gli effetti dell'adrenalina/epinefrina con quelli della vasopressina (11).

Oltre alle sue conosciute proprietà la vasopressina è un potente vasocostrittore che aumenta la pressione arteriosa (PA) e la resistenza sistemica vascolare, diminuisce l'output cardiaco, il consumo di ossigeno del ventricolo sinistro, la frequenza cardiaca e la contrattilità miocardica (11,18). Sperimentalmente negli animali si ha un significativo aumento della pressione della perfusione coronarica indotta e un flusso sanguigno verso organi vitali, in particolare cuore e cervello, comparabili con un livello ottimale di adrenalina/epinefrina. Inoltre l'ossigenazione del tessuto cerebrale sembra essere di gran lunga maggiore rispetto all'uso dell'epinefrina.

L'utilizzo della vasopressina quale ultima risorsa nei casi di A.C. (9), ha, al momento, evidenziato una significativa riuscita delle manovre rianimatorie, con una sopravvivenza a 24 ore di una gran parte dei pazienti trattati. La farmacocinetica risulta ancora sconosciuta

Sino a quando non saranno disponibili altri dati, le linee-guida correnti dovrebbero includere la vasopressina almeno come farmaco di seconda scelta (11).

Secondo i ricercatori studi futuri dovranno valutare la dose appropriata, la combinazione con adrenalina/epinefrina ed effetti a lungo termine sugli indici di sopravvivenza dei pazienti che hanno subito un A.C.

Negli articoli esaminati non sono stati trovati riferimenti rispetto alla dose singola, alla dose massima, alle complicanze da overdose od altro relativo all'uso di questo farmaco durante R.C.P.



Endotelina 1

Peptide prodotto dalle cellule endoteliali vascolari.

Nell'uomo l'attività dell'endotelina include effetti sulle cellule muscolari lisce vascolari e contrazione nelle vie aeree.

I modelli animali mostrano una transitoria vasodilatazione seguita da vasocostrizione, una soglia minore alla fibrillazione, un prolungato miglioramento, anche se ritardato, della funzione ventricolare sinistra ed un possibile ruolo nell'ipertrofia miocardica. Sebbene l'endotelina 1 sia uno dei più potenti vasocostrittori, scarsi lavori sono stati prodotti per esaminare il suo reale effetto nell'arresto cardiaco. Uno studio ha misurato il livello di endotelina plasmatica nell'arresto cardiaco ed inaspettatamente non si trovarono livelli di sostanza. Ciò fa pensare che a bassi livelli di endotelina corrispondano scarsi risultati finali (11).

Non abbiamo riferimenti sulla reale possibilità di utilizzo di questa sostanza.

Ormoni tiroidei

Alcuni studi hanno esaminato il ruolo degli ormoni tiroidei negli animali dimostrando un ridotto livello circolatorio degli stessi sia durante l'A.C., che durante la rianimazione. Dopo questa considerazione un recente studio retrospettivo ha evidenziato come nei pazienti dimessi dall'ospedale dopo A.C. risultassero alterati i valori ematici degli ormoni tiroidei. La conclusione dei ricercatori è stata che questi ormoni possano giocare un ruolo nell'eziologia dell'A.C., nella prognosi o in entrambe (11).

Agenti antiaritmici

Negli agenti antiaritmici sono presenti vari farmaci che le linee guida internazionali collocano in classe II cioè «accettabili di probabile beneficio». Le linee guida dell'European Resuscitation Council (ERC) raccomandano dodici defibrillazioni prima di prendere in considerazione l'utilizzo di qualsiasi farmaco oltre all'adrenalina; successivamente i farmaci che possono essere presi in considerazione sono gli agenti antiaritmici.

Lidocaina

È il primo antiaritmico consigliato nel trattamento della tachicardia ventricolare (VT) senza polso e fibrillazione ventricolare (VF) refrattarie allo shock elettrico e all'adrenalina (2, 11). Il dosaggio consigliato è da 1 a 1,5 mg./kg in bolo fino ad una dose massima di 3 mg./kg. Come per altri farmaci può essere somministrata tramite via endo-tracheale ma il dosaggio deve essere aumenta-

to di 2/2,5 volte rispetto la via endovenosa aggiungendo poi una ventilazione forzata. Anche la via intraossea può essere utilizzata. Non vi sono riferimenti per quanto riguarda la via intracardiaca. Si rilevano, inoltre, molti effetti collaterali (1,18).

Considerazioni: è stato ed è il farmaco più usato nella prevenzione e nel trattamento della VF. La sua preminenza è basata sull'efficacia percepita e sulla relativa sicurezza. Entrambe queste affermazioni però sono state messe in dubbio (13).

In alcuni studi si è dimostrato che essa riduce la propensione a sviluppare una fibrillazione ventricolare; altri studi, dai risultati contrastanti, mostrano che la lidocaina può anche innalzare la quantità di energia utile per interrompere una fibrillazione ventricolare e cioè può incrementare la soglia di defibrillazione (1, 8).

In una analisi retrospettiva comparativa di pazienti che hanno ricevuto lidocaina ed altri che non l'hanno ricevuta (durante una VF con conversione a ritmo sinusale) nessuno dei due trattamenti ha evidenziato un incremento della sopravvivenza alla dimissione. In un altro studio retrospettivo sul suo uso nella rianimazione extra ospedaliera per fibrillazione ventricolare, in cui i paramedics erano autorizzati alla somministrazione secondo protocollo, si è dimostrato un significativo contributo della lidocaina alla sopravvivenza (12). Solo uno studio randomizzato, un esperimento controllato con placebo sarà in grado di dare una risposta attendibile alla domanda: «la lidocaina serve?» (12).

Non subisce variazioni di effetto/efficacia anche se conservato ad alte basse temperature (10).

Procainamide

Usato quando la lidocaina non è in grado di interrompere gravi aritmie ventricolari. Raramente usato per trattare la fibrillazione ventricolare perché necessita di un lungo tempo per la somministrazione (1, 18). Nella maggior parte del territorio italiano è un farmaco poco conosciuto e poco presente (testo acs).

Bretilio

Già più conosciuto e più presente rispetto alla Procainamide è indicato nel trattamento della fibrillazione e della tachicardia ventricolare refrattarie a shock elettrico, adrenalina e lidocaina (1, 2, 8, 18). È un farmaco di seconda scelta rispetto alla lidocaina, e può provocare effetti emodinamici sfavorevoli durante la RCP.

Verapamil e Diltiazem

Sono farmaci usati nelle tachicardie sopraventricolari (1, 18).

Agiscono sui canali lenti della muscolatura liscia cardiaca e vascolare, inibendo l'ingresso del Ca. Per la loro specifica azione, le particolari dosi ed i

particolari tempi di somministrazione non possono essere considerati farmaci utili nella specifica R.C.P., se non come preventivi all'A.C.

Adenosina

Nucleotide purinico endogeno (1, 18).

Il farmaco, con emivita di 10 sec. e rapidamente sequestrato dai globuli rossi, è utile nel ripristinare il ritmo sinusale nei pazienti con tachicardia parossistica sopra ventricolare. Anche questo, non può essere considerato utile alla RCP se non come eventuale preventivo all'A.C. Presenta numerose interazioni con altri farmaci, in particolare ricordiamo l'antagonismo con l'aminofillina (8).

Le novità

Amiodarone

Viene riportato come nuova possibilità di uso in quanto la sua efficacia di farmaco antiaritmico è stata comparata al Bretilio (8, 11, 18). Pur essendo entrambi efficaci, l'amiodarone è meglio tollerato emodinamicamente. In alcuni studi si è cominciato a prendere in considerazione l'uso di questo farmaco come sostituto della lidocaina, e sembra che la somministrazione endovenosa di amiodarone giochi un ruolo importante nel trattamento di fibrillazione e tachicardia ventricolare refrattarie che non rispondono alla lidocaina, al procainamide, al bretilio (2).

Gli effetti collaterali sono la vasodilatazione e gli effetti inotropi negativi quali ipotensione ed in misura molto limitata bradicardia, blocco atrio-ventricolare e arresto cardiaco.

La sua somministrazione nelle indicazioni sopra citate è approvata dalla Food And Drug Administration (11).

Aminofillina:

Antagonista dell'adenosina (11, 18), potrebbe avere un potenziale terapeutico nel trattamento dell'A.C. ma non è inclusa nelle linee guida di ACLS né dell'ERC né dell'American Heart Association (AHA.) (11) Abbiamo esaminato un articolo in cui viene riportato il successo di una RCP dopo somministrazione di aminofillina, farmaco dato però in dose importante (bolo di 250 mg). In precedenza il soggetto era stato trattato con defibrillazione e farmaci secondo linee guida ufficiali, senza risultati apprezzabili (14). I ricercatori segnalano comunque di utilizzare l'aminofillina come ultimo farmaco qualora fallisse ogni altro tentativo, dato che non è stato provato un nesso causale tra somministra-

zione di aminofillina e ripristino della circolazione spontanea (11).

Uno studio randomizzato del 1994 negli animali non dimostra un reale beneficio del farmaco nella RCP (20).

Miscellanee

Magnesio

È noto che la carenza di Mg si associa ad una maggiore frequenza di aritmie cardiache, insufficienze cardiache, infarto miocardico e morte improvvisa (1, 2, 8, 9). L'ipomagnesiemia deve essere corretta perché può scatenare una VF refrattaria; alcune metanalisi hanno dimostrato che la somministrazione di Mg. ha portato a riduzioni di oltre il 50% di AC, VF, VT ed aritmie (1). Particolare effetto benefico nella «torsione di punta».

Dosi: Nella VF bolo veloce di 1-2 gr di MgSO₄;
nella VT stesso dosaggio però diluito e somministrato in 1-2 min.;
nella torsione di punta fino a 5-10 gr.

Bicarbonati

Nell'AC di breve durata, ventilazione adeguata ed efficaci compressioni toraciche limitano l'accumulo di CO₂. Un sufficiente ripristino del flusso ematico combatte l'acidosi ipercapnica e metabolica eliminando la CO₂ e metabolizzando il lattato; per questo nelle prime fasi della RCP le soluzioni tampone non sono necessarie (1, 8, 16).

Il sodio bicarbonato è stato usato per più di 50 anni nelle molte forme di acidosi metabolica, diventando una routine. Gli studi effettuati hanno dimostrato vari effetti negativi derivati dalla sua somministrazione: ipercapnia venosa con aumento della CO₂ del sangue venoso misto, diminuzione del pH intracellulare dei tessuti e del liquido cerebro-spinale, congestione circolatoria, ipersodiemia, iperosmolarità con danno cerebrale (15). Nei pazienti in AC non è stato dimostrato che il bicarbonato migliori il pH arterioso. Comparando due gruppi di pazienti dei quali ad uno veniva somministrato il sodio bicarbonato, ed un altro a cui non veniva dato, il pH arterioso rimaneva invariato o non si evidenziava un netto decremento dell'acidosi.

Il ruolo dei sistemi tampone nella RCP è ancora incerto; in attesa di ulteriori studi si suggerisce che l'uso dei tamponi sia limitato alla severa acidosi (pH inferiore a 7,1 e BE inferiori a -10), oppure a speciali situazioni come l'AC associato a iperpotassiemia o overdose di antidepressivi triciclici (19).

Dose: inizialmente è indicata la dose di 50 mEq di soluzione all'8,4% e successive somministrazioni dipendenti dalla situazione clinica e dai risultati dell'emogasanalisi.

Precauzioni: in presenza di bicarbonato di sodio non va utilizzato il calcio cloruro in quanto si otterrebbe la precipitazione del composto (1).

Alcune società scientifiche raccomandano che il sodio bicarbonato sia classificato come «Raccomandazione III»: inappropriato, senza evidenza scientifica di efficacia (15).

Cloruro di calcio

Il meccanismo d'azione è dato dagli ioni Calcio che aumentano la forza contrattile del miocardio (1, 2, 18).

Nonostante questo vantaggio, studi retrospettivi e prospettici eseguiti nell'AC non hanno dimostrato benefici riferiti al suo uso, anzi teoricamente elevati livelli di calcio potrebbero essere dannosi (1). Il calcio è probabilmente utile se è presente iperpotassimia o ipocalcemia o tossicità da calcioantagonisti; in altri casi non dovrebbe essere usato (1).

Precauzioni: In presenza di bicarbonato di sodio i sali di calcio precipitano come carbonato e pertanto non possono essere somministrati contemporaneamente (1).

Liquidi: Colloidi Cristalloidi

Pur non essendo considerati nelle pubblicazioni come farmaci d'urgenza abbiamo comunque voluto inserire e ricercare bibliografia in quanto sono comunque usati nel momento rianimatorio, sia per sostenere il circolo che per veicolare i farmaci. La letteratura riporta come rianimazioni condotte con l'uso di colloidi rispetto ai cristalloidi, siano associate ad un incremento del rischio di mortalità del 4% (17). Inoltre anche per particolari tipologie di pazienti, come gli ustionati, non c'è evidenza sull'effetto benefico dei colloidi. Dal momento che i colloidi non sono associati ad un miglioramento della sopravvivenza e sono considerevolmente più costosi, è difficile giustificare il loro uso continuato al di fuori di prove randomizzate nel trattamento dei pazienti particolarmente gravi. La ricerca è ancora in corso; i colloidi sono comunque raccomandati in molte linee guida e negli algoritmi della gestione intensiva.

Conclusioni

Nella disamina effettuata sono risultati alcuni punti importanti quali:

- 1) per nessun farmaco usato in urgenza c'è una reale evidenza scientifica;
- 2) anche se nessun farmaco può essere dato senza alcun rischio, è difficile provare un eventuale danno da overdose;
- 3) esiste una reale difficoltà nell'eseguire studi randomizzati, sia legata a motivi clinici che a motivi etici.

Sebbene siano state tenute molte conferenze sulla RCP e siano state fatte revisioni alla ACLS sono stati fatti piccoli progressi nelle opzioni farmacoterapeutiche.

Il bisogno di migliorare l'approccio farmacologico è però chiaro.

Bibliografia

1. CUMMINS R O (ed)., *Manuale «ACLS»* 1999. Farmacologia cardiovascolare I. (Capitolo 7:165-186). Centro Scientifico Editore, Torino 1999.
2. VINCENT R., *Drugs in modern resuscitation*. Br J Anaesthesia 1997; 79:188-197.
3. Farmacopea ufficiale della Repubblica italiana IX edizione. Formulario Nazionale. Preparazioni per uso parenterale. Parte A, 2-1, 2-2. Roma 1996.
4. Farmacopea ufficiale italiana X edizione Roma 1998, pag 489.
5. European Pharmacopoeia 3rd edition 1997, 348-349.
6. British pharmacopoeia, Londra 1973, pag. 14-15.
7. HOFFMAN BB, LEFKOWITZ RJ. *Catecholamines and sympathomimetic drugs*. In GOODMAN & GILMAN's. *The pharmacological basis of therapeutics*. 8^aed, MacGraw Hill 1992, Dallas, pg.187-198.
8. BROWN C, WIKLUND L, BAR-JOSEPH G, et al. *Future directions for resuscitation research IV. Innovative advanced life support pharmacology*. Resuscitation 1996; 33: 163-177.
9. BALLEW KA. *Recent advances cardiopulmonary resuscitation*. BMJ 1997; 314: 1462-1465
10. JOHANSEN RB, SHAFER NC, BROWN PI. *Effect of Extreme Temperatures on Drugs for Prehospital ACLS*. Am J Emerg Med 1993; 11: 450-452.
11. FRISHMAN WH, VAHDAT S, BHATTA S. *Innovative Pharmacologic Approaches to Cardiopulmonary Resuscitation*. J Clinical Pharmacol 1998; 38: 765-772.
12. KOSTER RW. *Lidocaine: Work still in progress*. Resuscitation 1997; 33: 197-198.
13. HERLITZ J, EKSTROM L, WENNERBLUM B, et al. *Lidocaine in out-of-hospital ventricular fibrillation. Does it improve survival?* Resuscitation 1997; 33: 199-205.
14. PEROUANSKY M, SHAMIR M, HERSHKOWITZ E, DONCHIN Y. *Successful resuscitation using aminophylline in refractori cardiac arrest with asystole*. Resuscitation 1998; 38: 39-41.
15. ARIEFF AI. *Efficacy of buffers in the management of cardiac arrest*. Crit Care Med 1998; 26: 1311-1313.
16. BAR-JOSEPH G, WEINBERGER T, CASTEL T et al.. *Comparison of sodium bicarbonate, Carbicarb, and THAM during cardiopulmonari resuscitation in dogs*. Crit Care Med 1998; 26: 1397-1408.
17. SCHIERHOUT G, ROBERTS I. *Fluid resuscitation with colloid or crystalloid solutions in critically ill patients: a systematic review of randomised trials*. BMJ 1998; 316: 961-964.
18. KEEN JH, BAIRD MS, ALLEN JH. *Critical Care and Emergency Drug Reference*. Mosby-Year book. 6^aed, St. Louis, Missouri 1998.
19. Advanced Life Support Working Group of the European Resuscitation Council. *The 1998 European Resuscitation Council guidelines for adult advanced life support*. BMJ 1998; 316:1863-69.
20. LITTMAN S, ASHLINE PT, HAYES WJ, et al. *Aminophylline fails to improve the outcome of cardiopulmonary resuscitation from prolonged ventricular fibrillation: a placebo-controlled, randomized, blinded experimental study*. J Am Med Ass 1994; 23: 1708-14.

LA RIANIMAZIONE CARDIO POLMONARE IN TV

I.P. D. FONTANOT ⁽¹⁾, V.I. C. TULL ⁽²⁾, I.P. P. MARCHINO ⁽³⁾

⁽¹⁾ Rianimazione - IRCCS Burlo Garofalo - Trieste

⁽²⁾ Inf. Ped. Terapia Intensiva Neonatale - IRCCS Burlo Garofalo - Trieste

⁽³⁾ AVS Rianimazione - IRCCS Burlo Garofalo - Trieste

Vi sono vari modi per affrontare il tema della rianimazione cardio polmonare e com'è ovvio, in un congresso, che si rivolge ad una platea di professionisti, molta attenzione si è concentrata sull'aspetto tecnico del problema. In questo lavoro abbiamo voluto indagare sul modo in cui la CPR viene percepita dai potenziali utenti - pazienti e dalle loro famiglie inoltrandoci in un campo che generalmente si definisce ETICO.

Alla luce di una trasformazione culturale che riconosce un legame pattizio fra l'operatore sanitario e il cittadino, quest'ultimo sempre più protagonista del processo terapeutico, è d'obbligo chiedersi quali siano le sue effettive credenze e quindi aspettative di fronte a questioni così profondamente correlate alla vita, alla qualità della vita e alla morte come la rianimazione cardio polmonare.

In un articolo pubblicato sul New England Journal of Medicine nel 1994, Murphy, sottolineava che le opinioni dei pazienti in merito all'efficacia della CPR condizionavano in modo sensibile il loro comportamento di fronte a questioni delicate quali per esempio il DO NOT RESUSCITATE (cioè l'espressione da parte del paziente della volontà di non essere rianimato). Dallo spoglio dei questionari emergeva infatti che il 50% dei pazienti che avevano ricevuto delle informazioni in merito all'effettiva indicazione ed efficacia delle manovre rianimatorie, preferivano farne a meno.

Nel 1993, Shonwetter, pubblicò uno studio da cui emerse che le principali fonti di informazione per la cittadinanza non erano rappresentate dai medici o dagli operatori sanitari in genere, bensì da agenzie 'educative' informali quali per esempio i mass media e in particolare la televisione.

Nel 1996 lo stesso Autore confermò i dati precedenti sottolineando che ben il 70% dei pazienti con più di 74a di età riconosceva nel piccolo schermo l'unica fonte principale delle proprie conoscenze in tema di CPR.

Questo elemento ha ispirato una serie di ricerche piuttosto originali:

le più note fiction sulla medicina trasmesse dalle reti televisive statunitensi e britanniche sono state oggetto di osservazione da parte di un gruppo di medici e psicologi. L'attenzione si è concentrata su alcuni dati epidemiologici e i fattori presi in considerazione sono stati i seguenti:

- la *frequenza* con cui compaiono le manovre rianimatorie
- l'*età* e il *sex* del paziente
- l'*etiologia* dell'arresto cardio respiratorio
- gli *esiti*: a breve e a lungo termine.

Comparando i dati delle fiction a quelli riportati dalla letteratura si possono individuare tre errori macroscopici, in ordine di importanza:

- l'età
- le cause
- gli esiti

I pazienti che appaiono in TV sono nella gran parte dei casi soggetti giovani (65% dei pazienti in ER sono bimbi, adolescenti o giovani).

All'origine dell'arresto cardiaco si attribuiscono eventi acuti di natura traumatica (incidenti stradali, ferite di arma da fuoco, ecc.). Questi due elementi che sfruttano la valenza empatica del messaggio condizionano i dati riguardo al successo della CPR.

Entrando nello specifico, le produzioni britanniche indicano un successo nella CPR sostanzialmente simile a quello della letteratura se si considera la fascia di età tra gli 0 e i 35 anni, età come è noto, poco soggetta ad un arresto cardiaco primario.

Ciò che colpisce è l'omissione di informazione sugli esiti a lungo termine. Non sono citati infatti i possibili esiti invalidanti né le procedure di Terapia Intensiva. È forse questo l'aspetto più 'colpevole' delle programmazioni Britaniche e Statunitensi.

Approcciandosi a questi dati con un atteggiamento laico, pochi si stupiscono delle esagerazioni sin qui descritte e che sono comuni a tutte le produzioni televisive che aspirano ad attrarre un grande pubblico. Come ricordato però, soprattutto in campo sanitario, queste scorrettezze possono alimentare delle false aspettative, in particolare se si considera la veridicità che caratterizza le fiction degli anni 90 rispetto a quelle dei decenni precedenti.

Nelle programmazioni attuali convivono elementi di estrema accuratezza tecnologica ed ovvie necessità drammaturgiche ed è questa sinergia a rendere estremamente sfumato e di difficile individuazione il limite tra fiction e realtà.

Come è noto a tutti coloro che si occupano di educazione sanitaria, non è possibile inferire la valenza educativa di questi messaggi poiché l'informazione, sia essa corretta o meno, non determina necessariamente un'azione educativa intesa come modifica del comportamento.

L'unico modo per valutare gli effetti sulla popolazione è quello di studiare gli eventuali esiti, ma la scelta obbligata di valutare i lavori fatti si è rivelata piuttosto deludente per l'assenza di studi sistematici. Può essere interessante però citare alcuni casi esemplari:

In una lettera pubblicata sul *New England Journal of Medicine* nel 1996, un docente dell'Indiana School of Medicine ha presentato i numeri relativi all'andamento delle iscrizioni alla specialità di Medicina di Urgenza.

Il periodo preso in considerazione va dal 1991 al 1996, anno in cui si è registrato un notevole incremento, se comparato alla linearità del quinquennio precedente (2,8 del 1994 - 5,6 del 1996).

Gli stessi docenti firmatari della lettera azzardano l'ipotesi di una relazione tra questo fenomeno e la concomitante trasmissione in video, a partire dal settembre 1994, del telefilm ER (non escludendo la possibilità che vi siano anche altri elementi in gioco, per esempio esigenze di mercato).

Il caso degli studenti di medicina si riferisce ad un target piuttosto specifico e forse più sensibile a questo tipo di condizionamento, ma ulteriori ricerche confermano che anche il resto della popolazione subisce una profonda influenza da parte dei messaggi televisivi.

Citiamo un articolo apparso su *British Medical Journal* nell'Aprile 1999 (Hawton et al, 1999).

In un episodio di *Casualty*, uno dei telefilm medici trasmessi in Inghilterra, si verificava un tentato suicidio con abuso di paracetamolo.

Nella prima settimana successiva alla puntata in questione, i Pronto Soccorso hanno registrato un incremento del 17% dei casi di intossicazione a scopo suicida.

Nel corso della seconda settimana l'incremento è stato del 9%, per poi stabilizzarsi durante la terza settimana ai valori precedenti.

Questo esempio ripropone il tema ormai noto dell'emulazione al suicidio, ma va segnalato che c'è stata una ricaduta non solo quantitativa ma anche qualitativa. Si è verificata infatti una frequenza doppia, rispetto alla norma, nell'assunzione proprio di paracetamolo.

Per concludere vorremmo fare un paio di considerazioni:

- l'articolo sulla CPR in TV pubblicato nel 1996 (Baer 1996), ha scatenato un'accesa discussione tra gli addetti ai lavori, testimoniata dal gran numero di lettere giunte in redazione. Gli operatori sanitari si sono schierati su due posizioni contrapposte: c'è chi dice, non importa come si parla di CPR e più in generale di sanità, purché lo si faccia, e chi sostiene viceversa la necessità di affrontare l'argomento con maggior senso di responsabilità. Non è nostra intenzione suggerire soluzioni ma ci sembra che lo sviluppo stesso di questo dibattito, già di per sé, confermi l'esistenza di una questione etica su cui riflettere e su cui vigilare, non solo come esercitazione filosofica, ma anche come strumento di comprensione verso l'utenza con cui ci confrontiamo quotidianamente.

- Un'ultima provocazione riguarda invece un aspetto che emerge spesso nelle fiction televisive statunitensi: la presenza dei parenti nelle sale di emergenza. Anche in questo caso si tratta di un evento affatto comune nella realtà ospedaliera, ma in merito a questo aspetto ci siamo poste degli interrogativi. Di fronte alla realtà italiana in cui si discute ancora sull'opportunità e sulla fattibilità delle cosiddette Rianimazioni aperte, può sembrare avveniristico o inopportuno sollevare il problema della presenza dei parenti nei momenti della BLS o di altri eventi altrettanto drammatici, ma soprattutto per gli operatori che debbono prendersi cura di bambini, con tutte le implicazioni legali oltre che emozionali, è forse il caso di cominciare a riflettere sul ruolo dei genitori e sulle reali motivazioni che hanno portato ad un uso consuetudinario e indiscusso di mantenerli lontano durante le situazioni di emergenza.

Si tratta di una provocazione, ma forse l'approccio critico con cui abbiamo affrontato il tema della CPR in TV, può esercitarsi anche in chiave positiva e quindi propositiva laddove se ne ravvisi l'opportunità che, per quanto ci riguarda abbiamo individuato in questo aspetto problematico del nostro quotidiano.

Bibliografia

- BAER NA., *Cardiopulmonary resuscitation on Television - Exaggeration and accusation*. N Engl J Med 1996; 334: 1604 - 5.
- GORDON PN, WILLIAMSON S, LAWLER PG. *As seen on TV: observation study of cardiopulmonary resuscitation in British television medical dramas*. BMJ 1998; 317: 780 - 3
- DIEM S, LANTOS JD, TULSKY JA. *Cardiopulmonary resuscitation on Television - Miracles and Misinformation*. N Engl J Med 1996; 334: 1578 - 82.
- HAWTON K, SIMKINS S, DEEKS JJ, O'CONNOR S, KEEN A, ALTMAN DG, PHILO G, BULSTRODE C. *Effects of a drug overdose in a television drama on presentation to hospital for self poisoning: time series and questionnaire study*. BMJ 1999; 318: 972 - 77.
- MURPHI DJ, BURROWS D, SANTILLI S, KEMP AW, TENNER S, KRELING B, TENO J. *The influence of the probability of survival on patient's preferences regarding cardiopulmonary resuscitation*. N Eng J Med 1994; 330 545 - 9.
- SCHONWETTER RS, WALKER RM, KRAMER DR, ROBINSON BE. *Resuscitation decision making in the elderly: the value of outcome data*. J Gen Intern Med 1993; 8: 295 - 300.
- SCHONWETTER RS, TEASDALE TA, TAFFET G, ROBINSON BE, LUCHI RJ. *Educating the elderly: cardiopulmonary resuscitation decision before and after intervention*. J Am Geriatr Soc 1991; 39: 372 - 7.
- WALLACK EM, BINGLE GJ. *Cardiopulmonary resuscitation*. N Eng J Med 1996; November 21, 1606.

DIBATTITO

Giovedì, 11 novembre 1999, *mattino*

Prima domanda
Nome e Cognome
Professione
Provenienza

Sul recupero del polso spontaneo nei pazienti trattati con BLS e ACLS ci sono dati, soprattutto italiani?

Seconda Domanda
Nome e Cognome
Professione
Provenienza

Vorrei chiedere al collega, che ha fatto la presentazione sull'uso dei farmaci nella RCP, sui dosaggi da lui presentati per quanto riguarda l'atropina e l'adrenalina, ed in particolare per l'atropina di un milligrammo da ripetere per tre volte dopo cinque minuti, se lui invece ha dati sull'uso spropositato di atropina ed in modo particolare di adrenalina e quali effetti l'uso spropositato di questi farmaci determinano al paziente.

Terza domanda
Nome e Cognome *Maurizio*
Professione
Provenienza *Rianimazione Ancona*

Io vorrei fare una puntualizzazione su quello che oggi abbiamo detto.

Noi come operatori sanitari e di area critica e di una qualsiasi unità operativa cui apparteniamo, ci troviamo purtroppo di fronte ad una realtà, quale la formazione di base, che non ci prepara ad affrontare evenienze del genere. La scuola infermieri non ci dà quella preparazione che rispetto alle emergenze ci dà la possibilità di potere intervenire in modo valido.

Purtroppo ai corsi di RCP partecipano infermieri, medici ma solo su base volontaria, magari anche a proprie spese.

Non c'è da parte delle aziende, degli enti una volontà di preparare il proprio personale sanitario rispetto a queste problematiche.

Tanto più che noi, come operatori sanitari, siamo quelli che anche di fronte alla legge rispondiamo più di qualunque altro.

Quindi, ben venga l'accreditamento, la certificazione ma la formazione verso particolari tematiche credo debba avere in maniera assoluta la priorità.

Quarta domanda

Nome e Cognome *Cristina*

Professione

Provenienza *Rianimazione Ospedale Saronno*

Volevo porre un quesito riguardo la formazione dei parenti dei cardiopatici.

Nella mia realtà purtroppo questo non esiste.

Noi abbiamo spesso dei coma post-anossici, su pazienti colpiti da infarto, aritmie che scatenano arresto cardiaco, che purtroppo arrivano in ospedale troppo tardi e restano decerebrati.

Ecco, spesso tra i parenti c'è il rimorso di dire se avessi potuto, se fossi stato in grado ...

Vorrei sapere se in Italia esistono delle realtà dove la formazione dei parenti viene effettuata.

Quinta domanda

Nome e Cognome *Giubertoni*

Professione

Provenienza *Rianimazione di Brescia*

Esiste un'esperienza, o perlomeno della documentazione, riguardo la validità in ambito ospedaliero di utilizzo di équipe addestrate specificatamente per l'ACLS nei reparti o, invece esistono dei dati per cui è più attendibile e migliore, per un buon risultato di rianimazione, l'addestramento di tutti gli operatori di tutte le unità operative, in modo tale che non ci sia bisogno di attendere queste équipe che vengono di corsa con la loro attrezzatura dalla rianimazione?

Risposta A. *Costagliola*

Non sono a conoscenza se in Italia esistono dei centri che attuano la formazione della RCP ai parenti dei pazienti.

Il lavoro presentato da noi oggi vuole essere anche uno stimolo a valutare attentamente questa problematica, che in altri paesi è già affrontata.

Risposta *L. Raffin*

Rispondo alla domanda sul recupero del polso.

Se ti riferisci all'outcome fondamentalmente, quindi recupero di pazienti, ti porto l'esperienza della nostra realtà, anche se in Italia c'è un registro (RIACE), rispetto all'attività extra-ospedaliera, quindi con defibrillatori semiautomatici, etc..

La diversità, quindi il recupero, ottimo con infermieri professionali a bordo, è sui tempi dell'evento, ovvero minori sono i nostri tempi di intervento migliore è l'outcome.

Seconda variabile sono i ritmi che rileviamo sul monitor.

Noi abbiamo un territorio che ci permette di arrivare in tre minuti, ma anche in quindici minuti.

Quindi dove arriviamo entro i sei minuti abbiamo delle ottime risposte:

fibrillazione → trattamento → recupero del polso;

dove arriviamo in dodici minuti le percentuali cominciano a scendere.

Noi abbiamo fatto un lavoro, che tra l'altro esiste anche negli atti ANIARTI perché è stato pubblicato, che ci dà dei risultati molto buoni, chiaramente tenendo sempre in considerazione questo tipo di variabile.

Lui ha parlato di farmaci, noi però lavoriamo solo con adrenalina e atropina.

Risposta *P. Di Giulio*

Se posso aggiungere una cosa, rispetto ai dati italiani sugli esiti della rianimazione cardiopolmonare, uno dei lavori più estesi è quello pubblicato su Resuscitation dal gruppo di Sbrogliavacca ed altri dove prende in esame gli esiti della rianimazione cardiopolmonare in Friuli Venezia Giulia.

È interessante, però varrebbe la pena valutarlo e discuterlo questo lavoro in quanto gli esiti sono diversi, ma di questo si parlerà nel pomeriggio e non su dati italiani rispetto alle condizioni.

Ci sono esiti diversi con condizioni e organizzazioni diverse, nei centri urbani, centri a bassa densità con anche dislocazioni diverse delle ambulanze.

Da questo lavoro del gruppo di Sbrogliavacca veniva fuori che il successo della RCP nel Friuli Venezia Giulia è più basso rispetto a quello di altre aree; però dipende molto da come viene valutato il successo, quanti e che tipologia di pazienti, quali sono i criteri, recupero immediato rispetto a recupero a lungo termine.

Esiste quindi tutta una serie di dati, che detti così dicono molto poco, ma che con una valutazione attenta del modo con cui è stato valutato il successo cambia molto le risposte.

Risposta *E. Drigo*

Questo mette molto in evidenza, l'importanza di fare lavori di questo gene-

re, perché ci aiuta a pensare e a riflettere sulla metodologia di analisi del nostro lavoro, e quindi sull'importanza di mettere in piedi dei momenti di riflessione, di raccolta dati anche per quanto riguarda la professione infermieristica.

È importante che cominciamo a costituire una banca dati estremamente dilatata e ampia sullo spettro dei nostri interventi, perché questo ci consente di costruire la base scientifica che ci serve poi ad essere riconosciuti come società scientifica a livello non solo italiano ma internazionale. Questi sono elementi fondamentali e volevo fare notare l'elemento di metodologia che sta alla base di questa sessione, importante da leggere in questa ottica e fondamentale per operare nel nostro quotidiano.

Risposta W. Favero

La domanda era sull'atropina.

Ripeto un attimo le dosi: un milligrammo ripetibile ogni tre-cinque minuti, fino ad un massimo di tre milligrammi.

Noi abbiamo trovato un solo articolo dove è stato provato a somministrare il massimo dosaggio consentito, cioè tre milligrammi in una singola dose.

In questo articolo però, e purtroppo non posso rispondere alla domanda, si fa riferimento solo alla somministrazione della dose, non si parla di esito, di sovradosaggio e quantaltro.

Risposta F. Moggia

Rispondo al collega di Ancona e al collega di Brescia rispetto alla formazione sul BLS.

C'è un dato che riprendo dal mio intervento che dimostra come sia importante attivare la formazione sistematica a tutti gli operatori sanitari, anche di area non «critica».

Da uno studio fatto, si è visto che la sopravvivenza dei pazienti rispetto alle tecniche di RCP era del 60% nelle aree non critiche, mentre del 30% quando dovevano essere attivate le squadre di ACLS, deputate a quegli interventi nel presidio ospedaliero.

Alla collega di Saronno posso dire che ci sono dei centri che se ne stanno occupando.

Porto un'esperienza che conosco, rispetto alla formazione di utenti che afferivano ad un SERT cittadino, quindi prevalentemente tossicodipendenti.

L'approccio è stato un po' difficile proprio per la particolarità dell'utenza, ma quando hanno inteso quale era l'intento, l'importanza dell'insegnamento della RCP perché potevano riuscire a salvare un loro amico, sono accorsi davvero in tanti.

I primi risultati si vedranno quando ci saranno i primi interventi delle ambulanze, 118 e sanitari.

Sesta domanda

Nome e Cognome *Pallotta*

Professione

Provenienza *Recanati*

Vorrei chiedere se questa mattina è stato affrontato il problema della defibrillazione.

Negli USA sembra che sia una pratica estesa a tutti, da noi ancora ci sono dei problemi di vario tipo.

Vorrei sapere come si sta affrontando questa problematica in Italia.

Settima domanda

Nome e cognome *Marchetta*

Professione

Provenienza *Napoli*

Gli interventi di RCP effettuati dai non professionisti, sulla strada e sulle ambulanze, che danni possono portare?

Ottava domanda

Nome e cognome *Isabella Zennaro*

Professione *Caposala*

Provenienza *Rianimazione Azienda Ospedaliera San Luigi Orbassano – Torino*

Mi ha fatto piacere sentire parlare dell'importanza della formazione rispetto alla tematica della RCP nei bambini dai sette ai dodici anni.

Volevo solo riportarvi un'esperienza che abbiamo fatto nel comune di Rivalta di Orbassano, con la commissione salute, composta da genitori e insegnanti per i ragazzi, in maniera volontaria per l'anno scorso, nel 118 di Torino abbiamo impostato un percorso di divertimento e ludicoformativo con i bambini di quarta e di quinta elementare su dieci classi, e questo tipo di percorso ci ha dato grossissime soddisfazioni.

Questo è un canale che secondo me va tenuto aperto ed ampliato, in quanto abbiamo notato una grossissima sensibilizzazione ai vari livelli (bambini, genitori, insegnanti, parenti etc.).

Decima domanda

Nome e Cognome *Tonia De Crescenzo*

Professione *Infermiera Professionale*

Provenienza *Napoli*

Mi rivolgo a Fontanot.

Mi è capitato, durante un intervento in ospedale, che un parente del paziente cui erano rivolte le nostre cure di RCP, mi chiamò da parte e mi disse «ma signora, qui non è come in TV!?».

Ecco, io mi chiedo, esiste un comitato etico, un ente o dobbiamo essere noi come operatori sanitari

a porci questi problemi, che sicuramente hanno una ricaduta e di immagine e forse di inganno ai cittadini?

Un'altra domanda la rivolgo a Favero.

Nella logica dell'accreditamento e certificazione, e comunque a prescindere da questo, vorrei capire cosa nell'elenco dei farmaci descritti e riportati nella relazione sia di competenza infermieristica, o meglio dove inizia e dove finisce la responsabilità infermieristica, quanto deve conoscere l'infermiere in merito alle diluizioni, che oltretutto credo non sia di nostra competenza, come anche gli effetti che possono provocare i farmaci.

Dove può arrivare l'infermiere dopo l'abrogazione del mansionario?

Undicesima domanda

Nome e Cognome *Pino Abis*

Professione

Provenienza *Rianimazione di Moncalieri – Torino.*

Io avrei bisogno a scopo formativo autodidatta, per il gruppo infermieristico con cui lavoro, possibile di avere una bibliografia sui supporti tecnologici, informatici ed in videocassetta.

Dodicesima domanda

Nome e Cognome *Sacca*

Professione *Caposala*

Provenienza *Cardiologia - Reggio Calabria*

Chiedo un parere un po' più generale, visto che facciamo riferimento a dati internazionali,

se rispetto a queste esperienze individuali, o di alcuni centri, o eseguiti da poche persone individuate dalle nostre istituzioni o per iniziative personali (perché è gente che si interessa per autoformazione come fortunatamente molti di noi) vi risulta ci siano dei programmi nazionali e di risorse destinate per uniformare su tutto il territorio nazionale, rispetto alle realtà, queste necessità di fare e di verificare quello che facciamo.

Poi una considerazione in merito alla televisione.

A me pare che il messaggio politico che manda la televisione riguarda in modo particolare una sola categoria di professionisti.

L'infermiere spesso è occultato, io vorrei, visto che le fiction ed i messaggi che dà la televisione sono così importanti, che venissero dati degli input da chi ci

rappresenta che probabilmente in TV non ci devono andare solo le commesse, le suore etc. ma anche gli infermieri con la loro professionalità ed il loro vivere quotidiano.

Tredicesima domanda

Nome e cognome

Professione

Provenienza *Unità coronarica di Verona*

Vorrei rispondere al collega di prima che ha parlato sulla inadeguata preparazione di base sulla formazione della RCP.

Ritengo sterile, improvviso ed improduttivo volgere lo sguardo al passato per noi, perché ognuno di noi ha alle spalle una formazione di base non congrua e questo è un dato di fatto.

Per altro ritengo che sia importante il presente come impegno quotidiano ed il futuro inteso come tensione all'eccellenza, quell'eccellenza di cui ieri noi abbiamo parlato.

È quindi un dovere ed un piacere essere qui e continuare, e non dobbiamo per questo sentirci migliori o diversi perché facciamo questa scelta quotidianamente.

Quattordicesima Domanda

Nome e cognome *Maria Benetton*

Professione *Caposala*

Provenienza *Azienda U.S.L 9 Treviso*

In merito alla formazione: in caso l'esito sia negativo, la didattica viene cambiata o si ritenta con la stessa?

Risposta *L. Raffin*

Rispondo al collega di Recanati.

Prima si accennava ad un registro italiano che si chiama RIACE ed è attivo da quattro anni, credo, comunque è conosciuto.

Questo registro raccoglie tutta l'attività di defibrillazione, quindi dati sul recupero dei pazienti, sull'outcome e quant'altro.

Il registro di cui vi parlo è nato dopo il lavoro cui faceva riferimento P. Di Giulio.

Risposta *W. Favero*

Mi si chiedeva sulle competenze infermieristiche nella farmacologia.

La conoscenza del farmaco in toto ci lega a responsabilità che vanno dalla corretta preparazione fino alla somministrazione ed agli eventuali effetti anche negativi, che il farmaco può avere sul paziente.

La responsabilità gestionale dei farmaci è propria delle competenze infermieristiche.

Risposta P. Di Giulio

Io vado oltre sottolineando altre due cose.

La legge 42/99 ha abrogato il mansionario, ci sono due atti che non sono delegabili: la diagnosi medica e la prescrizione di farmaci.

L'arresto cardiaco è una diagnosi medica o funzionale? Perché io non vado a vedere le cause, vado ad identificare una situazione: il cuore non batte, e la cosa importante è fare questa valutazione, il resto è una conseguenza logica.

Adesso siamo in un periodo di passaggio, ma non c'è nessuna legge che vieta che, secondo protocolli concordati, l'infermiere somministri farmaci senza prescrizione medica (in quanto la prescrizione è concordata e scritta nel protocollo di intervento).

Esistono molte esperienze di questo tipo ed in merito all'emergenza, ed in merito alla gestione del dolore postoperatorio dove ci sono degli standard: c'è un dolore di questo tipo → si effettua una sedazione di questo tipo somministrando questo; oppure l'esempio che vi citavo ieri degli ambulatori infermieristici per lo scompeso dove gli infermieri, su un paziente che ha già una diagnosi clinica, facendo una valutazione di modificazione delle condizioni modificano la terapia.

Quindi non c'è nulla che vieti che, prendendo accordi specifici tra i vari componenti équipe di lavoro e valutando le competenze, una prima somministrazione di alcuni farmaci possa essere fatta dagli infermieri.

Vi sono esperienze estere già consolidate, come ad esempio il personale che fa RCP, intuba, somministra farmaci sulle ambulanze non è neanche personale infermieristico, ma è definito paramedico in quanto sono tecnici con corsi di formazione che variano dalle 400 alle 600 ore.

Al momento attuale non mi risulta esistono delle esperienze consolidate, ufficiali in merito.

Anche come Federazione ci siamo attivati consultandoci con medici legali e la conclusione è che nelle condizioni sopra citate non esiste nulla che vieti agli infermieri di farlo.

Risposta A. Silvestro

Rispetto a questa cosa abbiamo avuto notizia che ieri sera, alle ore 18.30 dovevano decidere se dare il via in commissione redigente al disegno di legge n. 4980, che prevede l'attivazione della laurea in scienze infermieristiche e della

dirigenza infermieristica, e dà anche una serie di definizioni sull'autonomia e specificità delle professioni sanitarie, ivi compresa quella infermieristica.

La cosa non è passata, verrà riproposta martedì prossimo, perché i medici, attraverso alcuni politici, pretendono che sia scritto e sottolineato che la competenza diagnostica e di prescrizione terapeutica deve essere solo loro.

Ecco è vero quello che ci stiamo dicendo, ma ricordiamoci che ci sono ancora queste resistenze molto forti.

Risposta *P. Di Giulio*

Io ero ad un corso medico sulla medicina basata sull'evidenza scientifica, dove tra i vari argomenti c'era una lezione sull'assistenza infermieristica basata sull'evidenza; ci sono sperimentazioni cliniche randomizzate e controllate fatte molto bene che dimostrano che gli infermieri sono in grado di gestire tutta una serie di cose e c'è un lavoro che è stato pubblicato quest'anno che fa vedere che gli infermieri riescono a fare da filtro benissimo alle chiamate che arrivano agli ambulatori dei medici di base.

Un filtro fatto dagli infermieri consente ai pazienti di avere informazioni di prima mano, gli infermieri valutano quando è il caso di segnalare il caso al medico, riducendo così il carico di lavoro del medico, aumentando quindi il tempo che riesce a dedicare al paziente.

Lo studio ha dimostrato che tra il gruppo sperimentale e il gruppo controllo non c'era nessuna differenza di mortalità, non c'era nel gruppo gestito da infermieri un eccesso di visita ai Pronto Soccorsi o ai dipartimenti di emergenza.

Il cavillo grosso su cui sicuramente ci sarà lo scontro è la differenza tra diagnosi clinica e diagnosi funzionale, che sono due cose diverse, e prescrizione ad hoc rispetto a prestazione standardizzata.

Allora se io sono in grado nell'ambito di una diagnosi clinica di valutare le condizioni è l'assessment che mi determina cosa va fatto.

Ma su questo ci saranno tutta una serie di cose ed evidentemente chi gestisce questo tipo di problemi deve avere le competenze.

Risposta *D. Fontanot*

Rispondo ai colleghi di Napoli.

Noi non abbiamo indagato sulla correttezza tecnica di ciò che appare in televisione.

Abbiamo indagato su altri elementi, però c'è effettivamente una letteratura e fondamentalmente il messaggio che passa è che anche le persone che hanno fatto, hanno seguito dei corsi regolari di BLS commettono maggiori errori in seguito a questo stimolo, che è uno stimolo non corretto, quindi a distanza di tempo hanno visto che questo tipo di messaggio passa nella tecnica di chi già ha avuto una formazione.

Per quanto riguarda il comitato etico, io non so se esista o meno, possiamo dire una cosa, però: l'idea del comitato etico, anzi tecnico era venuto in mente anche agli americani qualche anno fa.

Noi abbiamo scoperto leggendo la storia delle trasmissioni televisive di questo tipo, che negli USA negli anni '70 l'associazione dei medici chiese e pretese e ottenne di dare una supervisione tecnica alle trasmissioni televisive di questo tipo.

Risposta *F. Moggia*

La defibrillazione precoce non ci è consentita.

Nell'ultimo Congresso dell'IRC è stato avviato un corso sperimentale su di un gruppo definito, in merito all'ABC del BLS aggiungendo anche la D.

So di certo, per quello che riguarda i laici, che sui voli intercontinentali dell'ALITALIA esiste un defibrillatore semiautomatico in dotazione delle hostess e degli steward.

Risposta *L. Raffin*

Per quanto riguarda il BLS la didattica resta la stessa, in quanto le manovre da fare sono comunque quelle.

Per quanto riguarda i corsi avanzati la didattica cambia, c'è una presa in carico da parte del tutor dello studente, con un grosso feed-back, molto tempo passato insieme nel ripetere le manovre ogni volta che si vede un errore e soffermandocisi sopra.

XVIII CONGRESSO NAZIONALE ANIARTI

**ACCREDITAMENTO E CERTIFICAZIONE
IN AREA CRITICA**

11 novembre 1999 - Pomeriggio

Moderatore: *Paola Di Giulio*

RELAZIONI

7 - Le tecniche di RCP
Laila Zanoli

8 - La RCP nel neonato
Carmela Romano

9 - La RCP fuori dall'ospedale
Antonio Morelli

10 - Curiosità in RCP
Patrizia Abis - M. Cristina Palla

11 - Valutazione del clima organizzativo e
collaborativo ed effetti sugli esiti dei pa-
zienti
Delia Schiavo - Angelina Di Nuccio

DIBATTITO

TECNICHE DI RIANIMAZIONE CARDIO POLMONARE

I.P. L. ZANOLI⁽¹⁾, I.P. C. ENNAS⁽²⁾

⁽¹⁻²⁾ U.T.I.C. - Ospedale SS. Trinità - Azienda U.S.L. n. 8 - Cagliari

Introduzione

Il nostro intento, alla luce della letteratura esaminata, è stato quello di riuscire ad affermare quali siano i passi indispensabili nel soccorso pre-ospedaliero, l'attendibilità e l'affidabilità delle precise raccomandazioni fornite dalle linee-guida dell'AHA e dell'ERC.

Nessuna emergenza medica è più drammatica della morte improvvisa da arresto cardiaco fuori ospedale.

I fattori più importanti associati ad una sopravvivenza senza esiti neurologici dopo arresto cardiaco (AC) fuori ospedale sono:

- La presenza di un testimone all'evento;
- La fibrillazione ventricolare (FV) come ritmo di presentazione;
- Il pronto avvio della RCP da parte di un soccorritore presente («bystander»)
- Il tempo di intervento con mezzi di soccorso avanzato (Ruskin 1988).

Sopravvivenza e rianimazione cardiopolmonare

Weaver et al. (1986) hanno calcolato che la sopravvivenza si riduce del 3% per ogni minuto di ritardo nell'avvio della rianimazione cardiopolmonare e del 4% per ogni minuto trascorso prima del primo shock erogato dal defibrillatore.

È stata verificata da Cummins ed Eisenberg (1985) la correlazione tra sopravvivenza e precoce avvio della RCP da parte di comuni cittadini addestrati in 9 comunità con differenti sistemi di intervento: in questi studi controllati il tasso di sopravvivenza è sempre più che raddoppiato dal pronto avvio della RCP ed inoltre la RCP sembra mantenere un maggior numero di vittime in fibrillazione ventricolare fino all'arrivo delle unità di intervento, evitando la tendenza della FV a convertirsi in asistolia o in un'attività elettrica senza polso (PEA) che ha una prognosi decisamente peggiore (Fig. 1).

La RCP di base eseguita in attesa di un defibrillatore è in grado di prolungare la durata della FV e contribuisce a preservare le funzioni cerebrali rallentandone il deterioramento, poiché l'applicazione precoce delle tecniche di BLS rallenta l'evoluzione della morte clinica a quella biologica.

Anche Ritter et al. (1985) analizzando 2142 casi di intervento per arresto cardiaco in tre aree dell'Ohio e del Michigan, hanno trovato che, quando la

RCP è iniziata da soccorritori presenti sul luogo, il 22,9% delle vittime vengono ammesse vive in ospedale e l'11,9% vengono dimesse vive; nei casi senza avvio di RCP le percentuali sono rispettivamente pari al 14,6% e al 4,7%.

Nelle linee guida dell'AHA del 1986 si precisa che in mancanza di una RCP prontamente eseguita, la sopravvivenza delle vittime con arresto cardiaco extra-ospedaliero è improbabile, anche con unità di intervento dotate di personale addestrato e con un tempo di risposta rapido.

Dati raccolti in diverse parti del mondo hanno confermato il ruolo del pronto avvio della rianimazione cardiopolmonare nell'aumentare la sopravvivenza delle vittime con arresto cardiaco fuori ospedale, in genere raddoppiando almeno la percentuale dei dimessi vivi e senza esiti neurologici (Eisenberg et al. 1979, Cummins et al. 1986, Van Hoeyweghen et al. 1993).

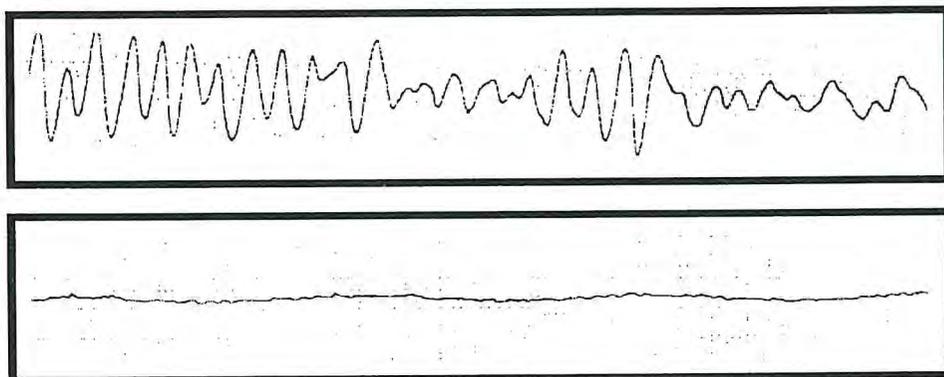


Fig. 1. *Avvio precoce della RCP di base per evitare la conversione della fibrillazione ventricolare in asistolia.*

Si è calcolato che l'applicazione di RCP da parte di soccorritori presenti sulla scena dell'evento equivale ad un guadagno di 4 min. nel tempo di soccorso (Eisenberg et al. 1979).

Nonostante ciò negli ultimi 10 anni nell'area suburbana di Pittsburgh è stata registrata una riduzione di circa il 50% degli interventi di RCP da parte dei comuni cittadini presenti all'evento (Mossesso 1997, Valenzuela 1992).

La sopravvivenza è determinata dal complesso rapporto tra quelli che vengono definiti i «fattori legati al caso» (età, sesso, eventuale cardiopatia o patologia sottostante, presenza di testimoni) e i «fattori influenzabili da programmi» (tempo di risposta del sistema di emergenza, immediato avvio delle manovre di rianimazione cardiopolmonare, rapida disponibilità di defibrillazione elettrica).

Sono state fatte diverse supposizioni nel tentativo di spiegare il motivo della scarsa sopravvivenza fuori ospedale. Klingler (1994) ritiene verosimile

che la bassa sopravvivenza dipenda dalla tecnica della CTE che ha il limite di non fornire una adeguata perfusione coronarica e cerebrale (Paradis 1989; Chandra 1990), ma può essere condizionata dal tipo di risposta fornito dal sistema d'emergenza territoriale (Weaver et al. 1986, AHA 1992, ERC 1992), e un altro aspetto non trascurabile è determinato dall'influenza che può avere l'addestramento e le motivazioni personali dell'équipe che opera sui mezzi di soccorso territoriale.

Nonostante sia fuori discussione che uno schema per la RCP deve essere integrato in un sistema di pronto intervento efficace e con risposta rapida, dotato di personale addestrato ed autorizzato ad impiegare le relative procedure, in particolari realtà può essere utile cominciare da uno schema di RCP orientato alla comunità, in modo da favorire la realizzazione dell'anello della «catena della sopravvivenza» più significativamente importante in termini di vite salvate nell'arresto cardiaco extra-ospedaliero (Eisenberg 1979).

La «catena della sopravvivenza» (Fig. 2) è una metafora con cui si evidenziano gli eventi necessari, tra loro concatenati, affinché le manovre rianimatorie possano avere esito favorevole.

In questo contesto va sottolineato come la responsabilità dell'efficacia dei primi due anelli della «catena della sopravvivenza»: accertamento di una situazione di emergenza, attivazione precoce del sistema sanitario di emergenza territoriale e il supporto di base delle funzioni vitali come primo soccorso, sia di importanza fondamentale per garantire il successo degli altri due anelli è affidata a chiunque, al cittadino, al «non addetto ai lavori», al «primo soccorritore».



Fig. 2. La «catena della sopravvivenza».

Le tecniche di RCP per la popolazione

Ciascun cittadino deve essere messo nelle condizioni di prestare corretta-

mente un primo soccorso a chiunque ne abbia bisogno.

Il programma di riferimento è quello promosso dall'AHA, aggiornato periodicamente in apposite conferenze tenute da esperti ed utilizzato universalmente per la parte relativa al primo soccorso vitale («Basic Life Support»); garantendo così il supporto di base delle funzioni vitali, i cui obiettivi principali sono quelli di prevenire l'evoluzione in arresto cardio-respiratorio e, in caso di arresto cardio-circolatorio, garantire la respirazione e la circolazione artificiali.

Le manovre di rianimazione del BLS sono necessarie, ma possono provocare danni e vanno utilizzate solo quando realmente necessarie, dopo aver valutato con attenzione le funzioni vitali.

Allo scopo di sensibilizzare i cittadini a prestare il primo soccorso, alcuni Autori hanno considerato la possibilità di semplificare l'acquisizione del BLS, con particolare riferimento alla tecnica per la ricerca del punto di compressione e posizione delle mani (Kavalieratos et al. 1998) e per la valutazione del polso carotideo, importante strumento diagnostico di AC (Flesche ChW et al. 1994, Eberle et al. 1996, Bahr et al. 1997, Javier Ochoa et al. 1998).

Il polso carotideo è quello più indicato per avere immediate informazioni sulla presenza od assenza di attività cardiaca.

La tecnica prevede di mantenere l'iperestensione del capo (con la mano sulla fronte della vittima), con l'indice e medio dell'altra mano si ricerca il pomo d'Adamo (cartilagine tiroidea del laringe), quindi si scivola lateralmente sul collo per circa 3 cm. fino ad incontrare un piccolo infossamento immediatamente a lato della trachea, ed esercitare una lieve pressione per 5"-10" evitando di schiacciare l'arteria (Fig. 3).

Nonostante le linee-guida suggeriscano la ricerca del polso entro 10 sec. (ERC entro 5 sec., AHA entro 10 sec.), alcuni studi documentano la difficoltà anche da parte degli operatori sanitari ad eseguire tale manovra nei tempi raccomandati (Flesche et al. 1994, Bahr et al. 1997).

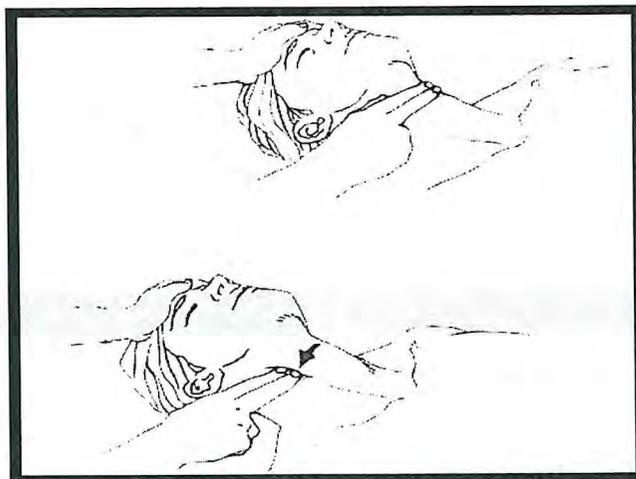


Fig. 3. Valutazione del polso carotideo.

La formazione dei cittadini

Uno studio compiuto da Morgan et al. (1996) testimonia che, dopo aver ultimato un corso di formazione solo una minoranza delle persone (33%) potrebbe eseguire la rianimazione di base in modo appropriato e la situazione peggiora ulteriormente a distanza di 6 mesi con solo l'11%.

Ciò si verifica perché la RCP di base, con l'insieme di valutazioni ed azioni conseguenti, rappresenta per le persone anziane un grande ostacolo nell'apprendimento e nell'esecuzione.

Benché esista ampio consenso in letteratura nel riconoscere l'affidabilità delle linee-guida correnti per il BLS, una possibile soluzione al suddetto problema potrebbe essere quella di sintetizzare e semplificare il BLS a quattro fasi rispetto allo standard che ne prevede otto (Handley & Handley 1998), e a tale proposito sono stati allestiti diversi studi allo scopo di verificare l'efficacia della sola compressione toracica esterna (CTE) senza ventilazione durante le manovre della RCP.

Problemi da parte dei soccorritori nell'eseguire la RCP

La riluttanza ad eseguire la RCP sulla strada dipende essenzialmente da due fattori quali:

il timore di un'eventuale contagio di malattie infettive attraverso il contatto bocca-bocca durante le manovre di BLS (Locke et al.1995), anche se ciò appare infondato poiché durante i corsi di addestramento pratico-comportamentale viene dato ampio spazio alle misure di protezione da adottare mediante adeguati dispositivi (Emergency Cardiac Care Committee and Subcommittees, American Heart Association. Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency care, II: adult basic life support, 1992); circa poi la trasmissibilità di malattie contagiose al momento non esiste alcuna documentazione in letteratura (Standards and guidelines for cardiopulmonary resuscitation (CPR) and emergency cardiac care (ECC), 1986); e un altro problema è rappresentato dalla difficoltà di apprendimento per i comuni cittadini, soprattutto per gli anziani, della metodica ormai standardizzata secondo canoni precisi del BLS e validata da organismi internazionali (ERC e AHA 1992).

Necessità della ventilazione bocca-bocca

Negli USA, come afferma Idris in una revisione della letteratura del 1996, il dibattito verte nel capire se la ventilazione è necessaria per il trattamento dell'arresto cardiaco, se è meglio eseguire o meno la ventilazione bocca-bocca (Fig. 4) e di conseguenza se esistono altre tecniche di ventilazione che hanno più o meno lo stesso effetto della ventilazione bocca-bocca durante il BLS nella RCP (Cobb et al.1996).

Studi sperimentali su animali con arresto cardiaco hanno dimostrato che persiste un'adeguata ossigenazione ematica per i primi 4-6 min. di fibrillazione ventricolare anche senza ventilazione attiva, e che la probabilità di successo non varia se viene effettuata una ventilazione bocca-bocca simulata nei primi 12-13 min. di arresto cardiaco con ventilazione a pressione positiva mediante una miscela gassosa di O₂ al 17% e CO₂ al 4% per imitare la ventilazione bocca-bocca (Chandra et al. 1994, Wenzel et al. 1994, Noc et al. 1995, Berg et al. 1997); ma è verosimile che la durata della fibrillazione ventricolare possa essere considerato un fattore importante nella decisione di effettuare o meno la ventilazione.

Nel caso di AC primario con un ritmo defibrillabile se viene eseguita una defibrillazione precoce, la RCP non è necessaria; ma non è chiaro quando si deve avviare la ventilazione e quali siano i requisiti necessari per raggiungere risultati positivi durante la RCP. (Idris 1996).

In condizione di AC prolungato non trattato la ventilazione con O₂ al 100% favorisce il ripristino del circolo spontaneo (ROSC) e migliora la sopravvivenza (Idris,1996), infatti la saturazione venosa dell'O₂ è correlata alla prognosi di sopravvivenza nell'AC primario e nello shock emorragico, osservando un miglioramento del pH, della PO₂ e della PCO₂ venosa durante la RCP nei soggetti con ripristino spontaneo del circolo (Kazarian et al. 1980; Rivers et al. 1992).

Uno studio compiuto sulla composizione gassosa ottenuta dalla ventilazione bocca-bocca durante la RCP simulata a 1 e a 2 soccorritori ha evidenziato che l'aria emessa presenta una concentrazione media di CO₂ del 3,5%-4,1% e una concentrazione media di O₂ del 16,6%-17,8% più bassa rispetto al tasso considerato deleterio per gli animali da laboratorio poiché l'aria contiene una concentrazione di O₂ pari al 21% e di CO dello 0.03% (Wenzel et al. 1994).

È dimostrato che l'ipossia e l'ipercapnia che può verificarsi con l'utilizzo di un otturatore esofageo posizionato nelle vie aeree ha effetti avversi sulla sopravvivenza (Ornato et al. 1985).

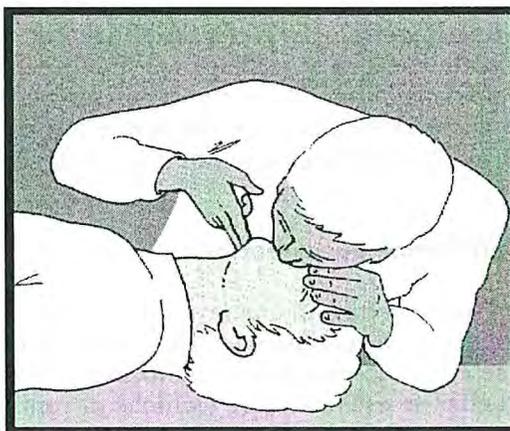


Fig. 4. *Tecnica della ventilazione bocca-bocca.*

Rapporto ventilazione perfusione

È opinione comune da parte degli Autori che si sono occupati di RCP ACLS (Advanced Cardiac Life Support) che un singolo soccorritore è incapace di fornire un'adeguata ventilazione utilizzando il sistema maschera-valvola-pallone, ma secondo Jesudin et al. (1985) e Wheatly et al. (1997) occorrono almeno due soccorritori: un soccorritore che mantiene la maschera collabita al viso con entrambe le mani, un secondo che comprime il pallone mentre un terzo soccorritore esegue le CTE.

A questo proposito Thomas et al. (1993) hanno suggerito un diverso approccio senza l'utilizzo di un terzo soccorritore in modo che il soccorritore che pratica le CTE potrebbe anche eseguire le insufflazioni.

Da ciò risulta un metodo modificato secondo cui, se da un lato con un rapporto ventilazione/compressione di 1:5 è stato dimostrato un aumento del volume corrente e della ventilazione minuto, dall'altro esiste uno svantaggio significativo della riduzione della frequenza della CTE.

Dunkley et al. (1998) in un recente studio comparativo tra RCP STD e metodo modificato con un rapporto ventilazione/compressione di 2:15 ha confermato i risultati ottenuti da Thomas et al. (1993).

Sono stati inclusi 30 soggetti di sesso femminile con un'età tra i 20 e i 45 anni: 14 arruolati al gruppo RCP STD, e 16 al gruppo RCP modificato.

Tutti i soggetti in studio sono stati anestetizzati secondo un protocollo standard e collegati ad un respiratore Wrights raccordato al pallone-maschera.

Le manovre rianimatorie sono state eseguite sui soggetti per 4 min., garantendo una coordinazione tra ventilazione e compressione, e sottoposti in seguito a controlli clinici e strumentali.

L'insieme dei dati raccolti indica che il volume corrente e la curva della pressione nella maschera facciale sono significativamente più elevate durante la RCP modificata rispetto alla RCP STD.

Durante la RCP modificata è stata osservata una riduzione della frequenza respiratoria (6 min. vs. 10 min.) ed un valore identico del volume minuto associato ad un aumento della CTE (82 min. vs. 65 min.), considerato parametro predittivo di successo nonostante le linee-guida correnti in Inghilterra (1997) suggeriscano una riduzione della CTE per il metodo modificato.

Ruolo della sola compressione toracica esterna

La sola CTE è in grado di determinare una migliore ventilazione polmonare e scambio gassoso poiché la ventilazione potrebbe alterare l'ipercapnia intracellulare (Tenney 1974, Johnson 1991); inoltre nei primi momenti di un AC il gasping spontaneo o respiro agonico aumenterebbe l'incidenza di successo della RCP (Clark et al. 1992) e la sola CTE in presenza del gasping fornirebbe un apporto di O₂ sufficiente ad ottenere risultati favorevoli della prognosi (Yang et al. 1994, Tang et al. 1994, Idris et al. 1994), (Fig. 5-6).

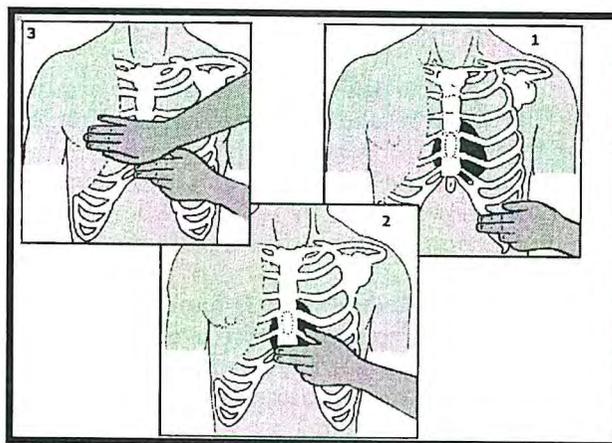


Fig. 5. Ricerca del punto di compressione.

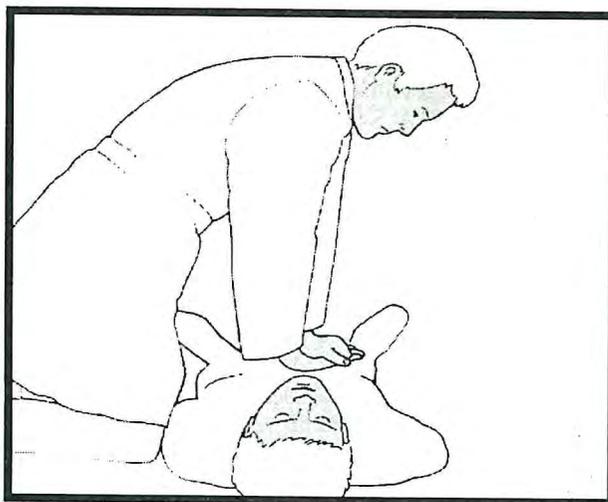


Fig. 6. Posizione del soccorritore per il massaggio cardiaco.

Nonostante il gasping, la ventilazione manuale e la ventilazione erogata dalla sola CTE possono, durante l'arresto cardiaco, determinare uno scambio gassoso, occorre ricordare l'importanza della pervietà delle vie aeree superiori (Safar 1958, Safar 1959), sebbene alcuni Autori pur constatando un aumento del gasping e un migliorato scambio gassoso, non hanno riscontrato sostanziali differenze sulla sopravvivenza a 24 ore (Fukui et al. 1995).

I favorevoli risultati sulla sopravvivenza, ottenuti dagli studi sperimentali su animali con FV trattata con la sola CTE senza ventilazione nei primi 12-13

min. di AC, hanno portato il sottocomitato dell'AHA per il BLS e il PLS a discutere su uno statuto per i professionisti sanitari intitolata: «una rivalutazione della ventilazione bocca-bocca durante la prima fase di intervento da parte degli astanti durante la RCP», concludendo che è prematuro modificare le attuali linee-guida di BLS dell'AHA, cioè sintetizzare a 4 fasi il protocollo di BLS: valutazione dello stato di coscienza, e quindi accesso precoce all'unità di soccorso, garantire la pervietà delle vie aeree, rilevazione del polso carotideo e la CTE escludendo la ventilazione; ma la CTE senza ventilazione bocca-bocca, in attesa dei soccorsi sanitari, diviene il trattamento di elezione rispetto al non eseguire alcuna manovra rianimatoria (Becker et al.1997).

Purtroppo, i favorevoli risultati ottenuti a livello sperimentale non sono stati confermati dagli studi clinici.

Alcuni ricercatori del Safar Center dell'Università di Pittsburgh (1998) hanno sconfessato i risultati precedenti dichiarando che la sola CTE non determina ventilazione, come rilevato da uno studio eseguito su 30 pazienti anestetizzati con polso e 12 pazienti con AC successivamente intubati, e che è praticamente impossibile una comparazione tra animali ed esseri umani per la sostanziale differenza anatomica dell'apparato respiratorio.

Risulta difficile confrontare lo scambio gassoso degli animali con quello dell'uomo, e così pure si disconosce se nell'uomo il gasping è così frequente e profondo come avviene per gli animali (Idris et al.1996).

Recentemente, sulla base di queste considerazioni, Kern et al. (1998) hanno pubblicato i risultati di uno studio sperimentale su 20 suini (10 animali per ciascun gruppo) confrontando il BLS standard (STD) con ventilazione bocca-bocca simulata e una via aerea pervia (il migliore scenario) ed il BLS praticato con la sola CTE in presenza di un'occlusione delle vie aeree (peggiore scenario).

Da questo studio non si sono verificate differenze sostanziali dei parametri di base: nel 2° gruppo trattato con la sola CTE è stato notato un significativo rialzo della frequenza cardiaca e dei valori pressori.

Dopo l'avvenuta riperfusione l'incidenza di sopravvivenza è risultata essere sovrapponibile in entrambi i gruppi, e lo studio dimostra ancora una volta, a sostegno di altri lavori sperimentali eseguiti precedentemente da Noc et al.(1995) e da Berg et al. (1997), che per i primi 6,5 min. di FV e quindi di AC è di fondamentale importanza, in attesa di un defibrillatore, praticare il BLS con le sole CTE provvedendo a portare un flusso ematico al miocardio e al sistema nervoso centrale.

Le osservazioni di Kern et al. (1998) suggeriscono, così come aveva dimostrato precedentemente Berg in due studi (1993, 1997), che nei primi 12 min. di AC, la RCP con la sola CTE è decisamente migliore rispetto al non praticare la RCP secondo protocollo, e che la classica sequenza dell'ABC (pervietà delle vie aeree, ventilazione e circolazione) o CAB proposta precedentemente da Meursing (1983) dovrebbe essere sostituita dall' AC-B nei soggetti con AC primario.

Poiché i pazienti senza un arresto respiratorio primario hanno nei loro polmoni aria ossigenata, le due insufflazioni iniziali non risulterebbero neces-

sarie, ma lunghi periodi di CTE prima di fermarsi per la ventilazione sarebbero più efficaci poiché durante la RCP con la sola CTE si assiste ad un aumento della pressione di perfusione coronarica.

Tecniche alternative alla compressione toracica esterna: la compressione-decompressione attiva (ACD)

È controverso in letteratura se la compressione-decompressione attiva (ACD) possa essere efficace nella RCP in termini di rialzo della PAS, della pressione di perfusione coronarica e cerebrale e di conseguenza della sopravvivenza nell'AC fuori ospedale.

Alcuni dati permettono di affermare l'efficacia della RCP con ACD (Fig. 7) fuori ospedale rispetto alla RCP STD (Plaisance et al. 1997) ed alcune ricerche su animali e umani hanno dimostrato che l'ACD fornisce un migliore scambio gassoso rispetto alla CTE STD (Tucker et al. 1993, Carli et al. 1994, Idris et al. 1994, Shultz et al. 1994).

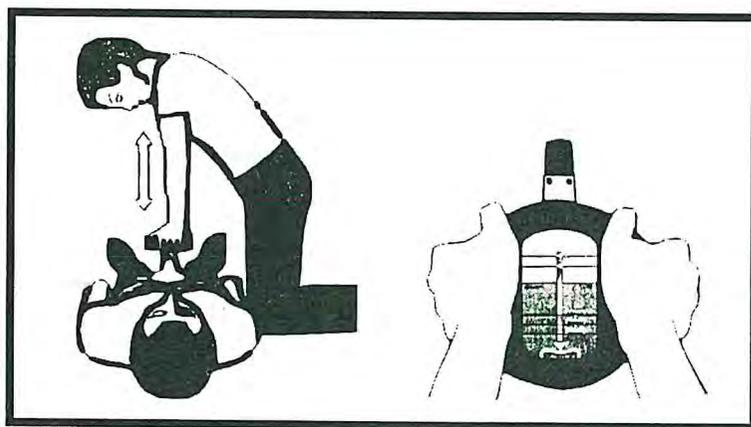


Fig. 7. *Tecnica della compressione – decompressione attiva (ACD) nella RCP*

È stato osservato che nei cani e nei suini l'aumento della pressione di perfusione coronarica è del 23-129% (Cohen et al. 1992, Rivers et al. 1993, Tucker et al. 1994, Wik 1994), e si riscontra un aumento della percentuale di CO di fine flusso nei suini, nei cani e nell'uomo pari a 50-100% (Cohen et al. 1992, Lindner et al. 1993, Guly 1995, Orliaguet 1995, Wik et al. 1996).

Molte evidenze sperimentali convergono nel riferire che nei cani e nei suini la RCP con ACD migliora il flusso cerebrale e coronarico del 32-100% rispetto la RCP STD (Chang et al. 1994, Wik et al. 1994), e studi clinici su umani hanno dimostrato attraverso un Doppler esofageo che la RCP con ACD migliora la frazione di eiezione, la velocità sanguigna intra-mitralica e la gittata car-

diaca del 82-140% (Cohen et al. 1992, Tucker et al. 1993, Pell et al. 1994, Mair et al. 1994).

Le attuali linee-guida dell'ERC e dell'AHA sulla CTE non si discostano molto dalla prima descrizione fatta da Kouwenhoven et al. del 1960 (AHA 1992), e nonostante alcuni Autori abbiano proposto dei metodi alternativi per migliorare la circolazione cardiopolmonare durante la rianimazione (Chandra et al. 1980, Halperin 1993), la tecnica finora accettata è quella che prevede la compressione addominale intermittente mediante la contropulsazione aortica durante la RCP intra-ospedaliera (Sack et al. 1992).

All'inizio degli anni '90 Lurie et al. (1990) azzardano l'ipotesi che, l'impiego di un dispositivo ad aspirazione che è in grado di compiere una decompressione attiva, al contrario di quanto avviene nella CTE manuale in cui la decompressione è passiva, può migliorare la riuscita della RCP.

Successivamente Cohen (1992) ha affinato questa tecnica con l'ausilio di un dispositivo di aspirazione contenuto denominato Cardiopump, dimostrando che questo strumento non solo è in grado di eseguire la CTE ma contrariamente a quanto avviene nella RCP STD la decompressione è attiva migliorando nei suini la pressione di perfusione coronarica, la PAS, il flusso sanguigno carotideo con valori medi del 22-90% (Wik et al. 1994, 1996) e degli altri parametri respiratori (Lurie et al. 1990, Cohen et al. 1992, Orliaguet et al. 1995).

Alla luce di queste considerazioni alcuni Autori hanno ottenuto risposte incoraggianti con studi comparativi relativi all'AC in ambiente ospedaliero tra RCP con ACD e RCP STD in cui le CTE vengono eseguite con la compressione manuale dello sterno (Cohen et al. 1993, Tucker et al. 1994), mentre altri hanno osservato risultati discordanti sull'AC fuori ospedale (Lurie et al. 1994, Schwab et al. 1995, Panzer et al. 1996).

Il lavoro condotto da Panzer et al. (1996) esamina una casistica di 152 pazienti adulti rianimati dopo AC documentato non secondario a trauma o a ipotermia, 70 (46%) dei quali sottoposti a RCP STD e 82 (54%) trattati mediante RCP con ACD nel periodo tra Maggio 1994 e Agosto 1995 a Göttingen dall'unità di elisoccorso e dalle unità mobili di cura intensiva previo addestramento su manichino, ed è volto a valutare l'efficacia dell'ACD (Ambu CardioPump®), ritenuto da molti un metodo alternativo alla CTE. Si tratta di un dispositivo di aspirazione contenuto costituito da una coppa di gomma del diametro di 13 cm. con un manico di plastica provvisto di manometro e uno stelo di raccordo.

L'utilizzo del CardioPump® richiede un addestramento specifico piuttosto complesso e un aspetto non trascurabile è rappresentato dall'incremento del dispendio energetico impiegato che è superiore del 25% rispetto al protocollo standard (Shultz et al. 1995).

Le linee-guida dell'AHA (1992) e dell'ERC (1992) raccomandano di posizionarlo a metà sterno con una pressione di 10-15 Kg pari a 3,8-5,1 cm. con una profondità di compressione pari a 1,5-2 cm., a una frequenza di 80-100/min. con una durata pari al 50% del ciclo secondo protocollo, mentre la decompressione attiva avviene sollevando il manico con un'aspirazione pari a 1,8-2,1 cm./0-0,5 cm. (Ambu 1993).

Gli obiettivi dello studio di Panzer (1996) sono stati il ROSC in ogni fase della RCP (Cummins et al.1991), l'ammissione in ospedale, la sopravvivenza dopo 24 ore e la dimissione ospedaliera secondo le raccomandazioni dell'Utstein Style (1991) e di altri studi (Lurie et al. 1994, Schwab et al. 1995, Solomon 1993).

Lo studio retrospettivo di Panzer et al. (1996) non ha documentato significative differenze tra la RCP con ACD e la RCP STD, confermando i risultati di lavori precedenti eseguiti da Ellinger et al.(1994), da Schwab et al.(1995) e da uno studio prospettico randomizzato condotto da Mauer et al.(1996) in un sistema di intervento d'emergenza articolato in due fasi (prima fase con BLS e defibrillazione da parte di paramedici e seconda fase in cui i medici praticano ACLS) con mezzi di soccorso avanzato che ha coinvolto 220 pazienti, e rispettivamente 114 arruolati al gruppo RCP STD e 106 al gruppo RCP ACD (Plaisance et al.1995).

Analizzando il sottogruppo dei pazienti con documentato ripristino spontaneo del circolo (36 pazienti con RCP STD e 49 pazienti con RCP ACD) appare evidente un risultato favorevole per la RCP con ACD, ma se si esaminano i dati sulla sopravvivenza dopo la 24^a ora ed alla dimissione, vi sarebbe un'inversione di tendenza.

Solo il gruppo di pazienti con asistolia come ritmo iniziale, senza il soccorso degli astanti, ha permesso di constatare un aumento dell'incidenza della sopravvivenza, nonostante in passato l'asistolia sia stata considerata un indice predittivo di insuccesso (Eisenberg et al. 1982, Myerburg et al. 1982).

Plaisance et al. (1997) hanno pubblicato risultati importanti di uno studio randomizzato con un sistema giorni dispari/pari (ACLS con ACD nei giorni dispari e ACLS STD nei giorni pari) che ha visto l'arruolamento di 512 pazienti adulti con AC fuori ospedale.

Con questo lavoro sono emerse rilevanti differenze tra i 2 gruppi: il tempo impiegato per l'ACLS con ACD è stato più breve che per l'ACLS STD (26 min. vs. 29,9), i pazienti assegnati all'ACLS con ACD hanno avuto una più alta incidenza del ROSC (44,9% vs. 29,8%), la sopravvivenza a 1 ora è stata del 36,6% contro il 29,8% e dopo 24 ore del 26% contro il 13,6%, nonostante sia stato osservato un ritardo della risposta all'evento ed un'alta incidenza (81%) di asistolia rispetto ad altri studi (Cohen et al. 1993, Lurie et al. 1994, Schwab et al. 1995).

Effetti collaterali sui pazienti trattati con ACD e sui soccorritori

L'iniziale quadro favorevole si associa anche a una maggiore incidenza del ricovero ospedaliero pari al 33,5% nel gruppo ACLS ACD rispetto al 23,6% nel gruppo ACLS STD, la probabilità di sopravvivenza a 1 mese è stata dello 6,3% rispetto al 3,1% ed al 30° giorno il numero dei pazienti dimessi «event free» è stato del 5,5% contro l'1,9%.

La comparsa di lussazioni sternali e di fratture costali nella sede di com-

pressione toracica sono stati più frequenti nel gruppo ACLS ACD rispetto a quanto osservato da Mauer et al. con uno studio randomizzato (1996) su un campione limitato di 220 pazienti; ma in entrambi gli studi viene confermato l'elevato numero di ematomi.

Recentemente Baubin et al. (1997) in un'indagine prospettica su 12 soccorritori professionisti non ha osservato differenze cliniche rilevanti in termini di performance tra la RCP con ACD eseguita in ortostatismo sopra il paziente (ACD-S) e la RCP con ACD convenzionale in cui il soccorritore si trova inginocchiato di fianco al paziente (ACD-B).

Da questo studio randomizzato crociato è stato documentato che un fattore importante per la sospensione della RCP con ACD a fianco del paziente è rappresentato dal dolore agli arti superiori per il 75% dei 12 soccorritori, mentre solo il 25% ha interrotto la RCP con ACD sopra il paziente; ma il dolore a livello della colonna vertebrale è stato maggiore durante la RCP con ACD sopra il paziente rispetto al metodo di RCP con ACD di fianco al paziente (50% vs. 33%).

Dai controlli clinici sui soccorritori al termine della RCP è emerso che il consumo di O₂ è stato maggiore con la tecnica dell'ACD in ortostatismo sopra il paziente rispetto alla tecnica convenzionale, mentre per la frequenza cardiaca ed il livello dell'acido lattico capillare non è stata riscontrata alcuna differenza tra le due tecniche.

Alla luce di quanto esposto molto resta da definire in termini pratici su alcuni parametri come la pressione di decompressione, la frequenza di compressione, la profondità e la durata della CTE (Skogvoll e Lars 1996).

Conclusioni

Un intervento corretto e precoce associato ad un servizio dell'emergenza territoriale efficiente sono in grado di ridurre le morti ed i danni secondari ad un arresto cardiaco in maniera altamente significativa.

L'approccio con la sola CTE nei primi 6,5 min. di AC porta a risultati identici se la RCP viene eseguita con il BLS STD compreso di ventilazione bocca-bocca.

Alla luce della letteratura esaminata e dei dati riportati riteniamo di poter affermare che il fattore più importante nel determinare una rianimazione di successo entro i primi 7 min. di collasso cardiaco è la perfusione e non la ventilazione.

Un grande vantaggio del BLS con la sola CTE è rappresentato da una maggiore accettabilità e semplicità, di facile apprendimento per tutti.

Sono però necessari ulteriori studi clinici per provare questi benefici anticipati.

Gli interrogativi pertinenti da rileggere sulla base della letteratura che si sa essere in continua evoluzione riguardano l'effettivo ruolo che gioca la ventilazione durante la RCP:

1) è necessario ventilare la vittima mediante ventilazione bocca-bocca o ventilazione manuale, oppure può essere evitata favorendo così una maggiore partecipazione nel primo soccorso da parte degli astanti?

2) esistono metodi alternativi che possano sostituire la ventilazione bocca-bocca?

Attualmente sulla base delle evidenze finora disponibili, non è possibile difendere la RCP con la sola CTE se il soccorritore è in grado di fornire una ventilazione assistita.

Un'altra questione si alza sul problema dell'accanimento terapeutico, cioè se dal punto di vista etico è giustificata l'applicazione della tecnica con ACD che è sì in grado di aumentare il tasso di sopravvivenza ma a volte solo di alcune ore o pochi giorni.

Dovrebbero essere eseguiti ulteriori studi con un campione più ampio e soprattutto trials clinici randomizzati con una limitata dispersione delle informazioni, allo scopo di fare chiarezza su quale sia l'esatta quantità di ventilazione da erogare, quale sia rapporto ottimale tra ventilazione/compressione e sulle eventuali alternative alla ventilazione bocca-bocca.

Bibliografia

- AMERICAN HEART ASSOCIATION, *Adult advanced cardiac life support*, J Amer Med Assoc 1992;268:16.
- AMERICAN HEART ASSOCIATION, *Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac care*, J Am Med Assoc 1992;268:2171-2295.
- BAHR J, KLINGLER H, PANZER W, RODE H, KETTLER, *Skills of lay people in checking the carotid pulse*. Resuscitation 1997;35:23-26.
- Basic Life Support Working Party of the European Resuscitation Council, *Guidelines for basic life support*, Resuscitation 1992;24:103-110.
- BAUBIN M, SCHIRMER M, NOGLER M, SEMENITZ B, FALK M, KROESEN G, *Active compression-decompression cardiopulmonary resuscitation in standing position over the patient: pros and cons of a new method*, Resuscitation 1997;34:7-10.
- BERG RA, KERN KB, SANDERS AB, OTTO CW, HILWING RW, EWY GA, *Bystanders cardiopulmonary resuscitation: is ventilation necessary?* Circulation 1993;88:1907-1915.
- BERG RA, KERN KB, HILWING RW, BERG MD, SANDERS AB, OTTO CW, *Assisted ventilation does not improve outcome in a porcine model of single rescuer bystander CPR*, Circulation 1997;95:1635-1641.
- BERG RA, KERN KB, HILWING RW, EWY GA, *Assisted ventilation during «bystander» CPR in a swine acute myocardial infarction model does not improve outcome*, Circulation 1997;96:4364-4371.
- BECKER LB, BERG RA, PEPE PE, IDRIS AH, *Aufderheide TP, Barnes TA. A reappraisal of mouth-to-mouth ventilation during bystander-initiated cardiopulmonary resuscitation*. Resuscitation 1997;35:189-201.
- CARLI PA, DE LA COUSSAYE JE, RIOU B, et al, *Ventilatory effects of active compression-decompression in dogs*, Ann Emerg Med 1994;24:890-894.
- CLARK JJ, LARSEN MP, CULLEY LL et al, *Incidence of agonal respirations in sudden cardiac arrest*: Ann Emerg Med 1992;21:1464-1467.
- COBB LA, ELIASTAM M, KERBER RE, et al, *Report of the American Heart Association task force on the future of cardiopulmonary resuscitation*, Circulation 1992;85:2346-2355.
- CHANDRA N, RUDIKOFF M, WEISFELDT ML, *Simultaneous chest compression and ventilation at high airway pressure during cardiopulmonary resuscitation*, Lancet 1980;1:175-178.
- CHANDRA N, TSITLIK JE, HALPERIN HR, GUERCI HR, WEISFELDT MC, *Observations of hemodynamics during cardiopulmonary resuscitation*, Crit Care Med 1990; 18:929-934.
- CHANDRA NC, GRUBEN KG, TSITLIK JE, BROWER R, GUERCI AD, HALPERIN HH, *Observations of ventilation during resuscitation in a canine model*. Circulation 1994;90:3070-3075.
- CHANG MW, COFFEEN P, LURIE KG et al, *Augmentation of late diastolic coronary flow velocity: the mechanism of improved myocardial perfusion during active compression-decompression cardiopulmonary resuscitation*, Circulation 1993;88:1027 (abstract).
- CHANG MW, COFFEEN P, LURIE KG, SHULTZ J, BACHE RJ, WHITE CW, *Active compression-decompression CPR improves vital organ perfusion in a dog model of ventricular fibrillation*, Chest 1994;106:1250-1259.
- COHEN TJ, TUCKER KJ, LURIE KG, REDBERG RF, DUTTON JP, DWYER KA, *Active compression-decompression resuscitation: a novel method of cardiopulmonary resuscitation*, Am Heart J 1992;124:1145-1150.
- COHEN TJ, TUCKER KJ, LURIE KG et al, *Active compression-decompression resuscitation: a new method of cardiopulmonary resuscitation*, J Am Assoc 1992;267:2916-2923.
- COHEN TJ, GOLNER BG, MACCARO PC, ARDITO AP, TRAZZERA S, COHEN MB, *A comparison of active compression-decompression cardiopulmonary resuscitation with standard*

- cardiopulmonary resuscitation for cardiac arrests occurring in the hospital*, N Engl J Med 1993;329:1918-1921.
- CUMMINS RO, EISENBERG MS, HALLSTROM AP, LITWIN PE, *Survival of out-of-hospital cardiac arrest with early initiation of cardiopulmonary resuscitation*, AM J Emerg Med 1985;3: 114-118.
- CUMMINS RO, EISENBERG MS, *Prehospital cardiopulmonary resuscitation: it is effective?* JAMA 1985;253:2408.
- CUMMINS RO, EISENBERG MS, *Prehospital cardiopulmonary resuscitation. It is effective?* JAMA 1985;253:2408-2412.
- CUMMINS RO, CHAMBERLAIN DA, ABRAMSON NS et al, *Recommended guidelines for uniform reporting of data from out-of-hospital cardiac arrest: the Utstein style*, Circulation 1991;84:960-975.
- DUNKLEY CJA, THOMAS AN, TAYLOR RJ, PERKINS RJ, *A comparison of standard and modified method of two resuscitator adult cardiopulmonary resuscitation: Description of a new system for research into advanced life support skills*, Resuscitation 1998;38:7-12.
- EBERLE B, DICK WF, SCHNEIDER T, WISSER G, DOETSCH S, TZANOVA I, *Resuscitation* 1996;33:107-116.
- EISENBERG MS, BEGNER L, HALLSTROM AP, *Cardiac Resuscitation in the community. Importance of rapid provision and implication for program planning*, JAMA 1979;241:1905.
- EISENBERG MS, HALLSTROM A, BERGNER L, *Long-term survival after out-of-hospital cardiac arrest*, N Engl J Med 1982;22:1340-1343.
- ELLINGER K, LUIZ T, DENZ C, VAN ACKERN K, *Randomisierte Anwendung der aktiven Kompressions-Dekompressions-Technik (ACD) im Rahmen der präklinischen Reanimation (Randomized use of an active compression-decompression technique within the scope of preclinical resuscitation)*, Anaesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 1994;29:492-500.
- EMERGENCY CARDIAC CARE COMMITTEE AND SUBCOMMITTEES, *American Heart Association. Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac care*, JAMA 1992;268:2171-2198.
- Emergency Cardiac Care Committee and Subcommittees, American Heart Association, *Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency care II: adult basic life support*, J Am Med Assoc 1992;268:2184-2197.
- Emergency Cardiac Care Committee and Subcommittees, American Heart Association, *Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac care*, JAMA 1992;268:2184-2234.
- European Resuscitation Council, *Guidelines for basic and advanced life support*, Resuscitation 1992;24:103-122.
- European Resuscitation Council, *Guidelines for basic life support*, Resuscitation 1992;24:111-121.
- FLESCHÉ CHW, NERUDA B, BREUER S, TARNOW J, *Basic cardiopulmonary resuscitation skills: a comparison of ambulance staff and medical students in Germany*, Resuscitation (O107, abstract) 1994;28:S25.
- FLESCHÉ CHW, BREUER S, MANDEL LP, BREIVIK H, TARNOW J, *The ability of health professionals to check the carotid pulse*, Circulation 1994;90:I-288.
- FUKUI M, WEIL MH, TANG W, et al, *Airway protection during experimental CPR*, Chest 1995;108:1663-1667.
- GULY UM, ROBERTSON CE, *Active compression improves the haemodynamic state during cardiopulmonary resuscitation*, Br Heart J 1995;73:372-376.
- HALPERIN HR, BROWER R, WEISFELDT ML, TSITLIK JE, CHANDRA NC, CRISTIANO LM, *Air trapping in the lungs during cardiopulmonary resuscitation in dogs: a mechanism for generating*

changes in intrathoracic pressure, Circ Res 1989;65:946-954.

- HALPERIN HR, TSITLIK JE, GELFAND M, WEISFELDT ML, GRUBEN KG, LEVIN HR, *A preliminary study of cardiopulmonary resuscitation by circumferential compression of chest with use of a pneumatic vest*, N Engl J Med 1993;329:762-768.
- HANDLEY JA, HANDLEY AJ, *Four step CPR-improving skill retention*, Resuscitation 1998;36:3-8.
- HANNON JP, BOSSONE CA, WADE CE, *Normal physiological values for conscious pigs used in biomedical research*, Lab Anim Sci 1990;40:293-298.
- IDRIS AH, WENZEL V, TUCKER KJ, et al, *Chest compression ventilation: A comparison of standard CPR and active-compression/decompression CPR (abstract)*, Acad Emerg Med 1994;1A.
- IDRIS AH, BANNER MJ, WENZEL V, et al, *Ventilation caused by external chest compressions unable to sustain effective gas exchange during CPR: A comparison with mechanical ventilation*, Resuscitation 1994;28:143-150.
- IDRIS AH, *Reassessing the need for ventilation during CPR*, Ann Emerg Med 1996;27:569-575.
- JAVIER OCHOA F, RAMALLE-GÓMARA E, CARPINTERO JM, GARCÍA A, RARALEGUI I, *Competence of health professionals to check the carotid pulse*, Resuscitation 1998;37:173-175.
- JESUDIN MCS, HARRISON RR, KEENAN RL, MAULL KI, *Bag-valve-mask ventilation: two rescuers are better than one (preliminary report)*, Crit Care Med 1985;13:122-123.
- JOHNSON BA, WEIL MH, *Redefining ischemia due to circulatory failure as dual defects of oxygen deficits and of carbon dioxide excesses*, Crit Care Med 1991;19:1432-1438.
- KAVALIERATOS CS, DIMOU T, KALAKONAS S, PAPATHANASIOU J, *Identification of rib cage's lower margin in cardiopulmonary resuscitation*, Resuscitation 1998;39:85-86.
- KAZARIAN KK, DEL GUERCIO LRM, *The use of mixed venous blood gas determinations in traumatic shock*, Ann Emerg Med 1980;9:179-180.
- KERN KB, HILWIG RW, BERG RA, EWY GA, *Efficacy of chest compression-only BLS CPR in the presence of an occluded airway*, Resuscitation 1998;39:179-188.
- KLINGLER KHJ, *Art und Hufigkeit zerebraler Störungen nach ausserklinischen Reanimationen unter besonderer Berücksichtigung der Ersthelfer-Beteiligung*, Dissertation, University of Göttingen, Germany, 1994.
- KOUWENHOVEN WB, JUDE JR, KNICKERBOCKER GG, *Closed-chest cardiac massage*, JAMA 1960;173:1064-1067.
- LINDNER KH, PFENNIGER EG, LURIE KG, Schürmann W, Lindner IM, Ahnefeld FW. *Effects of active compression-decompression resuscitation on myocardial and cerebral blood flow in pigs*, Circulation 1993;88:1254-1263.
- LOCKE CJ, BERG RA, SANDERS AB, DAVIS MF, MILANDER MM, KERN KB, *Bystander cardiopulmonary resuscitation: concerns about mouth-to-mouth contact*, Arch Intern Med 1995;155:938-943.
- LURIE KG, LINDO C, CHIN J. *CPR, The P stands for plumbers helper*, JAMA 1990;264:1661.
- LURIE KG, SHULTZ JJ, CALLAHAM ML, SCHWAB TM, GISCH T, RECTOR T, *Evaluation of active compression-decompression CPR in victims of out-of-hospital cardiac arrest*, JAMA 1994;271:1405-1411.
- LURIE KG, COFFEEN P, SHULTZ J, MCKNITE S, DETOLFF B, MULLIGAN K, *Improving active compression-decompression cardiopulmonary resuscitation with an inspiratory impedance valve*, Circulation 1995;91:1629-1632.
- LURIE KG, SHULTZ J, CALLAHAM ML, SCHWAB TM, GISCH T, RECTOR T, *Evaluation of active compression-decompression CPR in victims of out-of-hospital cardiac arrest*, JAMA 1994;271:1405-1411.
- NOC M, WEIL MH, TANG W, TURNER T, FUKUI M, *Mechanical ventilation may not be essential for initial cardiopulmonary resuscitation*, Chest 1995;108:821-827.
- MAIR P, FURTWAENGLER W, BAUBIN M, KROSEN G, *Echocardiographic observations during*

- active compression-decompression cardiopulmonary resuscitation*, Resuscitation 1994;28(2): S6 (095, abstract).
- MAUER D, SCHNEIDER T, DICK W, WITHELM A, ELICH D, MAUER M, *Active compression-decompression resuscitation: a prospective, randomized study in a two-tiered EMS system with physicians in the field*, Resuscitation 1996;33:125-134.
- MEURSING BTZ, ZIMMERMAN ANE, VAN HEYST ANP, *Experiment evidence in favor of a reserved sequence in cardiopulmonary resuscitation*, J Am Coll Cardiol 1983;1:610 (abstract).
- MYERBURG RJ, KESSLER KM, ZAMAN L, CONDE CA, CASTELLANOS A, *Survivors of prehospital cardiac arrest*, JAMA 1982;247:1485-1490.
- MORGAN CL, DONNELLY PD, LESTER CA, ASSAR D, *Effectiveness of the BBC's 999 training roadshows on cardiopulmonary resuscitation: video performance of cohort of unforwarned participants at home six months afterwards*, Br Med J 1996;313:912-916.
- MOSESSE V, *Automatic external defibrillation by police in suburban Pittsburgh*, Public Access Defibrillation II Conference Proceedings (abstract), April 1997.
- NOC M, WEIL MH, TANG W, TURNER T, FUKUI M, *Mechanical ventilation may not be essential for initial cardiopulmonary resuscitation*, Chest 1995;108:821-827.
- OLSON CM, RENNIE D, *Plungers and polemics. Active compression-decompression and federal policy*, JAMA 1995;273:1299-1300.
- ORLIANGUET GA, CARLI PA, ROZENBERG A, JANNIERE D, SAUVAL P, DELPECH P, *End-tidal carbon dioxide during out-of-hospital cardiac arrest resuscitation. Comparison of active compression-decompression and standard CPR*, Ann Emerg Med 1995;25:48-51.
- ORNATO JP, GONZALES ER, COYNE MR, et al, *Arterial pH in out-of-hospital cardiac arrest. Response time as a determinant of acidosis*, Am J Emerg Med 1985;3:498-501.
- PANZER W, BRETTHAUER M, KLINGLER H, BAHR J, RATHGEBER J, KETTLER D, *ACD versus standard CPR in a prehospital setting*, Resuscitation 1996;33:117-124.
- PARADIS NA, MARTIN GB, GOETTING MG, ROSENBERG JM, RIVERS EP, APPLETON TJ. *Simultaneous aortic, jugular bulb, and right atrial pressures during cardiopulmonary resuscitation in humans*, Circulation 1989;80:361-368.
- PELL ACH, PRINGLE SD, GULY UM, STEEDMAN DJ, ROBERTSON CE, *Assessment of active compression-decompression device (ACD) in cardiopulmonary resuscitation using trasoesophageal echocardiography*, Resuscitation 1994;27:137-140.
- PLAISANCE P, ADNET F, VICAUT E, PAYEN D, *Étude multicentrique évaluant l'effet de la décompression active dans le pronostic immédiat de l'arrAt cariaque extra-hospitalier*, Rean Urg 1995;4 (6):736.
- PLAISANCE P, ADNET F, VICAUT E, HENNEQUIN B, MAGNE P, PRUDHOMME C, *Benefit of active compression-decompression cardiopulmonary resuscitation as a prehospital advanced cardiac life support*, American Heart Association 1997;955-961.
- RITTER G, WOLFE RA, GOLDSTEIN S, LANDIS JR, VASU M, ACHESON A, *The effect of bystanders CPR on survival of out-of-hospital cardiac arrest victims*, Am Heart J 1985;110:932-937.
- RIVERS EP, MARTIN GB, SMITHLINE H, et al, *The clinical implications of continuous central venous oxygen saturation during human CPR*, Ann Emerg Med 1992;21:1094-1101.
- RIVERS EP, BOCZAR ME, SMITHLINE HA, LURIE KG, NOWAK RM, *A comparision of mechanical, standard and active compression-decompression CPR in out-of-hospital cardiac arrest patients (abstract)*, Circulation 1993;88 (Suppl):1028.
- RUSKIN JN, *Automatic external defibrillators and sudden cardiac death*, N Engl J Med 1988;319:713.
- Standards and guidelines for cardiopulmonary resuscitation (CPR) and emergency cardiac care (ECC)*, JAMA 1986;225:2813.
- SACK J, KESSELBRENNER M, BERGMAN D, *Survival from in-hospital arrest with interposed abdominal counterpulsation during cardiopulmonary resuscitation*, JAMA 1992;267:379-385.

- SAFAR P, *Ventilatory efficacy of mouth-to-mouth artificial respiration: Airway obstruction during manual and mouth-to-mouth artificial respiration*, JAMA 1958;167:335-341.
- SAFAR P, Failure of manual respiration. J Appl Physiol 1959;14:84-88.
- SAFAR P, BIRCHER N, PRETTO E, BERKEBILE P, TISHERMAN SA, MARION D, *Letter to the Editor. (A reappraisal of mouth-to-mouth ventilation during bystander-initiated cardiopulmonary resuscitation: a statement for healthcare professionals from the ventilation working group of the basic life support and pediatric life support subcommittees, American Heart Association)*, Resuscitation 1998;36:75-76.
- SHULTZ JJ, COFFEEN P, SWEENEY M, DETLOFF B, KEHLER C, PINEDA E, *Wvaluation of STD and active compression-decompression CPR in an acute human model of ventricular fibrillation*, Circulation 1994;89:684-693.
- SHULTZ JJ, MIANULLI MJ, GISCH TM, COFFEEN PR, HAIDET GC, LURIE KG, *Comparison of exertion required to perform standard and active compression-decompression cardiopulmonary resuscitation*, Resuscitation 1995;29:23-31.
- SCHWAB TM, CALLAHAM ML, MADSEN CD, UTECHT TA, *A randomized clinical trial of active compression-decompression CPR in out-of-hospital cardiac arrest in two cities*, JAMA 1995;273:1261-1268.
- Skogvoll E, Lars W. Active compression-decompression cardiopulmonary resuscitation (ACD-CPR) compared with standard CPR in a manikin model – decompression force, compression rate, depth and duration (abstract). Resuscitation 1996;34:11-16.
- SOLOMON NA, *What are representative survival rates for out-of-hospital cardiac arrest?* Arch Int Med 1993;153:1218-1221.
- TANG W, WEIL MH, SUN S, et al, *Cardiopulmonary resuscitation by precordial compression without mechanical ventilation*, Am J Respir Crit Care Med 1994;150:1709-1713.
- TENNEY SM, *A theoretical analysis of the relationship between venous blood and mean tissue oxygen pressures*, Respir Physiol 1974;20:238-296.
- The 1997 Resuscitation guidelines for use in the United Kingdom. London: Resuscitation Council (UK), April 1997.
- THOMAS AN, WEBER EC, *A new method of two-resuscitator CPR*, Resuscitation 1993;26:173-176.
- TUCKER KJ, COHEN TJ, REDBERG RF, SCHILLER NB, CALLAHAM MM, *Active compression-decompression resuscitation: analysis of transmitral flow and left ventricular volume by transesophageal echocardiography in humans*, J Am Coll Cardiol 1993;22:1485-1493.
- TUCKER KJ, GALLI F, SAVITT MA, KAHASAI D, BRESNAHAN L, REDBERG RF, *Active compression-decompression resuscitation: effect on resuscitation success after in-hospital cardiac arrest*, J Am Coll Cardiol 1994;24:201-209.
- TUCKER KJ, KHAN J, IDRIS A, SAVITT MA, *The biphasic mechanism of blood flow during CPR: a physiologic comparison of active compression-decompression and high impulse external cardiac massage*, Ann Emerg Med 1994;24:895-906.
- VALENZUELA TD, SPAITE DW, MEISLIN HW, CLARK LL, WRIGHT AL, EWY GA, *Case and survival definitions in out-of-hospital cardiac arrest*, J Am Med Assoc 1992;267:272-274.
- VAN HOEYWEGHEN RJ, BOSSAERT LL, MULLIE A, CALLE P, MARTENS P, BUYLAERT WA, *Belgian Cerebral Resuscitation Study Group. Quality and efficiency of bystander CPR*, Resuscitation 1993;26:47-52.
- WENZEL V, IDRIS AH, BANNER MJ, FUERST RS, TUCKER KJ, *The composition of gas given by mouth-to-mouth ventilation during CPR*, Chest 1994;106:1806-1810.
- WEAVER WD, COBB LA, HALLSTROM AP, *Considerations for improving survival from out-of-hospital cardiac arrest*, Ann. Emerg. Med. 1986;15:1181-1186.
- WHEATLY S, THOMAS AN, TAYLOR RJ, BROWN T, *A comparison of three methods of bag-valve-mask ventilation*, Resuscitation 1997;33:207-210.
- WIK L, NAESS PA, ILEBEKK A, STEEN PA, *Simultaneous active compression-decompression*

and abdominal binding increase carotid blood flow additively during cardiopulmonary resuscitation (CPR) in pigs, Resuscitation 1994;28:55-64.

WIK L, NAESS PA, ILEBEKK A, NICOLAYSEN, STEEN PA, *Effects of various degrees of compression and active decompression on haemodynamics, end-tidal CO₂ and ventilation during cardiopulmonary resuscitation of pigs, Resuscitation 1996;31:45-57.*

YANG L, WEIL MH, NOC M, et al, *Spontaneous gasping increases the ability to resuscitate during experimental cardiopulmonary resuscitation, Crit Care Med 1994;22:879-883.*

RIANIMAZIONE CARDIO POLMONARE IN ETÀ NEONATALE

V.I. C. ROMANO ⁽¹⁾, V.I. A. GALLETTO ⁽¹⁾, V.I. R. RAIA ⁽¹⁾,
Dott.ssa A. SANNINO ⁽²⁾

⁽¹⁾ T.I.N. AORN e di Alta Specializzazione Monaldi (Napoli)

⁽²⁾ Docente in Lingue c/o S.M.S. Ippolito Nievo (Capri)

Introduzione

Lo scopo di questo lavoro è quello di far conoscere al personale infermieristico le attuali linee guida della Rianimazione cardiopolmonare neonatale.

Gli standard assistenziali della rianimazione neonatale sono stati estrapolati da alcuni articoli pubblicati su diverse riviste scientifiche che mettevano in discussione le tecniche di rianimazione usate.

Lavori di associazioni, quali quello dell'Ilcor Pediatric Resuscitation, al quale hanno partecipato l'American Heart Association, l'European Resuscitation Council, l'Heart and Stroke Foundation del Canada, l'Australian Resuscitation Council ed il Resuscitation Council of Southern Africa e quello della Pediatric Clinics of North America hanno tracciato delle linee guida riprese dal Textbook of Neonatal Resuscitation 1995 dell' American Heart Association dal quale sono stati tratti i contenuti di questo contributo.

Interventi rianimativi nei primi momenti di vita si rendono necessari in circa il 6-10% di tutti i nati ed in circa l'80% dei neonati con peso alla nascita < 1.500 gr.

In tali condizioni una pronta diagnosi e la immediata realizzazione di interventi correttivi possono significare la differenza tra morte, sopravvivenza con paralisi cerebrale e sopravvivenza senza handicap.

Non esiste alcuna altra area della medicina in cui il risultato delle misure terapeutiche adottate sia più immediato e più remunerativo.

Il successo della rianimazione primaria è essenzialmente legato al soddisfacimento di precisi requisiti quali:

- valutazione del rischio ostetrico;
- previsione delle alterazioni delle funzioni vitali;
- Attivazione dell'équipe di rianimazione
- preparazione e controllo del materiale necessario

In questo campo l'atteggiamento ottimistico e l'improvvisazione sono i presupposti dell'insuccesso.

La ricerca sistematica dei fattori di rischio, il ricorso ai sempre più sofisticati metodi di diagnostica prenatale ed il monitoraggio intrapartum permettono di quantificare la probabilità di una rianimazione primaria nell'80% dei casi.

Il restante 20% si presenta come evento inatteso, legato alle non prevedibili anomalie del travaglio e del periodo espulsivo.

In questo contesto diventa fondamentale la comunicazione e la discussione con l'ostetrico prima del parto, la conoscenza delle patologie in itinere e la preparazione ed il controllo del materiale necessario, mentre le situazioni non prevedibili impongono la scelta organizzativa, secondo la quale ad ogni parto siano presenti uno o più esperti in rianimazione primaria.

La rianimazione primaria consiste, dal punto di vista pratico, nelle seguenti misure:

- misure di conservazione della temperatura corporea;
- misure di riduzione e/o stabilizzazione della funzione respiratoria:
 - aspirazione vie aeree;
 - ossigenoterapia per maschera;
 - ventilazione per maschera;
 - intubazione;
- misure di protezione della circolazione;
 - massaggio cardiaco esterno;
 - rianimazione farmacologica.

Immediatamente dopo il parto il neonato va posto su di un lettino aperto con riscaldamento radiante preventivamente acceso e va asciugato accuratamente per prevenire la perdita di calore; i panni bagnati vanno poi allontanati e il neonato va coperto con lenzuolini preriscaldati.

Il neonato va poi posizionato correttamente per assicurare l'apertura delle vie aeree: sul dorso o di lato con il collo leggermente esteso.

Non appena posizionato deve essere aspirato: prima la bocca, poi il naso con una siringa a bulbo o con un aspiratore meccanico: la pressione di aspirazione, a tubo occluso, non deve superare i 100 mmHg.

A questo punto si possono valutare i segni vitali:

- *attività respiratoria*
- *F.C.*
- *colorito*

Osservare e valutare la respirazione:

Se è normale si può passare alla valutazione del segno successivo.

In caso contrario si inizia la PPV (Ventilazione a Pressione Positiva)

Osservare e valutare il colorito:

Se è presente cianosi centrale, somministrare O₂ a flusso libero.

Se il neonato non respira immediatamente si può fare, per un breve periodo, la stimolazione tattile nel tentativo di avviare la respirazione, con schiaffetti o colpetti sulla pianta del piede o frizione del dorso.

Se non vi è risposta si deve dare inizio alla PPV.

Se il neonato è gravemente depresso, si inizia immediatamente la PPV, con pallone e maschera o con pallone e tubo endotracheale.

Nella rianimazione neonatale viene usato un pallone autoinsufflante (Ambu), che si gonfia automaticamente nel momento in cui si allenta la presa.

All'Ambu dovranno sempre essere collegati tubo per ossigeno e reservoir il quale fornisce una camera di O₂ ad alta concentrazione (90-100%).

Gli Ambu neonatali hanno una capacità di 240 ml e devono essere corredati di maschera dalla taglia adeguata che copra mento - naso e bocca.

La frequenza respiratoria (F.C.) ideale è di 10-15 respiri in 15 secondi con un ritmo di 40-60 respiri al minuto.

La tecnica per la ventilazione con pallone autoinsufflante è:

premi - allenta - allenta - premi

Se dopo la rianimazione con Ambu la F.C. è superiore a 100 ed è presente respiro spontaneo si può interrompere la ventilazione continuando ad erogare O₂ a flusso libero; per un breve periodo si può applicare anche una stimolazione tattile.

Se la F.C. invece è tra 60 e 100 si procede come segue:

- F.C. in aumento = continuare la ventilazione
- F.C. non in aumento = continuare la ventilazione
- F.C. inferiore ad 80 = iniziare le compressioni toraciche
- F.C. inferiore a 60 = continuare la ventilazione e iniziare le compressioni

Quando viene presa la decisione di praticare le compressioni toraciche, il neonato si trova già nella posizione richiesta per la PPV e viene ventilato con O₂ al 100%.

La persona che deve praticare le compressioni toraciche deve avere accesso al torace e posizionare correttamente le mani.

Esistono due tecniche per praticare le compressioni toraciche:

- *Tecnica dei pollici*: I due pollici vengono usati per comprimere lo sterno con le mani che circondano il torace e le dita che sostengono il dorso
- *Tecnica delle due dita*: La punta del dito medio e dell'indice o dell'anulare di una mano vengono usate per comprimere lo sterno; l'altra mano sostiene il dorso del neonato, a meno che questo non sia posto su un piano molto stabile

Si preferisce la prima alla seconda anche se la tecnica delle due dita è accettabile

Queste due tecniche hanno in comune:

- posizione del neonato;
- sostegno rigido del dorso;
- collo leggermente esteso;
- compressioni;
- stessa sede, profondità e frequenza.

Le compressioni toraciche su di un neonato vengono applicate sul terzo inferiore dello sterno, comprimendo per 1-1,5 cm, facendo attenzione a non comprimere il processo xifoideo.

Per identificare l'area da comprimere immaginare una linea retta tra i capezzoli: il terzo inferiore dello sterno è proprio al di sotto di questa linea.

Una compressione corrisponde a una sistole e a una diastole.

Un atto respiratorio deve seguire ogni 3 compressioni.

Per ottenere un numero appropriato di 90 compressioni e 30 atti respiratori in un minuto con un rapporto di 3: 1 occorre comprimere il torace tre volte in 1 secondo, riservando un secondo circa per la ventilazione.

Dal punto di vista di chi comprime, la sequenza di un ciclo di 2 secondi è:

*comprimi - comprimì - comprimì - pausa
rilascia - rilascia - rilascia*

Durante la rianimazione i pollici o le dita devono rimanere sempre a contatto con l'area di compressione dello sterno per tutto il tempo, sia durante la compressione che il rilascio.

Durante le compressioni è importante contare a voce alta in modo che chi ventila sappia quando ventilare.

Se la F.C. è inferiore a 80 battiti al minuto dopo 30 secondi di ventilazione e compressioni, il neonato deve essere intubato e deve ricevere una rianimazione farmacologica.

Farmaci, dosi e controversie

I farmaci più usati durante la rianimazione sono l'adrenalina, i plasma expanders, il bicarbonato di sodio ed il nalaxone cloridrato.

Adrenalina:

è indicata come il farmaco di prima scelta nella rianimazione cardio-respiratoria del neonato. La dose consigliata nel neonato è di 0,01-0,03 mg/Kg in una diluizione 1:10.000 per via e.v. o endotracheale in somministrazione rapida.

Dosi elevate sono sconsigliate nel neonato per il rischio di emorragia cerebrale quale conseguenza della risposta ipertensiva acuta

Bicarbonato di sodio:

sebbene il bicarbonato di sodio possa essere utile nella correzione di un'acidosi metabolica, i suoi effetti dipendono dalla presenza di ventilazione e perfusione adeguate.

Il suo uso non è consigliato durante una R.C:P. di breve durata, ma potrebbe essere utile durante arresti prolungati che non rispondono ad altra terapia.

La concentrazione raccomandata è di 0,5 mEq/ml (soluzione al 4,2%).

Il dosaggio è di 2 mEq/Kg somministrati lentamente (1 mEq/Kg/minuto) per via e.v.

Plasma expanders:

(sangue intero, albumina, sol. Fisiologica, ringer lattato): sono indicati durante la rianimazione quando sussiste evidenza o sospetto di emorragia acuta con segni di ipovolemia.

La via di somministrazione è quella e.v.; la dose è di 10 ml/Kg; la velocità di somministrazione è di 5-10 minuti.

Nalaxone cloridrato:

È indicato nella grave depressione respiratoria e nell'anamnesi positiva per somministrazione di narcotici alla madre entro 4 ore precedenti il parto essendo un narcotico antagonista. La via di somministrazione preferibile è quella endotracheale o endovenosa.

È accettabile anche la via i.m. o s.c.

La somministrazione deve essere rapida alla dose di =1 mg/Kg.

Il nalaxone cloridrato non va somministrato ai figli di donne tossicodipendenti perchè può provocare convulsioni gravi.

In assenza di linee guida precise, la decisione di interrompere la rianimazione cardiopolmonare in un neonato che non presenta una F.C. spontanea, dipende dalla valutazione del probabile stato cerebrale e della prognosi.

Conclusioni

Per il neonato il cardine della rianimazione in sala parto rimane, più che mai, la corretta ventilazione ed ossigenazione.

La mancata risposta a queste misure esprime probabilmente uno stato avanzato di deterioramento non sempre correggibile dal massaggio cardiaco e dai farmaci.

Ogni centro nascita deve assicurare la presenza costante di un esperto in rianimazione primaria e deve aver codificato un piano di emergenza che permetta l'immediato intervento di una equipe completa in caso di necessità.

Una scelta organizzativa che ripropone il problema dei centri nascita di piccole dimensioni, la cui esistenza può essere accettata solo nel rispetto di questi requisiti, che sono da considerare minimi. È indispensabile che l'operatore conosca la fisiologia dell'adattamento alla vita extrauterina, i criteri di valutazione clinica del neonato, i principi della termoregolazione, le tecniche di aspirazione delle vie aeree, della laringoscopia, dell'intubazione tracheale, della ventilazione del massaggio cardiaco e la farmacologia della rianimazione.

Infatti tutte queste associazioni (American Heart Association, European Resuscitation Council, Heart and Stroke Foundation del Canada, Australian Resuscitation Council ed il Resuscitation

Council of Southern Africa e Pediatric Clinics of North America) sono giunte alla conclusione che le differenze sulle diverse manovre di rianimazione sono attualmente fondate più sulle preferenze locoregionali, sul modo di addestrare

e di fornire preparazione e sulle abitudini più che sui nodi di dibattito a livello scientifico.

Bibliografia

American Heart Association, *Textbook of neonatal resuscitation* 1995, Editrice Centro Studi Humana.

ORGANIZZAZIONE DEL SOCCORSO EXTRAOSPEDALIERO NELL'ARRESTO CARDIACO

I.P. A. MORELLI ⁽¹⁾, I.P. G. CAMPOCCIO ⁽¹⁾, I.P. G. ARENA ⁽¹⁾,
I.P. G. FESTA ⁽¹⁾, I.P. M. CATANIA ⁽¹⁾
Dr. M. POSTIGLIONE ⁽²⁾, I.P. G. BUFALINO ⁽³⁾, I.P. G. DE FALCO ⁽³⁾,
I.P. M. IACONA ⁽³⁾

⁽¹⁾ AORN A. Cardarelli - Napoli

⁽²⁾ AO Loreto Mare - Napoli

⁽³⁾ AORN V. Monaldi - Napoli

I minuti che contano

Non sono certo molti i minuti che contano, ma possono costituire la linea di demarcazione tra la vita e la morte. La capacità di una corretta e tempestiva organizzazione del soccorso sanitario assume, in questo contesto, un ruolo di primaria importanza.

È assolutamente indispensabile far sì che il soccorso sul luogo dove l'evento si è verificato possa avvenire nel più breve tempo possibile: in questi minuti occorre concretizzare i soccorsi e le cure più adeguate, pena il fallimento delle manovre successive.

Vengono presentati i risultati di uno studio (4) in cui è stata valutata l'efficacia dell'organizzazione del soccorso extraospedaliero sugli esiti dei pazienti. Lo studio è stato condotto ad Amsterdam.

Il rafforzamento degli anelli più deboli della catena di sopravvivenza per l'arresto cardiaco extraospedaliero è una sfida per ogni sistema medico di emergenza.

L'identificazione di questi anelli deboli dipende dai dati raccolti dal personale del servizio di emergenza coinvolto in tutte le fasi della rianimazione.

Esistono delle indicazioni su quali dati raccogliere e come sugli arresti cardiaci ed il loro trattamento (1).

Il sistema medico di emergenza.

Nella zona osservata esiste un centro radio con personale infermieristico esperto; ci sono sette differenti servizi di ambulanza con nove diverse postazioni dislocate sul territorio.

Il sistema regionale di emergenza è collegato a quello nazionale.

Tutte le ambulanze sono equipaggiate con un autista e un infermiere professionale, qualificati per effettuare l'ACLS inclusa la defibrillazione, l'intubazione endotracheale, accesso endovenoso e somministrazione di farmaci se-

condo un protocollo paragonabile con le linee europee per l'ACLS.

Nella gran parte dei casi la prima ambulanza contattava la seconda se veniva riconosciuto un arresto cardiaco.

Materiali e metodi

Lo studio è stato effettuato tra il primo giugno 1995 e il primo agosto 1997.

La popolazione osservata proveniva da un bacino di utenza di un'area di 1030 Km² con una popolazione di circa 1.300.000 abitanti, circa il 13% ha oltre 65 anni e il 49% sono maschi.

I tentativi di rianimazione venivano definiti come eventi dove il personale del sistema di emergenza effettuava una rianimazione attiva in paziente in arresto cardiaco.

La rianimazione non veniva tentata in pazienti che presentavano inequivocabili segni di morte (*rigor mortis* o corpo già freddo).

Non c'erano criteri formali per il personale per iniziare i tentativi di rianimazione.

I dati venivano raccolti da un medico esperto coadiuvato da due studenti addestrati a raccogliere i dati sulla scena durante le manovre di rianimazione.

Le informazioni raccolte venivano integrate dai familiari, dai presenti e dallo stesso personale del servizio di emergenza curando in modo particolare i tempi.

La raccolta dati continuava durante il trasporto e durante la rianimazione intra-ospedaliera.

L'esito neurologico veniva valutato alla dimissione ospedaliera secondo il sistema di Glasgow-Pittsburgh (2-3):

- CPC = cerebral performance categories
- OPC = overall performance categories

usando i dati delle cartelle cliniche.

Un computer registrava i tempi di chiamata: partenza dell'ambulanza-arrivo dell'ambulanza-arrivo in ospedale.

Tutti i defibrillatori erano equipaggiati con orologio e quindi tutti gli eventi venivano temporizzati.

Risultati

Nei 26 mesi di durata dello studio sono stati trattati 1685 pazienti, con un'incidenza di 60 arresti per 100.000 abitanti.

Dei 1285 pazienti trattati dal personale di emergenza, 1046 avevano un arresto di origine cardiovascolare secondo la definizione di Utstein:

- 747 (71%) sono morti durante la rianimazione

- 165 (16%) sono morti dopo il ricovero in ospedale
- 134 (13%) sono sopravvissuti fino alla dimissione.

Il 78% dei pazienti erano maschi. l'età media di 64 anni.

Non è stata osservata nessuna differenza significativa nel tasso di sopravvivenza tra uomini e donne.

I fattori che favoriscono la sopravvivenza sono:

* la *rianimazione da parte di testimoni* dava ai pazienti 1.3 volte la possibilità di sopravvivenza fino alla ammissione in ospedale e 2.5 volte fino alla dimissione dall'ospedale rispetto ai pazienti che non avevano avuto nessun tentativo di rianimazione;

* il *ritmo di esordio*. I pazienti con fibrillazione ventricolare avevano 2.5 volte la possibilità di essere ammessi vivi in ospedale rispetto agli altri ritmi, e oltre 12 volte la possibilità di essere dimessi.

Ritorno della circolazione spontanea- sopravvivenza.

In 312 pazienti (34%) si otteneva il ripristino della circolazione spontanea rispettivamente nel

- 43% (244/570) in caso di fibrillazione ventricolare
- 13% (24/184) per l'asistolia
- 36% (4/11) per tachicardia ventricolare
- 26% (40/153) con altri ritmi.

Nei pazienti trattati con CPR da parte di by-stander, la circolazione spontanea riprendeva nel 38% dei casi, a differenza di quelli non trattati (30%).

Performance globale e performance cerebrale.

Al momento della dimissione

- 42 pazienti (50%) avevano una buona funzione globale
- 24 (29%) avevano una moderata disfunzione globale

In 16 pazienti (19%) la funzione globale era gravemente compromessa e 2 pazienti (2%) erano in uno stato vegetativo.

Circa 47 pazienti (56%) avevano una buona funzione cerebrale e 21 (25%) moderata.

Il rischio di disfunzioni globali severe era uguale nei pazienti giovani e in quelli con più di 60 anni.

Sede dell'arresto.

I pazienti con minori possibilità di sopravvivenza (la metà rispetto a tutti gli altri) erano quelli che avevano avuto un arresto a domicilio.

Chi ha un arresto fuori dal domicilio ha più possibilità di essere rianimato. La maggioranza dei pazienti con arresto a domicilio aveva più di 60 anni.

Accesso al dispatch center

Molto importante il riconoscimento della chiamata da parte del centralinista. Anche se i tempi di risposta erano diversi in base al fatto che l'emergenza fosse riconosciuta o meno, non sono state osservate differenze nella sopravvivenza tra arresti «riconosciuti» e «non riconosciuti».

Determinante risulta invece il tempo di arrivo dei soccorsi: la sopravvivenza diminuisce con l'aumento dei tempi di arrivo.

Il tempo medio di intervallo dall'arresto all'arrivo del personale di emergenza è stato di 11 minuti.

Nei 151 casi (16%) in cui è stata allertata la polizia, questa arrivava entro 5 minuti, e prima della squadra di soccorso.

Conclusioni

La sopravvivenza fino alla dimissione è solo del 9% se l'arresto si verifica quando non è presente nessuno.

Se invece è presente il personale di emergenza, il 39% dei pazienti sopravviveva alla dimissione.

Le caratteristiche associate ad un aumento della sopravvivenza sono un'età dai 51 ai 60 e la fibrillazione ventricolare come ritmo di esordio.

Le caratteristiche della rianimazione associate con una buona sopravvivenza erano la testimonianza all'arresto, rianimazione ad opera di un astante, e i seguenti intervalli di tempo: tempo tra evento e chiamata, tempo tra evento e rianimazione intrapresa da un astante, tempo di chiamata alla partenza della squadra di emergenza, tempo tra partenza e arrivo della squadra di emergenza, arrivo alla sede del paziente.

La sopravvivenza del 9% è paragonabile ad altri studi con simili équipes di emergenza.

Bibliografia

1. CUMMINS RO, ORNATO JP, THIES WH et al. *Improving survival from sudden cardiac arrest. The chain of survival concept. A statement for health professionals. Circulation* 1991; 83: 1832-47.
2. European resuscitation council, American Heart Association, Heart and Stroke Foundation of Canada, Australian Resuscitation Council. *Recommended Guidelines for Uniform Reporting of data from out of hospital cardiac arrest: the Utstein Style. Resuscitation* 1991; 22: 1-26.
3. EARNEST MP, BRECKENBRIDGE JC, YARNELL PR et al. *Quality of survival after out of hospital cardiac arrest. Neurology* 1979; 29: 56-60.
4. WAALEWIJN RA, DE VOS R, KOSTER RW. *Out of hospital cardiac arrests in Amsterdam and its surrounding areas: results from the Amsterdam resuscitation study (ARREST) in Utstein style. Resuscitation* 1998; 38: 157-167.

ALCUNE CURIOSITÀ SULLA RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE

P. ABIS ⁽¹⁾, **M.C. PALLA** ⁽²⁾

⁽¹⁻²⁾ Infermiera - Azienda USL n. 8 Cagliari

In questo lavoro non viene affrontato un tema specifico ma alcune curiosità su aspetti diversi della rianimazione cardiopolmonare, in base a quanto emerge dalla letteratura più recente. I temi che proponiamo pertanto non hanno una sequenza logica ma fanno il punto o pongono riflessioni e domande.

Effetto della fatica sulla performance

Un soccorritore che continua a massaggiare il paziente per 10 minuti esegue compressioni efficaci? questa è la domanda cui hanno tentato di rispondere Ochoa e coll. (1998). Lo studio aveva l'obiettivo di evidenziare:

- 1) L'influenza della fatica del soccorritore sulla qualità delle compressioni toraciche.
- 2) La capacità del soccorritore di riconoscere gli effetti della fatica.
- 3) La possibile influenza di sesso, età, peso, altezza, professione del soccorritore sulla riduzione della performance.

Sono stati osservati 38 soccorritori (20 donne e 18 uomini) di età compresa tra i 25 e i 45 anni, precedentemente addestrati alla R.C.P. (rianimazione cardiopolmonare) con corsi di A.C.L.S. C'erano 15 medici, 15 infermieri e 8 residenti, non appartenenti al settore sanitario.

I soccorritori rianimavano il manichino Resusci Anne che registrava:

- il numero di compressioni applicate per minuto;
- la profondità della depressione sullo sterno;
- la localizzazione.

Ogni partecipante doveva effettuare le compressioni toraciche per 5 minuti e doveva informare il ricercatore nel preciso momento in cui pensava che la fatica stesse condizionando la qualità e il numero delle compressioni toraciche (Tab. 1).

Lo studio ha evidenziato:

- una importante riduzione della percentuale di compressioni toraciche corrette con il procedere della C.PR (79,7% nel primo minuto, 24,9% nel secondo minuto);

- nessuna riduzione della performance tra professionisti (medici infermieri) né tra sessi;
- nessuna variazione significativa per la qualità del massaggio in relazione a peso, altezza, età.

Il 76% dei partecipanti non era capace di identificare quando le compressioni erano inadeguate.

Questo studio conferma quanto già affermato nel 1995 da Higtower e coll. (1995) i quali affermavano che la fatica del soccorritore si verifica prima dei 6 secondi di compressioni toraciche. Il soccorritore riconosce l'inizio della fatica 2 minuti più tardi. Di conseguenza in questa fase di rianimazione le compressioni toraciche possono essere inefficaci.

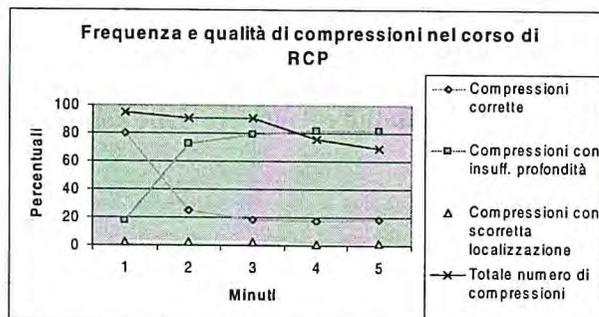
The Royal College of General Practitioners inglese ha suggerito che per un supporto circolatorio efficace è necessario che almeno il 70% delle compressioni siano corrette.

Nel corso di una reale RCP ogni soccorritore normalmente, prima di chiedere la sostituzione, continua ad effettuare le compressioni per diversi minuti.

Nonostante alcuni limiti della sperimentazione (legati al numero esiguo di partecipanti), i risultati ottenuti suggeriscono ai leaders dei team di CPR di chiedere la sostituzione dopo 1 minuto di compressioni, indipendentemente dalla percezione di stanchezza.

Tab. 1

Min.	Compressioni corrette	Compressioni con insuff. profondità	Compressioni con scorretta localizzazione	Totale nr. di compressioni
1	79,7	17,2	2,9	95,2
2	24,9	72,7	2,4	91,1
3	18	79,2	2,8	90,7
4	17,7	81,3	1,1	75,8
5	18,5	81,5	1,5	68,8



Sospensione della rianimazione su pazienti in arresto cardiaco persistente

Nonostante i progressi fatti nel campo dell'emergenza, la rianimazione dei pazienti in arresto cardiaco in ambito extrospedaliero rimane ancora un insuccesso nella maggior parte dei casi, tanto che spesso l'operatore si trova suo malgrado nella condizione di dover decidere se sospendere i tentativi senza esito.

Un'indagine condotta in Germania (Mohor et al, 1997) attraverso un questionario si è posta i seguenti obiettivi:

1) valutare per quanto tempo i medici dell'emergenza continuano una RCP (Rianimazione CardioPolmonare) senza successo in un paziente in arresto cardiaco non traumatico.

2) identificare i criteri concernenti la decisione di sospendere la RCP in ambiente extraospedaliero.

Il questionario, somministrato ai membri di una associazione di medici di emergenza della Germania del nord (AGNN), è stato restituito solo da 409 persone (39.6%).

Dopo quanto tempo interrompi la rianimazione senza successo?

20 minuti	20%
30 minuti	32%
45 minuti	31%
60 minuti	12%
>60 minuti	4%

Il 19% non si assume la responsabilità di smettere.

La maggioranza, il 65%, non prosegue la rianimazione oltre i 45 minuti. I medici con esperienza inferiore ad un anno fanno durare la rianimazione da 30 a 45 minuti; quelli con esperienza da uno a cinque anni era favorevole a far durare la rianimazione al massimo 30 minuti. Ad una maggiore esperienza in emergenza corrisponde quindi una minore durata di tentativi rianimatori inefficaci.

Gli sforzi rianimatori dovrebbero essere interrotti quando la RCP è stata applicata per un tempo appropriato senza il ripristino del circolo spontaneo.

La ERC (Consiglio Europeo di Rianimazione) e la AHA (Associazione Americana di Cardiologia) non raccomandano nessun limite di tempo.

Da quali criteri dipende la tua decisione di sospendere la rianimazione?

Tracciato ECG	90%
Pupille dilatate	78%

Mancanza di riflessi cerebrali	31%
Temperatura corporea	12%
Sospetta intossicazione da droghe	8%

Per il 90% la decisione di sospendere la rianimazione è basata sul tipo di tracciato ECG alla fine della rianimazione: in presenza di asistolia resistente a terapia, fibrillazione ventricolare persistente e dissociazione elettromeccanica la rianimazione viene sospesa.

Quale ulteriore criterio ha effetti sulla decisione di sospendere la rianimazione?

Malattie preesistenti	92%
Intervallo tra arresto ed inizio della RCP	90%
Età del paziente	89%
Volontà del paziente	1%

La ERC raccomanda un abbandono precoce di RCP in pazienti con prognosi infausta o in uno stadio terminale di malattia. Condizioni generali compromesse e malattie preesistenti sono associati ad una ridotta probabilità di sopravvivenza dopo arresto cardiaco.

Solo 1% ha indicato che vorrebbe tenere conto della volontà del paziente. Va riconosciuto che durante l'emergenza è difficile valutare e verificare le condizioni dei pazienti.

La soluzione ottimale dovrebbe essere quella di eseguire la RCP solo sui pazienti con una potenziale sopravvivenza a lungo termine, ma anche questa non è sempre un'informazione disponibile, soprattutto negli arresti extraospedalieri.

La morte cardiaca è il principale criterio per terminare gli sforzi di una rianimazione senza successo. Questo, se da una parte è di aiuto dall'altro non protegge l'operatore da decisioni sbagliate.

Qualità di vita dei sopravvissuti ad arresto cardiaco

Obiettivo dell'indagine (Eismburger 1998) era di valutare:

- 1) La qualità della vita del sopravvissuto ad arresto cardiaco ad un anno dall'evento.
- 2) La relazione tra qualità di vita e tipo di trattamento nell'emergenza.

L'indagine era rivolta a pazienti di età superiore ai 18 anni, sopravvissuti per più di 6 mesi ad arresto cardiaco non traumatico e che avevano subito l'arresto cardiaco tra luglio 1991 ed aprile 1996. Sono stati valutati:

- il luogo dell'arresto cardiaco

- l'intervallo di tempo tra arresto cardiaco e inizio di BLS, ACLS, prima defibrillazione e ripristino della circolazione spontanea
- il primo ritmo elettrocardiografico e la storia clinica del paziente precedente all'arresto.

Sono stati intervistati solo i pazienti sopravvissuti in condizioni discrete, cioè coscienti e vigili, con normale funzione cerebrale e solo con lieve e moderata inabilità, perché potevano rispondere alle domande e valutare la propria qualità di vita.

I pazienti sono stati ulteriormente suddivisi in tre gruppi:

- 1) pazienti che avevano subito l'arresto cardiaco fuori dall'ospedale senza la presenza dell'équipe di emergenza;
- 2) Pazienti con arresto cardiaco in ambiente extraospedaliero in presenza dell'équipe di emergenza;
- 3) Pazienti con arresto cardiaco all'interno dell'ospedale.

Nel periodo preso in esame sono stati ammessi al Dipartimento di Emergenza 778 pazienti: 218 (28%) dopo 6 mesi erano ancora vivi e dimesso al proprio domicilio; 123 (15,7%) rientravano tra i criteri di ammissione (erano cioè vigili e coscienti).

Il questionario sulla qualità di vita fu consegnato in occasione di un incontro di tutti i pazienti, organizzato nel giugno 1996 dal Dipartimento di Emergenza di Vienna, e spedito per posta a tutti coloro che non avevano partecipato all'incontro.

Ha risposto al questionario il 75% del campione (età media 59 anni):

- l'84% dichiarò di essere contento di vivere e di apprezzare la vita di tutti i giorni;
- il 36% dichiarò di essere depresso;
- l'84% considerava la sopravvivenza come una seconda opportunità;
- il 56% aveva paura che l'evento si potesse ripetere.

Questi dati giustificano il punteggio di 7 che i pazienti attribuiscono alla loro qualità di vita su una scala da 0 (pessima) a 10 (ottima). Non è emersa nessuna relazione tra qualità di vita e tipo di trattamento durante l'emergenza: la qualità di vita dichiarata dai pazienti soccorsi in ospedale è simile a quella dei pazienti soccorsi in ambiente extraospedaliero.

Le domande poste nel questionario

Ha problemi a cucinare, lavarsi e vestirsi?
Ha qualcuno che la aiuta in casa?

Abita in una nursing home?

Si sente depresso?

Ha qualcuno per parlare dei suoi problemi?

È seguito da uno psicologo?

Ha paura che l'evento si ripeta?

Considera la sua sopravvivenza come «un nuovo inizio» o «una seconda chance»?

È felice di vivere?

Le è di aiuto incontrare pazienti con la sua stessa storia?

Che punteggio darebbe alla sua qualità di vita, su una scala da 0 (pessima) a 10 (perfetta)?

Report di incidenti critici

Un'analisi retrospettiva condotta in Arabia Saudita, in due ospedali universitari (Qadir et al, 1998), ha descritto gli incidenti verificatisi durante l'anestesia, la R.C.P. e la degenza in rianimazione.

I dati degli incidenti riportati dai membri del Dipartimento di Anestesia, sono stati raccolti tra gennaio '91 e dicembre '97. Lo scopo dello studio era quello di diminuire la mortalità e la morbilità legati ad incidenti clinici, con l'obiettivo di migliorare gli standard assistenziali.

Durante lo studio sono stati riportati 143 incidenti (Tabella...): l'87% non lasciò esiti negativi sul paziente, mentre il 13% ne causò la morte. Quattro pazienti sono morti durante l'anestesia, 9 durante la degenza in rianimazione e 3 per insoddisfacente performance durante l'arresto cardiaco.

Gli incidenti più comuni (27.7%) erano dovuti a errori umani, la mancanza di comunicazione a vari livelli era la seconda maggiore causa degli incidenti riportati. Probabilmente su questo ha inciso la composizione multinazionale (e quindi con lingue diverse) dell'équipe.

Tra le complicazioni legate alle tecniche anestesilogiche, l'intubazione difficile è quella più frequente: non esistono test che predicano l'intubazione difficile.

Gli incidenti potenzialmente prevenibili si sono verificati per estubazioni accidentali, ipovolemia ed embolia gassosa ed inalazione di materiale gastrico. Solo un numero esiguo di morti è da attribuire all'anestesia, non è però trascurabile la morbilità legata a essa.

Alcuni autori (Short et al, 1986) hanno osservato che gli incidenti riportare gli incidenti migliora la capacità di scoprire gli errori umani: correggendo gli errori, gli incidenti non si ripetono.

Tabella ... Errori commessi durante l'anestesia

1) <i>Errori umani</i>	<i>n = 39</i>	<i>27.7%</i>
a) errore nell'etichettare il farmaco	7	17.9%
b) comportamento irresponsabile	7	17.9%
c) inadeguata applicazione delle conoscenze	5	12.8%
d) non sorveglianza o disattenzione	5	12.8%
e) trasfusione sanguigna incompatibile	5	12.8%
f) inesperienza	4	10.2%
g) insufficiente controllo del respiratore	4	10.2%
h) altri fattori	3	7.6%
2) <i>Errata comunicazione</i>	<i>n = 33</i>	<i>23%</i>
a) medico → medico	24	72.7%
b) medico → infermiere	5	15%
c) medico → tecnico di anestesia	2	6%
d) medico → paziente	1	3%
e) medico → altri membri staff	1	3%
3) <i>Complicazioni legate alle tecniche anestesiolgiche</i>	<i>n = 24</i>	<i>16.7%</i>
a) complicazioni nell'intubazione	12	52%
b) ipersensibilità al farmaco	4	17.3%
c) complicazioni per anestesia loco Regionale	4	17.3%
d) complicazioni intravascolari	2	8.6%
e) stato di coscienza durante l'anestesia	1	4.3%
4) <i>Fattori legati ai pazienti</i>	<i>n = 15</i>	<i>10%</i>
a) complicazioni medico-chirurgiche	11	73.2%
b) pazienti non collaboranti	3	20%
c) altro	1	6.8%
5) <i>Mal funzionamento delle apparecchiature</i>	<i>9</i>	<i>6.29%</i>
a) anomalie del respiratore	4	44.4%
b) danneggiamento del monitoraggio durante il trasporto		
c) difetto delle pompe di infusione	2	22.2%
6) <i>Altri problemi</i>	<i>23</i>	<i>16%</i>

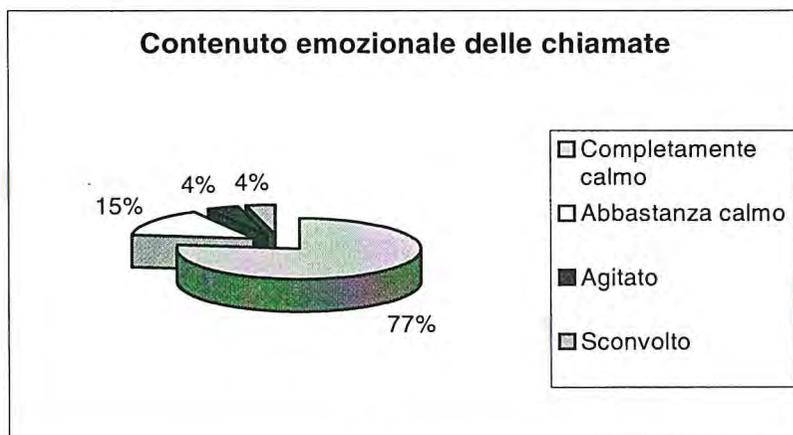
Istruzioni di BLS per via telefonica. Analisi delle chiamate per arresto cardiaco

Dal febbraio 93 all'agosto 95 è stata condotta un'indagine retrospettiva su tutte le chiamate che pervenivano al Dipartimento di Emergenza dell'Ospedale Universitario di Vienna, per pazienti colpiti da arresto cardiaco non traumatico fuori dall'ospedale (Meron et al, 1996). Lo scopo era di determinare l'esistenza di comportamenti non efficaci rispetto alle istruzioni impartite per via telefonica a «cittadini soccorritori» che riferivano al Servizio di Emergenza situazioni di arresto cardiaco.

Sono state fatte 268 chiamate: 129 sono state escluse perché effettuate da personale sanitario e/o vigili del fuoco; 25 per problemi tecnici e ne sono state analizzate 114. Per ciascuna chiamata sono stati raccolti i seguenti dati:

- malattia principale del paziente;
- contenuto emozionale;
- difficoltà di linguaggio;
- deficit verbale e/o acustico del «soccorritore»;
- rapporto parentale tra vittima e soccorritore;
- sede dell'arresto (località in cui si è verificato l'arresto e distanza tra telefono e paziente).

La componente emozionale veniva valutata con una scala graduata da 1 a 5. Il valore 1 esprimeva una situazione di «calma/tranquillità» mentre il 5 indicava la situazione di «stravolto».



Il 53% delle chiamate è stato fatto da amici o conoscenti, il 45% da parenti e solo il 2% da passanti. Nonostante la comune convinzione del contrario, la maggior parte dei soccorritori (77%) erano completamente calmi, ed il 15% abbastanza calmi ed in grado di riepilogare la situazione, richiedendo assisten-

za senza palese stress. Questo rappresenta un importante requisito perché i soccorritori devono essere in grado di seguire i consigli degli istruttori

In nessuna chiamata si sono avuti problemi di comunicazione per difficoltà di linguaggio o rumori di fondo.

Uno degli elementi che possono frenare l'esecuzione della ventilazione bocca a bocca è la paura di contrarre malattie infettive quali: epatite, tubercolosi o SIDA. Tra congiunti questo timore è minore.

Più della metà delle vittime (il 52%) si trovava nella propria casa al momento dell'arresto.

Benché al tempo dell'indagine non esistesse un protocollo formale, i dati dimostrano che si poteva ottenere una «corretta istruzione» in breve tempo (19 > 120 sec.) Grazie ai risultati di questo studio cominciare a dare istruzioni di BLS prima dell'arrivo dell'equipaggio di soccorso è diventata una prassi abituale.

Riluttanza ad effettuare la ventilazione bocca-bocca

In una RCP la ventilazione bocca-bocca costituisce una efficace procedura salvavita. Diversi studi hanno documentato una riluttanza a praticare ventilazione bocca-bocca da parte delle diverse figure professionali: medici, infermieri, paramedici, vigili del fuoco e cittadini spettatori di un arresto cardiaco sulla strada. I diversi potenziali soccorritori hanno giustificato questa riluttanza col rischio di contrarre malattie infettive quali epatiti, tubercolosi e soprattutto la SIDA. Nel 1996 in California venne eseguito uno studio (Brenner et al, 1996) su questo tema, tramite questionario, somministrato a tutto il personale del Dipartimento di Medicina Interna di un Ospedale suburbano. Le risposte ottenute sono state confrontate con quelle del personale ospedaliero di una grossa area metropolitana con alta incidenza di pazienti HIV positivi. Tutti erano certificati in BLS e avevano completato un corso di ACLS.

I pazienti percepiti ad alto rischio per HIV avevano una più bassa probabilità di ricevere ventilazione bocca-bocca rispetto a quelli con un basso rischio, (vedi tabella 1,2).

Tabella: *Propensione ad effettuare la ventilazione bocca a bocca per gli arresti cardiaci*

Eseguirebbero la ventilazione bocca a bocca in ospedale

Tipologia del paziente	Ospedale suburbano	Metropolitano	P
Sconosciuto	43%	45%	NS
Traumatizzato	12%	16%	NS
HIV positivo	14%	7%	<0.01
Anziano	29%	39%	NS

Fuori dall' ospedale

<i>Tipologia del paziente</i>	<i>Ospedale suburbano</i>	<i>Metropolitano</i>	<i>P</i>
Sconosciuto	50%	54%	NS
Traumatizzato	33%	36%	NS
HIV positivo	44%	21%	NS
Anziano	26%	64%	<0.01
Bambini	86%	99%	<0.01

Le resistenze sono simili nei due ospedali. In ospedale meno del 50% delle persone intervistate eseguirebbero la ventilazione bocca a bocca ad un paziente non noto. Fuori dall'ospedale solo i bambini non avrebbero alcun problema ad essere rianimati. Gli operatori sanitari dovrebbero sapere che il rischio di contrarre l'HIV durante una RCP è minimo se confrontato con la possibilità di salvare una vita. Negare questa manovra potrebbe indebolire la catena della sopravvivenza, compromettendo l'intero programma di RCP.

Gli autori suggeriscono di usare maschere o barriere portatili per ridurre i rischi e aumentare la disponibilità ad effettuare la ventilazione bocca-bocca. Senza le fasi A e B del BLS verrebbero danneggiate non solo le vittime da arresto cardiaco ma anche quelle da trauma, da intossicazione, da asfissia ecc.

Alcuni autori sostengono che durante la prima fase di RCP la pressione di perfusione coronarica è molto più importante dell'ossigenazione sanguigna. Studi eseguiti in laboratorio hanno dimostrato che una RCP può essere valida attraverso le sole compressioni toraciche se eseguite entro i primi 12 minuti dall'arresto. Il problema è ancora aperto.

Arresto cardiaco ed appropriatezza del trasporto in ospedale

Diversi studi hanno affermato che proseguire la Rianimazione in ospedale su pazienti con arresto cardiaco refrattario ad ACLS eseguita fuori dall'ospedale, non incrementa la sopravvivenza. L'aumento dei rischi per gli equipaggi di ambulanze e per la comunità durante il trasporto veloce, l'aumento dei costi, stimati in 500 milioni di dollari all'anno per rianimazioni inutili hanno costituito motivo di grande preoccupazione.

L'EMS (Emergency Medical System) della città di Minneapolis nel 1996 decise di analizzare i fattori che determinavano il trasporto in ospedale di pazienti soccorsi per arresto cardiaco, per aumentarne l'appropriatezza (Hick et al, 1998).

Dal settembre 96 all'aprile 97 gli operatori dell'EMS risposero ad un questionario che indagava i fattori che avevano contribuito alla decisione del trasporto. Vennero incluse nello studio solo le chiamate per arresto cardiaco di

natura non traumatica su pazienti in età superiore a 18 anni. Se il trasporto in ospedale era ordinato dal medico non venivano richieste ulteriori informazioni.

Durante il periodo dello studio le squadre di operatori arrivarono sulla scena di 259 arresti cardiaci: di questi 79 furono dichiarati subito morti, 44 furono rianimati e portati in ospedale, 68 furono dichiarati morti dopo i tentativi di rianimazione e 68 furono portati in ospedale con arresto cardiaco persistente. Questi ultimi costituirono la popolazione studiata.

In 54 casi fu il personale di ambulanza a decidere il trasporto in ospedale, in 14 casi il medico.

Fattori che contribuirono alla decisione del trasporto

Arresto in luogo pubblico	17 casi
Arresto in ambulanza durante il trasporto ospedale	6 casi
Fattori ambientali	6 casi
Disritmie ventricolari	5 casi
Impossibilità ad assicurare un accesso venoso	5 casi
Problemi di pervietà delle vie aeree	5 casi
Possibile causa reversibile	4 casi
Famiglia incapace di accettare la morte sulla strada	3 casi
Barriere culturali o linguistiche	1 caso
Obesità	1 caso
Pericolo sulla strada per i paramedici	1 caso

In alcuni di questi casi il paziente avrebbe potuto essere dichiarato deceduto, ma al tempo dello studio erano presenti barriere burocratiche che non prevedevano l'eventualità del decesso in itinere.

Infatti l'ospedale non avrebbe accettato il cadavere e non esisteva una procedura per trasportarlo direttamente ai locali del medico necroscopo. Attraverso i dati di questo studio venne elaborato un protocollo che favorì l'abbattimento di queste barriere.

Nuovo protocollo degli operatori istituito dopo lo studio

La RCP deve essere prontamente iniziata per tutti i pazienti trovati in arresto cardiaco a meno che esistano affidabili e sicuri criteri per la determinazione della morte. In assenza di questi deve essere effettuato il contatto medico prima del trasporto del paziente in arresto persistente.

Quando un medico ritiene che gli sforzi rianimatori sono inutili, un paziente può essere riconosciuto morto prima di essere trasportato.

Se il medico necroscopo non è disponibile, il corpo va portato al Dipartimento di Emergenza. Le squadre di soccorso possono tornare così in servizio attivo e la famiglia deve avere un ambiente dove vegliare il corpo.

I problemi da considerare prima che un paziente sia dichiarato morto sulla scena o in ambulanza includono:

- pericolo per il personale di trasporto;
- disritmia ventricolare persistente;
- incapacità della famiglia ad accettare la morte;
- barriere culturali o linguistiche;
- presenza di parenti nell'ambulanza;

In questo modo vengono limitati i rischi di guida per le squadre di soccorso, si limitano le spese ospedaliere e l'uso di personale non necessario per tentativi di rianimazione inutili.

Per la famiglia è previsto un ambiente dove vegliare il corpo del congiunto. Infatti in 5 casi gli operatori percepirono che la famiglia sarebbe stata incapace di accettare la morte sul luogo dell'intervento. Proprio questo fattore ha determinato come motivo principale in 3 casi, e secondario in 2 il trasporto del corpo. Infatti, la mancanza di formazione sulla gestione del dolore avrebbe reso particolarmente difficile occuparsi della famiglia sulla strada.

Bibliografia

- BRENNER B, KAUFFINANJ JJ. *Comparison of Reluctance of House Staff of Metropolitan and Suburban Hospitals to Perform Mouth Resuscitation*. Resuscitation 1996; 32:5-12.
- EISEMBURGER P, LIST M, SCHORKHUBER Q et al. *Quality of life of the long-term cardiac arrest survivors of the Vienna Emergency medical service*. Resuscitation 1998; 38: 137-143.
- HICK SL, MAHONEY B, LAPPE M. *Factor influencing Hospital transport of patient in continuing cardiac arrest*. Ann Emerg Med 1998; 32: 19- 25.
- HIGHOVER D, THOMAS SH, STONE CK et al. *Decay i quality of closed-chest cpmressions over time*. Ann Emerg Med 1995; 26: 300.
- MERON G, FRANTZ O, STERZ F, MULLER M, KAFIF A, LAGGHER D N. *Analising calls by lay persons reporting cardiac arrest*. Resuscitation 32, 1966, 23 - 26.
- MOHOR M, BAHR J, SCHMID J, PANZER W, KETTLER D. *The decision to terminate resuscitative efforts: results of a questionnaire*. Resuscitation 1997; 34: 51-55.
- OCHOA FJ, RAMALLE-GOMARRA E, LISA V, SARALEGUI I. *The effect of rescuer fatigue on the quality od chest compressions*. resuscitation 1998; 37: 149-152.
- QADIR N, TAKROURI MSM, SERAJ MA, EL -DAWLATLY AA. *Manca il titolo, in inglese*. Nome del giornale 1998; 14: pagine. (M.E.J. Anesth
- SHORT TG, O' REGAN A, *Improvements in Anesthetic care resulting from critical incidence reporting programme*. Anesthesia: 51: 615-21, 1986)

VALUTAZIONE DEL CLIMA ORGANIZZATIVO E COLLABORATIVO ED EFFETTI SUGLI ESITI DEI PAZIENTI

IP AFD A. DI NUCCIO ⁽¹⁾, **VI Dr. D. SCHIAVO** ⁽²⁾, **IP AFD DAI C. ALIZIERI** ⁽³⁾,
IP V. ARGENZIANO ⁽⁴⁾, **IP AFD E. COCCO** ⁽⁵⁾, **IP F. PERRETTA** ⁽⁶⁾,
IP C. SOLLO ⁽⁷⁾

⁽¹⁾ U.O. di Rianimazione - Ospedale «San Rocco» Sessa Aurunca A.S.L. CE/2

⁽²⁾ U.O. di Terapia Intensiva Neonatale - Azienda Ospedaliera Caserta

⁽³⁾ Direzione Sanitaria - Azienda Ospedaliera Caserta

⁽⁴⁾ U.O. di Rianimazione - Azienda Ospedaliera Caserta

⁽⁵⁾ U.O. di Pronto Soccorso - Azienda Ospedaliera Caserta

⁽⁶⁾ U.O. di Rianimazione - Azienda Ospedaliera Caserta

⁽⁷⁾ U.O. di Terapia Intensiva Neonatale - Azienda Ospedaliera Caserta

Fino a che punto, la cooperazione e l'organizzazione all'interno di una struttura come le Unità di Cura Intensive (ICU) riescono ad influenzare gli esiti di un paziente? Alcuni studi mettono in luce la relazione tra questi due aspetti:

A. nello studio di Aiken e al. (1994) [1] è stato evidenziato che negli ospedali in cui c'era un buon clima organizzativo, si riduceva anche la mortalità dei pazienti, mediamente del 4.6%, rispetto agli ospedali di controllo.

Le variabili che distinguevano gli ospedali con un buon clima organizzativo, erano le seguenti:

- avere un infermiere caposervizio in posizione forte;
- rispetto per la figura dell'infermiere;
- buona comunicazione interpersonale tra gli infermieri e tra infermieri e medici;
- uso di protocolli assistenziali.

B. Langhorn [2] nella sua meta-analisi sulle unità specialistiche di ricovero per l'assistenza dei pazienti con ictus (Stroke Unit) che metteva a confronto l'assistenza erogata ai pazienti con ictus da un'equipe multidisciplinare (stroke unit), rispetto a quella fornita dalla normale équipe dei reparti di medicina interna.

La stroke unit non è necessariamente un reparto di assistenza, ma può essere un'unità di trattamento che coordina l'assistenza ai pazienti con ictus, indipendentemente dal fatto che questi siano assistiti in un reparto di neurologia, medicina o terapia intensiva.

I pazienti seguiti da una Stroke Unit hanno una riduzione globale del 23% nel rischio di decesso.

Quindi, coordinamento e presa in carico del paziente con ictus, in fase acuta, sono le variabili che hanno effetti importanti, anche sulla mortalità ed

aumentano la probabilità per questi pazienti di tornare a vivere a casa.

Questa meta-analisi sottolinea l'importanza di un'equipe specialistica e multidisciplinare, ma anche della continuità dell'assistenza e dell'organizzazione.

C. Nei reparti in cui vengono adottati protocolli per ridurre i tempi di intubazione endotracheale, i giorni di degenza in ICU, le infezioni respiratorie e della ferita chirurgica, nonché i costi e la degenza media la riabilitazione è più veloce. In un anno furono esaminati 303 interventi di cardiocirurgia: prima della realizzazione del programma di riabilitazione i pazienti permanevano 3.3 giorni in ICU, ed il ricovero durava 9.3 giorni dopo l'intervento; con il programma di recupero rapido dei pazienti cardiocirurgici [3], essi venivano dimessi in quarta giornata.

Elementi del programma di riabilitazione erano:

- la presa in carico del paziente durante la fase acuta della malattia;
- partecipazione al programma di una équipe multidisciplinare: (cardiochirurghi, anestesisti, gruppo infermieristico, coordinatori clinici degli infermieri e il direttore della cura del paziente (the patient care manager);
- utilizzo di servizi di supporto quali: l'assistenza domiciliare, servizio sociale, assistenza religiosa, dietisti, farmacia, riabilitazione cardiologica;
- il coinvolgimento della figura del perfusionista e dei terapisti della respirazione nel trattamento del paziente;
- la formazione e l'informazione degli operatori per aumentare l'entusiasmo e l'aderenza al progetto, mediante programmi per comunicare al personale i progressi del paziente, affinché fosse da incentivo per l'equipe impegnata nel programma.

Questo programma di recupero rapido ha comportato la riduzione della durata dell'intubazione endotracheale (e quindi dei giorni di permanenza in una ICU) da 2.2 giorni a 17 ore.

Il 17% dei pazienti veniva estubato lo stesso giorno dell'intervento.

I pazienti ed i loro familiari hanno apprezzato il programma di recupero rapido, sia per la riduzione dei giorni di degenza, ma anche per il buon livello informativo-formativo del paziente e della famiglia.

I rapporti con il personale infermieristico domiciliare, risultavano ottimi: l'efficacia del programma è attribuibile alla presa in carico del paziente, da parte degli infermieri, dopo la dimissione.

Il paziente si sentiva trattato con rispetto ed aveva fiducia dell'equipe che lo aveva in cura, tanto che il 100% degli intervistati riteneva di consigliare ad altre persone il Centro dove era stato trattato.

Quindi l'organizzazione attenta ed il buon clima collaborativo in un team multidisciplinare sono i presupposti indispensabili per la realizzazione di programmi di questo tipo.

Lo Studio EURICUS I [4]

La Fondazione per la Ricerca sulle Cure Intensive in Europa (FRICE) ha disegnato un progetto di ricerca, il Progetto Euricus I, per studiare l'effetto dell'organizzazione e della gestione sull'efficacia delle ICU nei Paesi della Comunità Europea (EC) ed in particolare la relazione tra performance clinica e variabili organizzative.

Nelle Unità di terapia Intensiva esiste un alto carico di lavoro in situazione di incertezza, determinata dalla variabilità delle condizioni dei pazienti, dalla loro criticità, ma anche da problemi strutturali quali la mancanza di tempi e spazi per la comunicazione ed il dialogo, i ritmi concitati di lavoro etc.

Generalmente, dove esiste una alta componente tecnologica esiste anche una maggiore suddivisione di compiti (tipo catena di montaggio: tutti sanno cosa fa l'altro).

In terapia intensiva l'aumento della tecnologia disponibile aumenta il carico di lavoro ed anche la complessità dei pazienti che possono essere trattati e non è semplice definire chi fa che cosa.

Il lavoro per protocolli rigidi e la rigida suddivisione dei compiti sono presenti dove esistono flussi di lavoro fissi e professionalità non elevate (il protocollo, per definizione, limita gli spazi decisionali degli operatori).

Questa rigidità determina una maggiore efficienza perché sono chiare le suddivisioni dei compiti e le distinzioni tra le diverse figure.

In terapia intensiva il livello di professionalità di tutti gli operatori è elevato, è necessariamente prevista una costante interazione tra le diverse figure e non è possibile definire spazi operativi rigidi tra medici ed infermieri.

Questo presuppone un clima organizzativo di tipo flessibile, con un interscambio di compiti tra i vari membri dello staff.

Il Sottostudio sull'Organizzazione del Progetto EURICUS I

Lo studio EURICUS I fu diviso in 5 sottostudi:

- 1) pazienti e risorse;
- 2) organizzazione;
- 3) personale;
- 4) cultura nelle ICU;
- 5) finanze.

Nel sottostudio Organizzazione, i risultati indicano l'importanza della standardizzazione di aspetti quali:

- la differenziazione del compito, cioè la presenza di job description e la suddivisione dei compiti tra medici ed infermieri;
- il livello di qualifica del personale;
- la centralizzazione del potere decisionale;

- la standardizzazione dei compiti;
- la performance clinica delle ICU, considerata l'unica variabile dipendente.

Il sottostudio organizzazione ha mostrato che la standardizzazione è stata correlata positivamente con il rendimento.

Le variabili incluse nella descrizione scritta, relativa alla standardizzazione dei lavori professionali rilevati nelle ICU sono: la valutazione strutturata del rendimento professionale dei membri dello staff interessato.

Oltre a ciò sono stati dimostrati altri aspetti della standardizzazione nelle ICU come gli incontri clinici formali giornalieri, protocolli clinici scritti e l'esistenza di incontri dello staff fisso, per discutere dei risultati dell'Organizzazione & Management delle ICU che sono significativamente e positivamente associati con il rendimento clinico dell'unità.

L'associazione della differenziazione dei compiti e la centralizzazione del potere decisionale, con la performance dell'ICU è forse uno dei risultati più importanti di Euricus I.

Sebbene la standardizzazione riduca l'incertezza relativa ai compiti ed al flusso di lavoro nell'ICU, l'incertezza è principalmente dipendente dalle condizioni cliniche dei pazienti e dalla cura richiesta, incluso l'uso delle tecnologie.

È stato provato che una migliore performance della ICU aveva un livello di differenziazione dei compiti più basso ed un livello più basso di centralizzazione del potere decisionale, con un conseguente aumento dell'autonomia professionale.

Ritornando allo studio ERICUS I, su un campione di 77 ICU prese in esame è emersa la seguente percentuale di Infermieri con formazione specifica in area critica:

- in 26 ICU ha la specializzazione il 5%
- in 24 tra il 5 ed il 50%
- in 24 >al 50%.

Più elevata è la qualifica del personale, migliore è la performance.

Per valutare la relazione tra organizzazione e performance sono stati esaminati i processi di ammissione-dimissione, la prescrizione della profilassi antibiotica e la prevenzione delle lesioni da decubito.

La decisione della profilassi antibiotica viene presa dai medici, mentre per la prevenzione delle lesioni da decubito gli infermieri vengono coinvolti nella decisione nel 70% delle 76 ICU osservate.

Nel rimanente 30% la decisione viene presa dai medici o dal solo primario.

Per l'ammissione-dimissione dei pazienti gli infermieri vengono coinvolti solo nel 22% delle ICU analizzate.

La standardizzazione è stata misurata cercando di stabilire se le ICU avessero descrizioni, criteri scritti per le varie funzioni, sia mediche che infermieristiche.

La descrizione delle funzioni (anche se queste non venivano necessariamente rispettate) era più frequente negli ospedali universitari.

In tutti i tipi di ICU, dagli ospedali più piccoli con < 300 posti letto fino a quelli grandi con più di 500 posti letto e quelli universitari, i protocolli assistenziali sono presenti ed utilizzati:

- in 48 ICU (circa il 63%) l'uso era frequente;
- in 18 ICU (23%) venivano utilizzati solo qualche volta;
- nelle restanti 11 ICU (14%) raramente.

Dopo aver corretto per tipo di ICU, la grandezza, i posti letto e la tecnologia delle apparecchiature e la gravità clinica dei pazienti trattati emergeva che, dove c'è un margine di sovrapposizione nelle attività svolte da medici ed infermieri, dove gli infermieri vengono più coinvolti nelle decisioni e dove esiste una maggiore aderenza ai protocolli assistenziali c'è anche una migliore performance clinica.

La collaborazione in un Team

L'area critica si differenzia da altri ambiti, proprio per la assoluta necessità di un lavoro di équipe.

I motivi per cui questo non è un obiettivo sempre raggiungibile sono stati brevemente elencati nel paragrafo precedente.

L'infermiere ha un ruolo fondamentale nell'assistenza diretta al paziente:

- costituisce il 90% del personale delle ICU e si trova spesso a svolgere attività, sovrapponibili a quelle mediche.

Nelle aree intensive può esistere, per definizione, una certa sovrapposizione, perché gli interventi assistenziali possono richiedere tempestività e immediatezza, non differibili.

Chi lavora in reparti intensivi deve essere in grado di identificare il deterioramento delle condizioni del paziente ed intervenire rapidamente.

Terence English (1997) [5] descrive come gli infermieri abbiano iniziato a svolgere alcuni compiti che prima erano dei medici.

La sua esperienza con il team di trapianto cardiaco di Cambridge gli ha insegnato come sia importante per infermieri, medici ed altre figure professionali lavorare sempre uniti.

Ma gli ha fatto comprendere anche le difficoltà, infatti, egli avverte che se non c'è dialogo e fiducia tra i gruppi, uno o più di questi è probabile si senta minacciato dal fatto che gli infermieri suggeriscano ai medici come modificare i parametri ventilatori dei pazienti o i medici possano dire come mobilitare il paziente.

Una strada che si potrebbe percorrere per comprendersi è quella di un percorso formativo unitario, che porti ad una maggiore comprensione dei ruoli e ad una migliore comunicazione e condivisione delle decisioni.

In uno studio retrospettivo su 13 terapie intensive Knaus e altri del 1986 [6] evidenzia come dove esiste un buon clima di comunicazione e coinvolgi-

mento reciproco nelle scelte si riduca anche la mortalità dei pazienti.

Il National Committee for Joint Practice (NCJP) [8] identificò gli elementi essenziali per un buon clima collaborativo nelle ICU:

- integrazione dei dati del paziente, quale interscambio di informazioni medico/infermieristiche;
- incoraggiamento alle decisioni critiche degli infermieri;
- l'esistenza di un comitato congiunto per la collaborazione nella ICU;
- una revisione congiunta delle cure al paziente.

La collaborazione tra infermieri e medici è stata sostenuta specificamente per le ICU.

L'American Association of Critical Care Nurses (AACN) e la Society of Critical Care Medicine autorizzarono un gruppo di lavoro per identificare il principale elemento per la collaborazione nelle ICU.

Il NIH Consensus Conference on Critical Care raccomandò che le ICU fossero organizzate per «promuovere e richiedere che infermieri e medici lavorassero insieme come colleghi a tutti i livelli».

La Joint Commission on Accreditation of Hospitals ammise l'importanza della collaborazione nelle terapie intensive richiedendo che le ICU fossero guidate da una commissione multidisciplinare di infermieri e medici.[7]

Il teorico organizzativo Thompson,[7] fornisce una descrizione di tre tipi di interdipendenza fra le organizzazioni, ognuna più complessa della precedente, che coinvolgendo aspetti del tipo precedente ed ognuna richiedendo una coordinazione a complessità crescente.

La più complessa forma è l'interdipendenza reciproca, dove gli output di ogni lavoratore diventano input per altri in modo continuativo.

L'interdipendenza reciproca assomiglia strettamente alla collaborazione.

La stessa necessità esiste per la comunicazione, con la condivisione e la reciprocità fra i membri del gruppo di lavoro, i quali insieme cooperano.

La dipendenza reciproca assomiglia strettamente alla collaborazione:

- gli infermieri e medici lavorano insieme cooperando e condividendo la responsabilità per la risoluzione dei problemi, formulando ed attuando i piani di assistenza.[9]

Conclusioni

Nonostante si affermi ripetutamente l'importanza della collaborazione come aspetto fondamentale per il lavoro nelle Terapie intensive, non è facile dimostrare con sicurezza quali siano gli effetti sul paziente.

Il concetto di collaborazione è infatti complesso e gli esiti sono influenzati da numerose variabili (numero e qualifica del personale, tipologia dei pazienti etc.).

Lewis Thomas descrive l'infermiere di oggi, come la colla che mantiene

unito il sistema ospedaliero odierno, fortemente specializzato, anche se molto spesso frammentato.

La professione, e ancor di più i pazienti, traggono maggiori vantaggi da una collaborazione più stretta.

Fagin CM [10] affermò che la collaborazione tra infermieri e medici non è una alternativa, ma una necessità, se si ambisce ad una cura sanitaria responsabile.

Possiamo concludere dicendo che collaborare è il modo più positivo per raggiungere un obiettivo e per risolvere i conflitti interpersonali, che comunque si creano in seno ad un gruppo, c'è quindi anche bisogno di migliorare le qualità comunicative, riconoscendo e rispettando lo specifico apporto di ogni figura professionale all'interno dell'èquipe.

Questo è importante perché, se la collaborazione è un processo di individui o di istituzioni che lavorano insieme per la realizzazione di un obiettivo comune, implica una messa in discussione continua e critica delle capacità comunicative e relazionali di ognuno dei membri dell'èquipe.

Bibliografia

1. AIKEN L, SMITH HL, LAKE ET. *Lower Medicare Mortality Among a Set of Hospitals know for Good Nursing Care.* *Medical Care* 1994; 32: 771-778.
2. LANGHORNE P. *Asystematic review of specialist multidisciplinary team (stroke unit) care for stroke in patients.* The Cochrane Database of Systematic Reviews 1995, Issue 1.
3. RIDDLE M, CASTANIS JL, DUNSTAN JL. *A Rapid Recovery Program For Cardiac Surgery Patients.* *American Journal of Critical Care* 1996; 5: 152-159.
4. MIRANDA DR, RYAN DW, FIDLER V, SCHANFELI WB., *Organization and Management of Intensive Care: a prospective study in 12 European countries.* Springer-Verlag Berlin Heidelberg 1998.
5. ENGLISH T. *Personal Paper. Medicine in the 1990s needs a team approach.* *BMJ* 1997; 314:661-663.
6. KNAUS WA, DRAPER EA, ZIMMERMAN JE, WAGNER DP. *An evaluation of outcome from intensive care in major medical centers.* *Ann. Intern. Med.* 1986. 104:410-418.
7. TAYLOR JS. *Collaborative practice within the intensive care unit: a deconstruction.* *Intensive Critical Care Nurse* 1996; 12: 64-70.
8. BAGGS JG. *ICU use and nurse-physician collaboration* *Heart Lung* 1989; 18:332-338.
9. CASEY N, SMITH R. *Bringing nurses and doctors closer together (Greater cooperation will benefit patient).* *BMJ* 1997; 314:617-618.
10. KEOUGH V, HOLM K MARSHALL W, JENNRICH J. *A Collaborative program for advanced practice in Trauma/ Critical care nursing.* *Critical Care Nurse* 1996; 16:120-127.

DIBATTITO

Giovedì, 11 novembre 1999, pomeriggio

Prima domanda
Nome e Cognome *Danella*
Professione
Provenienza *118 Roma*

I lavori presentati in queste due giornate sono stati molto interessanti e stimolanti.

Secondo me però sarebbe auspicabile presentare lavori di ricerca su questi temi svolti in Italia e solo successivamente compararli con quelli fatti in altri paesi.

Risposta *Paola Di Giulio*

Li aspettiamo.
Se ci fossero li avremmo presentati.

Seconda domanda
Nome e cognome
Provenienza
Professione

Ho applaudito fortemente alla positiva provocazione che ha lanciato, perché questo pomeriggio sono andata esistenzialmente in crisi come infermiera e come dice la mia amica Adele Fedrigotti, che ha scritto il codice deontologico, non si può più andare in crisi di identità infermieristica a 50 anni.

Mi riallaccio alla domanda lasciata in sospeso da questa mattina e credo che alla fine della mattinata da alcuni interventi fatti sia uscita una domanda forte.

Come siamo messi oggi dentro una responsabilità che non credo noi infermieri al 100% abbiamo voluta?

Io no, io stavo bene con il mansionario, vivevo la mia identità di professione ausiliaria rispetto al mondo della medicina e il medico mi proteggeva, se sbagliavo rispondevo poco.

Oggi non è più così, e non so quanto ci sia effettivamente di consapevolezza dentro di noi che oggi non è più così.

Nella mia azienda abbiamo festeggiato con una grande tavola rotonda l'abolizione del mansionario, invitando Emma Carli, l'avvocato della nostra Federazione Nazionale ed un magistrato di Milano.

Quando il magistrato, verso fine mattinata, dopo le relazioni di Emma Carli e dell'avvocato, pose davanti a noi infermieri la nuda realtà in cui oggi operiamo, qualcuno dei nostri infermieri ha cominciato a dire che dal giorno dopo non avrebbe fatto più nulla. Chi risponde?

Per due milioni al mese si rischia la galera, si rischia di fronte ai contenziosi giuridici di cui il magistrato ci parlava come sempre più in aumento, perché oggi la coscienza della nostra popolazione è molto aumentata.

Il magistrato ci poneva dei problemi in cui deve decidere sui comportamenti infermieristici in termini di pena.

Ecco perché io ieri dicevo che l'accreditamento è una grande opportunità che noi oggi abbiamo, perché noi oggi abbiamo l'urgenza di definire da dove passano le nostre responsabilità.

E queste responsabilità nell'area critica credo siano enormi.

Io non lavoro in area critica, ma mi sono chiesta se chi ci lavora, affrontando ogni giorno l'emergenza, sa cosa vuol dire compiere un'azione senza un protocollo condiviso e definito.

Chi risponde?

Questa mattina ad esempio si parlava dei farmaci.

Ritorno al motivo della mia crisi.

Io drammaticamente ho visto passare ottime recensioni provenienti dall'America e dall'Europa.

Ma questi relatori che hanno preparato queste bellissime relazioni, nei loro contesti di lavoro come si muovono?

Terza domanda

Nome e Cognome *Cristiana Degli Innocenti*

Professione

Provenienza *Cardiochirurgia Siena*

Sono istruttore di BLS accreditato IRC ed insieme ad un gruppo di colleghi stiamo facendo l'accreditamento di tutto il personale infermieristico dell'azienda sul BLS basato sulle linee guida IRC.

Condivido in parte la posizione di chi ha fatto l'intervento precedente.

È vero che non abbiamo lavori che vengono dall'Italia per quanto riguarda la valutazione di ciò che facciamo nei nostri reparti, ma per quanto riguarda tecniche e metodi probabilmente non potevamo far riferimento a ciò che è nostro, che viene tra l'altro anche presentato ed insegnato?

Risposta Paola Di Giulio

Rispondo al primo ed al terzo intervento.

Il lavoro che abbiamo fatto è stato una revisione della letteratura che ha previsto l'utilizzo di alcune parole chiave e l'analisi della letteratura pubblicata su Medline, che contiene numerose riviste, tra cui anche riviste italiane.

Sono venuti fuori due lavori italiani, dei quali uno non è stato presentato oggi anche se è stato citato e un altro era compreso nelle citazioni.

Evidentemente ci sono delle regole del gioco, quando si fanno questi lavori.

Nessuno dice che in Italia non si produce ricerca, l'importante è però che questa ricerca venga prodotta e pubblicata su riviste che vengono incluse nelle banche dati internazionali.

Per le relazioni di oggi abbiamo seguito queste regole; se vengono scritte, pubblicate e diffuse esperienze italiane ben venga.

Credo che faccia parte anche dei programmi dell'ANIARTI dare una grossa spinta alla produzione di dati nostri.

In altri settori sia per l'ambito medico che per quello infermieristico l'Italia è all'avanguardia; ad esempio per la cardiologia l'Italia fa scuola.

Tra gli articoli più belli di sperimentazioni cliniche in cardiologia pubblicati su riviste straniere ci sono riviste di gruppi multidisciplinari italiani.

Ci sono strade da percorrere.

Certo che se, come l'anno scorso, si definiscono delle regole, è molto interessante proporre delle cose che proprio per il fatto di essere state pubblicate sono state sottoposte al vaglio di altri, altrimenti ritorniamo, senza nulla negare a quanto viene fatto perché è utile anche questo, a riproporre le proprie esperienze.

Questo però è un altro aspetto, sono aspetti complementari.

Abbiamo fatto riferimento a sperimentazioni cliniche e a studi descrittivi di grandi dimensioni proprio per dare delle evidenze su quanto è stato documentato.

Lo scotto che abbiamo pagato, purtroppo è inevitabile, è quello di avere un po' trascurato la nostra realtà italiana, ma è stato uno scotto abbastanza inevitabile.

Risposta A. Di Nuccio

Condivido pienamente quanto lei ha detto per quanto riguarda le difficoltà che ci troviamo a vivere.

Lei mi chiedeva come potevamo rapportarlo alla nostra vita lavorativa.

Sicuramente con molte difficoltà, non è facile riportare nella pratica quello che noi stiamo facendo.

Viviamo la nostra professione, tra mille difficoltà.

Operiamo sicuramente andando oltre quelle che possono essere le cose che possiamo o non possiamo fare per il bene del paziente, perché il tempo è

poco, perché sono cose non differibili e la prima cosa è comunque sempre la vita della persona.

Abbiamo molte responsabilità, il mansionario non c'è più e questo forse ci ha lasciato un po' destabilizzati.

Probabilmente alcuni lo rimpiangono, ma la maggioranza, come noi ad esempio che lavoriamo nelle aree critiche, lo hanno visto come naturale ed inevitabile eliminazione.

Sicuramente la strada che ci attende non è certo facile.

Per quanto mi riguarda il partecipare a questo tipo di lavori, con Di Giulio, ed insieme ad altri colleghi che hanno comunque esperienze lavorative diverse tra i vari servizi di altre strutture ospedaliere è stato stimolante e sono arricchita. Riguardo a quello che noi abbiamo appreso stiamo cercando di trasmetterlo ad altre realtà che probabilmente sono molto lontane da questo modo di pensare ed agire con il nursing basato sull'evidenza.

Quarta domanda

Nome e Cognome *Saccà*

Professione *Caposala*

Provenienza *Cardiologia - Reggio Calabria*

Come gruppo e come infermieri ci sono risorse destinate all'iniziativa di ricerca e in quali luoghi questi vengono fatti se non a livello personale individuale o dove c'è qualcuno, c'è qualche struttura dove c'è un luminare medico che ci lascia degli spazi?

E quali abitudini, quale aggiornamento abbiamo avuto per fare questo, visto che non non abbiamo della documentazione che risalti quello che facciamo?

Non abbiamo ancora una cartella clinica giuridicamente riconosciuta, un po' per contrasti nostri, forse di più per motivi legislativi.

Noi facciamo tantissimo, il nostro lavoro non è specifico, non ha risultati remunerativi ai fini dei DRG, siamo in un momento difficile, penso in positivo, penso che il mansionario da tanti anni praticamente per moltissimi colleghi era già superato, penso che gli infermieri sono professionisti che hanno tutte le carte in regola per fare ricerca, e la sessione odierna ne è la prova, io personalmente ne ho fatta collaborando con altri professionisti e vi assicuro che il mio coinvolgimento in quanto infermiere ha fruttato sicuramente esiti positivi.

Questo a dimostrare che noi infermieri siamo importanti a tutti i livelli decisionali in ambito sanitario, proprio perché probabilmente più degli altri siamo a fianco dei pazienti e quindi ne conosciamo i loro bisogni e le loro aspettative.

Quinta domanda

Nome e Cognome

Professione

Provenienza

Più che una domanda è una riflessione.

Io penso che il mansionario è stata sempre una gabbia, dove gli infermieri si sentivano rinchiusi, perché siamo consapevoli rispetto a quello che rischiamo.

Io potrei sentirmi tranquilla rispetto al mio futuro, perché ho la galera garantita a vita per tutte le volte che ho defibrillato in maniera autonoma, però non ho mai subito nessun tipo di denuncia, perché io ero da sola ed il medico al suo posto non c'era, quindi questo fondamentalmente è un problema, l'interdisciplinarietà, il lavorare insieme vuol dire che tutte e due le professioni devono essere lì.

Allora non ci sono conflitti di parte : io non scivolo in quello che non è mio e l'altra persona non scivola invece in quello che mi compete, l'essere pronta, preparata, attiva, vigile, sempre lì.

Sesta domanda

Nome e Cognome *Giuseppe Bianchi*

Professione *Caposala*

Provenienza *Rianimazione ASL n° 1 Ospedale «Loreto Mare» Napoli*

Condivido in minima parte quanto ha riferito la prima collega circa l'abrogazione del mansionario, tutte le preoccupazioni che vengono da questo.

Ma questo sicuramente non ci deve fermare, perché stiamo crescendo, ma in senso positivo perché vediamo il coinvolgimento di tantissimi colleghi, la presenza di 1500 persone e il sacrificio della revisione della letteratura internazionale, quello che è scaturito da un paio di anni a questa parte circa il lavoro fatto dall'ANIARTI con la sua ricaduta positiva nelle strutture di appartenenza, parlo ad esempio della mia, ma sono sicuro che tutti i colleghi dell'ANIARTI portano la positività di quanto scritto, letto e poi detto qui.

Non condivido per niente quel mantello di cui parlava la collega circa la protezione del medico, probabilmente la collega è lontana dalle corsie, dalle terapie intensive.

Venga a vedere nei reparti cosa fanno gli infermieri e poi magari potrà dire la sua.

Io invece dico personalmente, ma penso di esprimere poi il pensiero di molti dalla sensazione che si avverte qui dentro da qualche anno a questa parte, che tutte le notizie, che tutte le informazioni, tutti i lavori fatti hanno avuto una ricaduta positiva all'interno delle proprie strutture e parlo della mia e posso dire di tutta la Campania, vi dico ad esempio per quanto riguarda la Nutrizione Enterale è cambiata da due anni a questa parte da quando l'ANIARTI ci ha fatto vedere le cose come stanno.

Perché prima ognuno pensava di essere un eroe all'interno della propria struttura ma eravamo degli emeriti ignoranti in materia.

L'evidenza scientifica che noi infermieri abbiamo dimostrato ha fatto cambiare il modo di gestire la nutrizione enterale.

Ecco perché la collega non può fare certe affermazioni.

Settima domanda
Nome e cognome
Professione
Provenienza *Monza*

Noi abbiamo partecipato a quella tavola rotonda con il magistrato, e penso che la collega di prima sia stata provocatoria.

Tutti siamo d'accordo sull'abolizione del mansionario, però il magistrato è stato chiaro, ha detto: quando io devo decidere un caso io pongo l'infermiere ed il medico sullo stesso piano, per cui cosa devo fare, potrei dare il 50% di colpe al medico ed il 50% di colpe all'infermiere perché rischiano uguale.

Per questo vi consiglio di lavorare su linee guida e protocolli condivisi da tutti e firmati da tutti.

Io non incriminerò mai chi ha agito anche da solo su un arresto cardio-circolatorio o una fibrillazione ventricolare se è stato supportato da una conoscenza oltre che dell'apparecchiatura anche delle manovre rianimatorie, e non affidate al caso. Questo ha detto il magistrato.

Per cui l'accreditamento è un qualcosa non di importante, ma di importantissimo, perché le linee guida ed i protocolli rappresentano un atto indispensabile per l'accreditamento e dato che tutte le strutture sanitarie si dovranno comunque adeguare al decreto, bisogna lavorare oggi per arrivare ad avere una tutela dal punto di vista di un atto penale a cui potremmo andare incontro in queste situazioni.

Ottava domanda
Nome e cognome
Professione
Provenienza

Faccio solo una precisazione, il mio intervento voleva essere molto provocatorio, perché ho detto che noi nella nostra azienda abbiamo fatto una festa dopo l'abrogazione del mansionario ed io sono quella che l'ha organizzata.

Ho sempre lavorato nell'emergenza più totale, vita e morte nei villaggi andini del sud America, e solo da poco lavoro e non per mia scelta nel gruppo NOC, per il controllo dei costi e come gruppo accreditamento, per andare a valutare se pagare quel determinato DRG o accreditare quel determinato servizio

Risposta A. Silvestro

Vi ricordo che domani mattina tratteremo in maniera più specifica questi argomenti e nella sessione speciale verranno trattate anche le norme extra mansionariali che comunque rimangono come normativa, nonostante l'abrogazione del mansionario e la definizione della nostra come professione sanitaria.

Vorrei ricordare un'altra cosa secondo me importante che non ho sentito: il sistema informativo.

Su tutta questa partita, linee guida, protocolli, percorsi di orientamento al comportamento professionale, una cosa rimane fondamentale: il documentare quello che viene fatto e sulla base di quale definizione di priorità e su quale evidenza scientifica, o comunque di decisione del professionista.

Questa è una cosa fondamentale ed importante, quindi dobbiamo cercare di andare anche non solo nell'approfondimento di quello che è stato presentato oggi e che trovò molto consenso in quello che ha detto G. Bianchi nel suo intervento.

Dobbiamo cercare di documentare quello che facciamo, quindi cartelle infermieristiche, possibilmente cartelle integrate, medico-infermieristiche-riabilitative etc., quindi la cartella del paziente, dove si va a documentare una serie di scelte, di motivazioni all'intervento e del perché un'altra professionalità non è intervenuta e questo è un elemento fortissimo, soprattutto nel malaugurato caso che si dovesse andare a definire in sede giuridica gli esiti di un comportamento professionale.

E da questo punto di vista, porto una piccolissima esperienza della mia azienda, azienda USL con ospedale e territorio, che si è messa in relazione con l'azienda ospedale autonoma per la continuità delle cure.

Abbiamo predisposto degli strumenti informativi per la continuità delle cure, abbiamo preteso come infermieri che i nostri interventi vengano resi formalmente certi, quindi la scheda di valutazione infermieristica dei bisogni di assistenza per la continuità delle cure è stata inserita con deliberazione della direzione generale delle due aziende come parte integrante della cartella clinica.

Quindi diventa documento probatorio delle modalità di lavoro degli infermieri e dei medici.

Nona domanda

Nome e Cognome *Pasquale Cipriani*

Professione

Provenienza *Provincia di Caserta*

Sono state due sessioni molto intense e bellissime.

Io però sono rimasto ancora un po' indietro e volevo porre un quesito a tutti e alla presidenza.

Con l'abolizione del nostro mansionario il Ministero della Sanità si era riservato di emettere un regolamento che a tutt'ora non ha ancora emesso e io mi riallaccio al fatto legale.

Spesso ci troviamo proprio di fronte a questa difficoltà, cioè a non potere esprimere la nostra professionalità, spesso ci troviamo a fare delle cose probabilmente di non nostra competenza, solo perché il medico ci dice di farle e noi eseguiamo perché ci rendiamo conto che quella manovra o prestazione non la farebbe nessuno, a discapito delle cure o del soddisfacimento dei bisogni del paziente.

Io resto convinto che un regolamento ci aiuterebbe in molti casi a diversificare le due professionalità.

Risposta *P. Di Giulio*

In merito a questo vorrei fare una precisazione.

Quando siamo arrivati all'abrogazione del mansionario, cosa che chiedevamo da tanto tempo, abbiamo lavorato contemporaneamente su due tavoli, quello ministeriale e quello governativo.

Con l'approvazione della legge 42/99, è stato abrogato il mansionario, quindi non c'è più bisogno di nessun tipo di regolamento.

Con l'approvazione della legge 42, l'altro tavolo è caduto, si è conclusa la discussione, quella bozza di regolamento che era in predisposizione non ha motivo di essere in quanto la legge 42 dichiara che l'operato dell'infermiere fa riferimento al profilo professionale, alla formazione professionale ed al codice deontologico.

Sono questi i tre elementi che regolano il campo di intervento degli infermieri.

Evidentemente il fatto di aver lavorato entro e con determinati vincoli e alcune situazioni organizzative possono rendere al momento un po' complesso definire chi fa che cosa.

Ma credo sia molto importante avere chiare alcune cose.

Ci sono degli interventi che si possono definire atti infermieristici, ci sono altri interventi che anche se non vengono definiti propriamente come atti infermieristici, possono comunque essere svolti dall'infermiere.

Ed è proprio su queste aree di confine che è molto importante lavorare, definendo linee guida concordate, perché se io ho le competenze sono in grado di farlo, e bisogna farlo perché come si diceva prima, il magistrato parla di 50% di responsabilità per l'infermiere e 50% di responsabilità per il medico.

La competenza mi viene data dai tre elementi che citavo prima e quelle aree di confine sono da definire con gli altri professionisti.

Cerchiamo di lavorare su pratiche assistenziali e modelli organizzativi che siano di dimostrata efficacia per il paziente.

La legge 42 dice che siamo una professione sanitaria, ha abolito il termine ausiliaria e non c'è nessun professionista che deve lavorare con mansionario e con regolamenti.

È questo un momento di transizione e quindi si possono creare delle incomprensioni e momenti di incertezza, ma ci sono gli strumenti che ci possono aiutare, impariamo ad utilizzarli e a crescere insieme.

Vorrei ringraziare i colleghi che hanno duramente lavorato per preparare i lavori presentati nella sessione odierna.

Ci hanno offerto una panoramica generale di quelli che sono i dubbi, e ce ne sono ancora tanti vedete, quindi anche i medici lavorano con i dubbi e prendono delle decisioni su situazioni di incertezza rispetto ad esempio alla RCP.

Rispondo poi al collega che chiedeva sui fondi da dare alla ricerca infermieristica.

Esiste un gruppo di infermieri che si occupa di lesioni da decubito.

Questi infermieri si sono messi insieme, hanno iniziato a rivedere la letteratura, hanno fatto indagini descrittive, poi sperimentali ed hanno trovato attraverso delle aziende fondi per la ricerca.

Non esiste più una preclusione come esisteva tanti anni fa nei confronti degli infermieri.

Dove si trovano competenza e dove si trova un'organizzazione minima in grado di portare avanti dei progetti è relativamente facile trovare anche dei finanziamenti.

È vero che esistono delle leggi che dicono che il responsabile della ricerca deve essere un laureato ma anche queste preclusioni stanno via via cadendo; sta venendo sempre più fuori la competenza e non l'etichetta.

È una strada lunga e lenta, la cominciamo un po' alla volta, siamo quasi nel 2000 e direi che, anche se è difficile vedere i cambiamenti, soprattutto quando questi cambiamenti si verificano lentamente nel quotidiano, se ci guardiamo indietro la strada fatta è veramente tanta.

XVIII CONGRESSO NAZIONALE ANIARTI

**ACCREDITAMENTO E CERTIFICAZIONE
IN AREA CRITICA**

12 novembre 1999 - Mattina

OBIETTIVO

- 5) Definire e dibattere sulla relazione esistente tra certificazione, competenza e accreditamento del professionista infermiere, tenendo conto:
- della Legge Delega n. 419/98 e Decreto Legislativo per la 3ª riforma del Servizio Sanitario Nazionale (D.L.gvo n. 229/99);
 - del CCNL 1998-2001, contratto di lavoro del comparto della sanità;
 - della formazione permanente-aggiornamento.

Moderatore: *Annalisa Silvestro*

TAVOLA ROTONDA

Partecipano

- Direttore «Scenario» Organo Ufficiale ANIARTI:
Monica Casati
- Rappresentante politico:
Marinella D'Innocenzo
- Vicepresidente ANIARTI:
Annalisa Silvestro
- Infermiera Insegnante dirigente:
Adriana Dalponte
- Infermiera dirigente:
Angela Brandi

DIBATTITO

Saluti

Elio Drigo

Presidente ANIARTI

LA CERTIFICAZIONE PROFESSIONALE

I.I.D. M. CASATI ⁽¹⁾, I.I.D. S. GUALTIERI ⁽²⁾, D.D.S.I. S. SEBASTIANI ⁽³⁾

⁽¹⁾ Direttore «Scenario» Organo Ufficiale ANIARTI - Sezione Corso DUI Bergamo, Università degli Studi di Milano

⁽²⁾ Dipartimento Emergenza Reggio Emilia

⁽³⁾ Servizio di Anestesia e Rianimazione pediatrica - Policlinico S. Orsola Malpighi - Bologna

Si può considerare l'accreditamento professionale infermieristico come un processo influenzato da tre aspetti fondamentali:

- 1) dimensione sociale, culturale e politica del paese in cui il processo si sviluppa;
- 2) filosofia, logica e struttura del servizio sanitario del paese;
- 3) cultura professionale espressa dagli infermieri.

Assumono particolare importanza, tra i fattori caratterizzanti i processi di accreditamento:

- 1) il finanziamento dei livelli di assistenza (il tipo di finanziamento, sia esso pubblico, privato, misto);
- 2) l'autonomia decisionale degli utenti;
- 3) il riconoscimento dell'autonomia stessa all'interno dei singoli paesi;
- 4) gli investimenti in risorse umane e nella ricerca.

Il Consiglio dell'Unione Europea attraverso la Raccomandazione UE (97) 17, da poco tempo considerata dal nostro paese, propone delle indicazioni per definire dei meccanismi di programmazione e verifica dei livelli di erogazione delle prestazioni sanitarie.

Questo documento, partendo dalla considerazione che il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria è una materia relativamente nuova e non completamente sviluppata, propone delle indicazioni sugli elementi importanti per lo sviluppo, tra cui compaiono:

- 1) l'eccellenza professionale e l'uso efficiente delle risorse;
- 2) i buoni risultati assistenziali;
- 3) il ruolo degli operatori;
- 4) l'*empowerment* dei pazienti;
- 5) la maggiore affidabilità delle professioni e delle organizzazioni sanitarie.

L'eccellenza professionale è inserita, anzi costituisce una chiave di volta, nel processo destinato al miglioramento delle cure.

Il processo di valutazione, con un carattere strutturale e sistematico, deve

essere parte integrante e permanente del lavoro quotidiano di tutte le professioni coinvolte nelle attività sanitarie.

La raccomandazione indica che l'esperienza dimostra come la qualità dell'assistenza si promuova meglio rinforzando le opportunità degli operatori sanitari all'auto-valutazione e all'auto-regolamentazione, piuttosto che imponendo loro misure punitive di controllo.

Evoluzione

Nella Carta di Riccione, Basaglia descrive l'accreditamento professionale come un *enzima* per l'aumento della qualità delle prestazioni sanitarie.

Questo *enzima* è stato ideato nei primi anni del 1900 per l'esigenza di esercitare una forma di controllo non coercitiva sugli ospedali, per assicurare un giusto riconoscimento professionale e per dirigersi verso un diffuso miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria.

Esso viene studiato negli USA già nel 1912 da alcuni chirurghi dell'*American College of Surgeon*) che iniziano ad interrogarsi sull'argomento; solo nel 1917 vengono definiti i primi *standard* minimi.

Nel 1952 nasce la *Joint Commission of Accreditation Hospitals* [JCAHO], un organismo di natura volontaria senza scopo di lucro e non governativo che ha l'obiettivo di creare ed aggiornare gli *standard* e di condurre attività di accreditamento.

Nel 1958, in Canada, viene costituita una commissione che riceve dal governo l'autorizzazione all'accreditamento di organizzazioni ospedaliere.

Nel 1960 in Australia alcune associazioni professionali danno origine ad un'organizzazione non governativa che dal 1974 ha un'operatività effettiva. Questo evento ha promosso in Australia il dibattito sull'argomento.

Nel 1979, per iniziativa di alcuni professionisti, nei Paesi Bassi nasce, il CDO (Istituto per la qualità dell'assistenza sanitaria) un consorzio costituito dalle associazioni professionali, da rappresentanti delle assicurazioni pubbliche e private e del governo, con l'obiettivo del miglioramento continuo della qualità. È questo l'inizio della diffusione del nostro *enzima* nel vecchio continente.

In Gran Bretagna, infatti, nel 1989 nasce il *King's Fund Centre*. Esso propone la sperimentazione di un *audit* organizzativo, con adesione volontaria, per valutare le attività assistenziali e i risultati dell'assistenza sanitaria con l'obiettivo di promuovere l'autovalutazione interna dei servizi sanitari stessi, fornendo un supporto e uno *status* di accreditamento.

È interessante rilevare che, in questo processo, veniva dato un forte peso al consenso dei professionisti per accreditare le strutture. Questo sviluppo è originato dalla necessità di promuovere la crescita delle organizzazioni ma, nel tempo, ha assunto nuovi significati per il bisogno, sentito dai governi, di avere maggiori informazioni e garanzie, sulla qualità dell'assistenza.

In questo paese oggi esistono una pluralità di organismi che offrono sistemi di accreditamento professionale ed ognuno di essi ha una sua importanza, un suo

status; ogni singolo «accreditamento» assume quindi una rilevanza diversa relativamente allo status dell'organismo certificante.

L'associazione americana degli infermieri dell'emergenza [ENA-Emergency Nurses Association] si è posta delle domande sulla *certificazione* (nella nostra accezione di accreditamento professionale) alle quali ha dato delle risposte interessanti.

Si riportano brevemente quelle ritenute più significative.

• *Cosa significa certificazione?*

- 1) dimostrare il più elevato livello nella pianificazione, valutazione, insegnamento e collaborazione;
- 2) avere un'elevata autostima;
- 3) impegnarsi per lo sviluppo personale e proseguire nella crescita professionale.

• *Cosa significa certificazione per i clienti, le istituzioni e la professione?*

Essa significa:

- 1) per i clienti: validazione di conoscenze più avanzate di quelle di base.
- 2) per le istituzioni: garanzia della professionalità degli operatori per la qualità delle cure e per dimostrare di avere uno staff qualificato.
- 3) per la professione: dimostrazione della professionalità e dell'apprendimento.

Nei diversi documenti vi è consenso su alcuni punti centrali; si sostiene che se l'obiettivo che si vuole raggiungere è veramente quello di migliorare la qualità delle cure (nel senso di efficacia ed appropriatezza), allora l'accreditamento professionale non può essere altro che condotto e realizzato con la *revisione tra pari*, attraverso un processo di tipo *volontario* e non coercitivo.

Esso, inoltre, non dovrebbe puntare ai livelli minimi di prestazione ma all'*eccellenza*, poiché la qualità dell'assistenza è fortemente influenzata dalla competenza dei professionisti.

Da più parti si pone l'accento sul fatto che l'accreditamento professionale aumenta le *possibilità di lavoro* e di spendibilità della professionalità e, non ultimo, aumenta le possibilità di *progressione economica* degli infermieri certificati.

Altri elementi indispensabili sono la coesione e la coerenza interna tra i diversi elementi dei diversi sistemi di accreditamento, siano essi professionali o istituzionali; viene comunque ribadito come quello istituzionale dovrebbe avere una caratteristica di autorizzazione all'esercizio e dovrebbe essere pressoché obbligatorio, mentre quello professionale volontario e all'*eccellenza*.

Risulta rilevante, quindi, la regolamentazione di tutto il processo di accreditamento professionale, nel più generale processo di accreditamento delle strutture.

Bibliografia

1. CASATI M., *Accreditamento della libera professione*, relazione presentata al corso di aggiornamento «Libera professione: prospettive per l'infermiere» organizzato dal Collegio IPASVI di Bergamo, 25 novembre 1997.
2. CERIANI G., *La qualità nei servizi sanitari*, relazione tenuta alla giornata di studio «Certificazione ISO 9000 e accreditamento quali ricadute sulla professione infermieristica?», Collegio IPASVI di Bergamo, 29 settembre 1999.
3. CHEMIN C., *Accréditation conseils et mode d'emploi*, Soins, 1998; (631): 49-52.
4. COLOMBO N., ORLANDI C., *Accreditamento e certificazione*, relazione tenuta alla omonima giornata di studio organizzata dal Collegio IPASVI di Bergamo, 17 febbraio 1999.
5. DI GIULIO P., *Significato e caratteristiche dell'accreditamento professionale*, relazione tenuta alla giornata di studio «Certificazione ISO 9000 e accreditamento quali ricadute sulla professione infermieristica?», Collegio IPASVI di Bergamo, 29 settembre 1999.
6. FAWCETT-HENESEY A., *Qualità e accreditamento*, Foglio Notizie, 1998; (2): 69-70.
7. FIAMMINGHI M., *Accreditamento professionale*. *L'infermiere Dirigente*, 1998; 4 (3): 12-8.
8. FIAMMINGHI M., *Certificazione/Accreditamento*, Atti del corso di aggiornamento «Progetto obiettivo organizzazione» organizzato dalla Federazione Nazionale Collegi IPASVI, 1998.
9. FIAMMINGHI M., *La qualità, l'accreditamento, le competenze*, Atti del XVII Congresso nazionale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI, Rimini ottobre 1999.
10. FILIPPI M., *Accreditamento professionale*, *L'infermiere dirigente*, 1998; 4 (3): 3-5.
11. GIEBING H., *Presentazione di esperienze di eccellenza in campo europeo*, Atti del XVIII convegno interprovinciale Reggio Emilia, 1999.
12. MALINVERNO G., *Accreditamento professionale*. *L'infermiere dirigente*, 1998; 4 (3): 5-6.
13. Raccomandazione n. (97)17 del Consiglio d'Europa *Il «sistema qualità» nell'assistenza sanitaria europea*, *Il Sole 24 ore Sanità*, 21-27 settembre 1999.
14. RED ML, ALEXANDER JW., *Does certification mean better performance?*, *Nursing Management*, 1997; 28 (2): 45-50.
15. RICCI E., *La garanzia della qualità. Accreditamento e certificazione*, *AQ news*, 1998; (3): 13-6.
16. SACCANI C., *Qualità e Certificazione*, McGraw-Hill, Milano 1990.
17. SETTI BASSANINI M., *Accreditamento e certificazione*, *Prospettive sociali e sanitarie*, 1998; (15): 8-12.
18. SIVERTSEN B., *Linee guida per la pratica*. *Foglio Notizie*, 1998; (2): 66-9.

RIFORMA SANITARIA E ACCREDITAMENTO PROFESSIONALE

M. D'INNOCENZO

Consigliere del Sottosegretario alla Sanità - Dirigente Servizio infermieristico Azienda USL Roma B

La Riforma Sanitaria ha il merito di aver posto particolare attenzione al miglioramento del SSN, cercando di riportare certe regole dentro il SSN e di riproporre i criteri di equità/solidarietà ed efficienza/appropriatezza.

Il Parlamento ha affidato al Governo la delega per la Riforma dell'organizzazione, intesa come produzione ed erogazione, dell'assistenza sanitaria con l'intento di rivederne alcuni punti considerati critici dai cittadini e di intervenire su alcune storture determinate dalla 502/92 e 517/93, tra cui la forte contraddizione fra le risorse disponibili e i bisogni dei cittadini.

In realtà, la definizione che si è dovuta affrontare riguarda la definizione molto generica dei livelli uniformi di assistenza per la quale si era innescato, con la competizione pubblico-privato e quella tra erogatori e produttori delle prestazioni, un mercato di fatto sregolato. In alcuni casi vi è stato un incremento delle prestazioni non necessarie ai cittadini e non appropriate, sollecitate da un'induzione della domanda sanitaria.

Questo meccanismo ha di fatto disarticolato il sistema e prodotto un incremento enorme della spesa sanitaria a fronte di un bisogno complessivo su tutto il territorio nazionale non soddisfatto pienamente.

Con la 229/99 viene affermato il principio della contestualità tra identificazione dei livelli uniformi e determinazione del fabbisogni finanziario.

La legge 133 (art. 10) ha dato mandato al Governo di rivedere la forma di finanziamento (che oggi avviene su una parte cospicua, con l'IRAP, circa il 90% del gettito locale, più la parte riferita al FSN), tenendo conto del Dpf.

Da questo punto di vista il Federalismo Fiscale darà indicazione sul fabbisogno complessivo finanziario per quanto riguarda la copertura del SSN.

Ciò non è di poco conto.

Prima esisteva la contraddizione tra la definizione delle risorse disponibili e la soddisfazione successiva dei bisogni. Oggi, la contestualità garantisce la possibilità di identificare quali sono le prestazioni necessarie, dal punto di vista dell'evidenza scientifica, appropriate, e di definire anche quelle che non lo sono.

Entrando brevemente nel merito della Riforma Sanitaria:

- sono previsti 26 decreti normativi, oltre la metà dei quali si riferiscono a queste tre aree (aree socio-sanitarie, della disciplina delle relative figure, l'istituzione dei Fondi integrativi);

- si prevede la definizione del processo di selezione dei soggetti erogatori che sono quelli che per conto e a carico del SSN attraverso il meccanismo delle autorizzazioni e dell'accreditamento e degli accordi contrattuali possono erogare le prestazioni per norme e per conto del SSN;
 - si ripropongono le funzioni del SSN, dal rapporto Stato-Regioni per quanto riguarda il SSN come sistema delle funzioni e dei servizi propri dei servizi sanitari regionali; quindi un rafforzamento del ruolo di indirizzo e di coordinamento, cioè di programmazione centrale delegata alla programmazione regionale;
 - si ripropone il Piano Sanitario come strumento di armonizzazione e raccordo di tutto questo nelle politiche regionali per la salute e l'assistenza sanitaria;
 - si propone l'evidenza scientifica e l'appropriatezza quali elementi per rendere i cittadini più consapevoli del diritto, previsto dall'articolo 32 della Costituzione, di ricevere prestazioni sanitarie di qualità ed appropriate;
 - si ripropone il ruolo dei Comuni di verifica e di contribuzione alla programmazione politica locale;
 - si rafforza, per quanto riguarda l'autonomia e la responsabilità delle Aziende Sanitarie, il carattere pubblico delle stesse (riconosciute come ente pubblico) e al tempo stesso si rafforzano alcuni aspetti di flessibilità legati ad un maggiore snellimento burocratico e all'autonomia imprenditoriale tipici del sistema privatistico; tutto ciò si richiama al principio della responsabilità della dirigenza prevista dal Decreto Legislativo 29/93, che viene ricondotto dentro le strutture sanitarie in quanto demanda molto ai responsabili di unità operativa e delle strutture sanitarie, determinando una sorta di sinergia fra Decreto Legislativo 29/93 e *Riforma-ter*;
 - si definiscono i requisiti degli ospedali da costituire in Aziende Ospedaliere rompendo il fronte fra soggetto erogatore-produttore delle prestazioni, restringendo molto i criteri e le tipologie delle Aziende Ospedaliere;
 - viene istituito il Collegio sindacale;
 - viene prevista la remunerazione delle prestazioni «a doppio binario», consentendo da un lato il finanziamento su prestazioni per ricovero ospedaliero (DRG) e dall'altro il finanziamento per funzione assistenziale, cioè a costi predefiniti per programmi assistenziali stabiliti dalla Regione (su prevenzione, malattie rare, trapianti, emergenza, integrazione fra assistenza sanitaria ospedaliera e territoriale), fuorviando qualsiasi speculazione sui DRG più remunerativi in modo che anche la prestazione, come ad esempio quella psichiatrica, possa essere valutata come funzione assistenziale di questo SSN che offre prestazioni di qualità, ma anche di peso uguale in tutti i servizi sanitari e strutture;
 - viene affrontato il problema della dirigenza sanitaria creando un ruolo unico per i profili e la definizione di un rapporto esclusivo obbligatorio dal 2000 per tutti i medici e per i medici che nel 1998 svolgevano funzioni di dirigenza di unità operative complesse; per dirigere unità operative, Dipartimenti e/o servizi/strutture sanitarie devono fare l'opzione. Viene garantita alla Dirigenza la partecipazione alle attività dell'Azienda attraverso il Dipartimento e il Collegio di Direzione;
 - viene data importanza al Dipartimento di Prevenzione e al distretto sa-

nitario di base, che diventa un'articolazione importante della ASL dotato di autonomia organizzativa.

Uno degli aspetti innovativi della 229/99 è sicuramente quello dell'accREDITAMENTO, superando l'art.8 del decreto legislativo 502/92 sull'accREDITAMENTO e il DPR 14 gennaio 1997 sull'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie.

L'art. 8 del decreto legislativo 502/92 stabiliva, infatti, due criteri e standards per l'accREDITAMENTO:

- * a) requisiti minimi per l'autorizzazione ad erogare le prestazioni sanitarie;
- b) forma dell'accREDITAMENTO per poter accedere di finanziamenti previsti dal SSN.

Ciò significava e significa che per erogare prestazioni sanitarie per nome e per conto del SSN bisogna essere autorizzati e sottostare ad un procedimento di accREDITAMENTO istituzionale.

Nel DPR 14 gennaio 1997 venivano stabiliti i requisiti minimi strutturali e tecnologici (art. 2, comma 5 e 7) e si cominciava ad entrare nel merito di quelle che erano le condizioni, i requisiti di conformità che dovevano avere le strutture per potersi «accostare» ai bisogni dei cittadini.

La 229/99, attraverso le quattro «A» del SSN, prevede la distinzione fra la funzione di programmazione e produzione delle prestazioni attraverso il processo di selezione degli erogatori.

Ciò significa che vi è la condizione di pari opportunità per i soggetti pubblici, privati, no-profit che nell'ambito del SSN devono erogare prestazioni ai cittadini.

La legge di riforma, identifica da un lato le prestazioni ritenute essenziali, quindi, appropriate e dotate di criteri di evidenza scientifica e necessarie per soddisfare i bisogni di salute dei cittadini, dall'altro, con un elenco, individua quelle prestazioni non ritenute necessarie e appropriate per i cittadini, specificando anche tutte le prestazioni che possono essere oggetto di fondo integrativo, cioè di contribuzione integrativa da parte dell'utente per quanto riguarda la possibilità di accedervi.

Tra queste prestazioni, rientrano quelle estetiche, odontoiatriche, cure termali, ecc., in cui soggetti pubblici e privati, ma anche diversi soggetti, in forme associative, possono entrare nel merito della garanzia per quanto riguarda la possibilità di rendere integrate le prestazioni ritenute essenziali.

Quindi, affianco all'identificazione dei LEA, esiste un sistema che nelle quattro «A» afferma:

- autorizzazione alla realizzazione delle strutture sanitarie – nel senso che oggi per costruire una struttura sanitaria non è sufficiente avere i requisiti (strutturali e tecnici), ma è necessario che questa sia dentro una programmazione anche dal punto di vista urbanistico ed edilizio previsto dal Comune e dalla Regione;
- accessibilità – in termini di fruibilità complessiva del servizio;
- autorizzazione al funzionamento (peraltro già presente) della struttura sanitaria;

- accordo contrattuale fra Aziende Sanitarie e Regione per la predisposizione delle condizioni sui volumi di attività, la quantità erogabile di prestazioni sulla base del Piano Sanitario Nazionale e del Piano Sanitario Regionale.

Quando all'art. 8-*quiquies* si dice che «... l'accreditamento istituzionale è rilasciato (art. 8, 229/99) dalla Regione previa verifica dei requisiti "ulteriori" di qualificazione e della funzionalità della struttura e dei professionisti...», è chiaro intento del legislatore di individuare nel termine di requisiti «ulteriori», tutti quei requisiti che si riferiscono alla qualità e ai percorsi di miglioramento e alle possibili condizioni perché la qualità delle prestazioni in termini non solo di struttura, ma soprattutto di esito e di processo, vengano garantite.

Per quanto riguarda «la qualificazione e la funzionalità della struttura e dei professionisti», viene demandato tutto all'atto di indirizzo e di coordinamento del Ministero, che tramite un'apposita Commissione Nazionale per l'Accreditamento, dovrà dare indicazione sui criteri per stabilire i requisiti per l'accreditamento del personale, per l'organizzazione, per la dotazione tecnologica allo scopo di realizzare un'effettiva uguaglianza fra strutture pubbliche e private e garantire un'equità per quanto riguarda le tariffe anche attraverso la formula degli accordi contrattuali.

La presenza di programmi di MCQ e VRQ in cui è garantita la partecipazione di tutto il personale, prevede di definire i requisiti per la certificazione del suddetto personale.

Bisognerà, inoltre, trovare forme di partecipazione dei fruitori alla valutazione della funzionalità e all'accessibilità dei servizi. In questo senso, determinante sarà l'utilizzo della Carta dei Servizi per la qualità dei servizi sanitari aziendali attraverso la reale accessibilità e appropriatezza degli stessi e il ruolo attivo dei cittadini.

Relativamente a «... la valutazione dei volumi di attività e dei risultati finali raggiunti in termini sia clinico-assistenziali che di gradimento», sottolinea l'importanza della valutazione per quanto riguarda il processo e gli esiti e l'importanza che assumono i L.E.A., le linee guida, i criteri per l'accreditamento. Questi tre elementi di snodo della Riforma-ter che coinvolgono tutti gli operatori, avranno il merito di influire sui comportamenti professionali e di migliorare i risultati prodotti dalle prestazioni sanitarie erogabili in termini di salute.

La Commissione Nazionale per l'Accreditamento (CNA) avrà quindi la responsabilità di creare le condizioni per l'accreditamento. L'accreditamento sarà trasversale a tutte le aziende, non sarà più solo un passaggio autorizzativo istituzionale per quanto riguarda gli erogatori privati accreditati e no-profit, ma sarà dato alle strutture pubbliche (aziende sanitarie, aziende ospedaliere) a quelle private (nella doppia possibilità: per il finanziamento e la qualità delle prestazioni) che rispondono a requisiti ulteriori di qualità. La CNA stabilirà i requisiti individuando una sorta di Albo dei fornitori del SSN con cui le regioni e le aziende sanitarie definiscono gli accordi contrattuali (art.8-*quater*, comma 4, lettera O - Accreditamento Professionale).

Un punto di caduta del Decreto 229, per quanto riguarda la CNA, è quello

legato al contributo che gli verrà dato dalla Federazione Ordini Professionali (in maniera specifica quella dei medici). Su questo bisognerà trovare soluzioni, in modo particolare la Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, i Collegi stessi e le Associazioni a livello Nazionale e Regionale, dovranno fare scelte forti sulla necessità di iniziare percorsi per l'accreditamento professionale infermieristico attraverso *società scientifiche*. L'accreditamento è una sfida per la qualità del SSN e per i professionisti che a partire dalla legge 42 nell'ambito dell'autonomia e della propria competenza, sono in grado di erogare prestazioni di qualità e se ne assumono la responsabilità, certificando le competenze che hanno per poter attuare una buona pratica clinica.

Quindi, tutto il percorso dell'accreditamento fa da *trade union* con la Formazione Continua, come elemento nodale della qualità.

Per la prima volta si dice di *quale e che tipo* di formazione hanno bisogno i professionisti sanitari. A tal proposito vi sono più testi che rendono compatibile questo aspetto con la 229: la legge 42 (formazione post-base), il CNLL (art.26), il Gruppo di Lavoro del Ministero della Sanità (formazione permanente), l'attività del gruppo Conferenza Stato-Regioni.

Altro elemento importante è quello che Commissione Nazionale per la Formazione individua gli Ospedali di Formazione. Il CNLL prevede elementi di penalizzazione anche economici per i professionisti che non si sottopongono a formazione. Per le strutture private no-profit e accreditate, l'adempimento da parte del personale di percorsi di formazione continua e crediti formativi, costituiscono requisiti essenziali per ottenere e mantenere l'accreditamento.

La qualità della formazione per i professionisti è, pertanto, il presupposto della qualità della pratica clinica, dell'accreditamento professionale (certificazione) e dell'accreditamento della struttura sanitaria per erogare le prestazioni.

Questa riforma invita a riflettere sulle strategie che bisogna adottare per essere al passo con le leggi, che quindi devono diventare strumenti evoluti con cui le istituzioni e i professionisti sanitari devono confrontarsi per assicurare un servizio sanitario pubblico realmente efficiente ed equo.

IID A. SILVESTRO

Vice Presidente Aniarti - Dirigente Servizio Infermieristico Ass 4 - Medio Friuli - Udine

Ringrazio la collega D'Innocenzo per la sua relazione che ha reso più facile la comprensione di alcuni tra i più significativi contenuti del *decreto legislativo n. 229/99*; questo decreto, infatti, accompagnerà nel prossimo futuro non solo coloro che operano nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale ma dell'intero Sistema sanitario italiano.

La segreteria scientifica del congresso, sostenuta anche dalle valutazioni fatte dagli ospiti, ritiene importante rendere evidenti i legami che esistono tra le norme indicate all'inizio della mattinata e la professione infermieristica; ciò al fine di meglio comprendere come gli infermieri e le loro prestazioni assistenziali si inseriscono dentro la logica e la filosofia che sottende le norme citate ed analizzate.

Quando dunque si parla dell'accreditamento e della ineludibilità della verifica del possesso di ulteriori requisiti di qualificazione sia per quanto riguarda la funzionalità della struttura che dei professionisti, è evidente che vengono fatte affermazioni molto rilevanti. Verrà infatti attivata una Commissione Nazionale per l'accreditamento e la qualità dei servizi sanitari e quindi per l'accreditamento delle strutture, dei processi e dei professionisti.

È ipotizzabile che la Commissione Nazionale vada a valutare l'esperienza professionale maturata, ossia i «*curricula esperienziali*» che bisognerà, quindi, essere in grado di presentare formalmente.

Ed a tal proposito uno spunto di riflessione:

Sarà ritenuta più significativa un'esperienza ventennale maturata sempre nella stessa unità operativa oppure un'esperienza professionale, magari più breve, ma diversificata perché maturata in percorsi di mobilità strutturati e nell'ambito dei quali sono state fatte proprie, modalità diverse di erogazione delle prestazioni assistenziali?

Il quesito è rilevante stante la pregressa cultura professionale infermieristica che considerava lo spostamento o la riallocazione in altra unità operativa come un segno di scarsa competenza o di poca gradibilità personale, più che come un segno di riconoscimento e di valorizzazione professionale e personale.

È altresì ipotizzabile che la Commissione Nazionale vada anche a valutare i «*crediti formativi*» acquisiti nell'ambito di un programma di formazione post-base e continua, utilizzando le Commissioni allo scopo istituite nell'ambito di ogni Regione e che avranno al loro interno la rappresentanza professionale infermieristica.

Ed a tal proposito è pensabile che un infermiere possa attraversare diversi anni di esercizio professionale senza effettuare, e poter dimostrare di aver effettuato, interventi di manutenzione della propria professionalità e competenza?

Il Decreto Legislativo n. 229/99 costituisce dunque un quadro, anche se non in tutto positivo, all'interno del quale si muove anche la professione infermieristica.

Una professione che negli ultimi anni ha compiuto un evidente ed oggettivo percorso di professionalizzazione che peraltro deve ancora proseguire in quanto non del tutto concluso.

Il processo dovrà infatti toccare le tappe:

- dell'attivazione dei corsi di specializzazione
- dell'attivazione del corso per il conseguimento del Diploma di laurea in Scienze Infermieristiche
- dell'istituzione della Dirigenza per gli infermieri.

L'accreditamento dei processi assistenziali e dei professionisti non può che avvenire sulla base della professionalità e della competenza che *mediamente* un professionista deve saper esprimere.

Rilevante è dunque avere costante chiarezza sul livello di professionalizzazione acquisito e costantemente implementato dalla professione e dal gruppo professionale infermieristico.

Una delle tappe più significative di tale percorso è stata raggiunta il 26 febbraio 1999 con la *legge n. 42* che rappresenta una vera rivoluzione professionale; la legge n. 42, infatti, modifica sostanzialmente l'intero assetto sanitario del paese attraverso tre particolari aspetti che, pur essendo strettamente interconnessi, verranno trattati singolarmente.

Primo aspetto: l'eliminazione del concetto di *ausiliarità* per la professione infermieristica.

La denominazione «*professione sanitaria ausiliaria*» che aveva costantemente accompagnato la professione infermieristica dal 1934, viene sostituita dalla denominazione «*professione sanitaria*». È immaginabile che la prima domanda, a questo punto, verta sul chiedersi quale possa essere adesso la differenza tra un infermiere che eroga prestazioni assistenziali infermieristiche, un ... fisioterapista che eroga prestazioni riabilitative o un ... medico che eroga prestazioni inerenti il processo diagnostico e terapeutico.

La differenza dovrebbe rilevarsi *non* per quanto inerente la dignità e l'autonomia professionale *ma* per quanto inerente *la tipologia del contenuto assistenziale*.

Il condizionale è d'obbligo in quanto pesa ancora, e prevalentemente con il medico, il disequilibrio di cultura e di potere negoziale nella definizione degli assetti organizzativi e di modellizzazione o rimodellizzazione assistenziale.

Molte cose possono comunque essere fatte e da subito soprattutto sugli assetti organizzativi e di rimodellizzazione assistenziale.

Esempio banale e che una volta tanto non riguarda i medici:

In assenza di personale di supporto che porti in palestra un degente che deve fare terapia riabilitativa, è scontato che lo accompagni un infermiere abbandonando il reparto.

Ma se è pari la dignità professionale e la rilevanza dello specifico apporto assistenziale in quanto tutte le professionalità concorrono ad un progetto di salute per i degenti delle diverse unità operative, perché mai il fisioterapista rimane fermo in palestra ad aspettare che l'infermiere accompagni il degente ?

Risulta evidente che, fino a quando non ci saranno gli operatori di supporto, anche il fisioterapista dovrà andare a prendere il degente in unità operativa, nella logica di una compensazione della carenza organizzativa concordata fra i vari operatori.

Secondo aspetto: l'abrogazione del mansionario infermieristico.

Non esiste più l'elenco di azioni che l'infermiere poteva svolgere da solo, da solo su prescrizione del medico, oppure esclusivamente in presenza del medico.

Con la *Legge n. 42* il campo proprio di attività della professione infermieristica è determinato dai «... decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici ...».

Il Decreto ministeriale istitutivo del profilo professionale dell'infermiere è il DM n. 739/94 intitolato «Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere», che definisce l'infermiere, «*Responsabile dell'assistenza generale infermieristica*», come colui che:

- individua gli obiettivi dell'assistenza infermieristica;
- pianifica gli interventi;
- li rende concreti;
- si rende garante della corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;
- verifica i risultati che ha raggiunto anche avvalendosi del personale di supporto.

Su quest'ultimo aspetto è importante fare una riflessione di rilievo sugli «operatori di supporto», anche nella logica dell'accreditamento dei processi e della professionalità.

Molte volte l'Aniarti ha discusso della cosiddetta «zona o area grigia» ovvero di quella parte del processo assistenziale in cui non è ben chiaro o definito, al momento dell'analisi, chi debba svolgere o abbia la competenza a svolgere determinate azioni e/o prestazioni.

Chi fa che cosa rispetto alla «zona o area grigia» diventerà chiaro e definibile dopo una valutazione e negoziazione multidisciplinare basate sulle competenze acquisite, mantenute e successivamente accreditate dei diversi professionisti che compongono l'equipe assistenziale.

Ma ineludibilmente una importante riflessione dovrà essere fatta anche su che cosa gli infermieri potranno/vorranno delegare agli operatori di supporto.

È ben vero che gli infermieri di Area Critica sentono meno di altri il problema, in quanto le prestazioni assistenziali erogate presuppongono un'elevata competenza, anche per gestire tecnologia ad alta complessità, e quindi una forte qualificazione professionale.

È però altrettanto vero che l'area critica è costituita anche da unità operative a diversa grado di intensività assistenziale oltre che dai servizi di emergenza sanitaria, dove è frequente la presenza di autisti soccorritori e di volontari, ossia di personale laico.

Ed allora una provocazione: dobbiamo cominciare a chiederci se in futuro avverrà che si parli di atti infermieristici delegati?

E questo potrebbe significare che gli operatori di supporto inizino un percorso analogo a quello effettuato dagli infermieri?

Gli infermieri, infatti, grazie alla legge n. 42, possono dire che se un atto è costantemente espletato da loro, che ne hanno fatto terreno di formazione ed esperienza fino ad acquisirne competenza specifica, quell'atto è un atto «proprio» infermieristico.

L'evoluzione professionale e l'ipotesi di costante ridefinizione delle attività infermieristiche induce altresì a chiedersi: gli infermieri che sono attualmente circa 320.000, devono continuare a crescere numericamente o devono stabilizzarsi?

Se si ipotizza un'ulteriore crescita, mantenendo costante l'attuale offerta sanitaria, è evidente che dovranno garantire in prima persona la totalità delle prestazioni assistenziali; di contro dovranno pensare che l'effettuazione, pur se sotto supervisione, delle attività routinarie e altamente standardizzabili potrà/dovrà essere effettuata da operatori di supporto.

Decisioni importanti, quindi, dovranno essere prese e non solo da parte della rappresentanza professionale – Federazione Nazionale dei Collegi Infermieri – ma anche dalle associazioni infermieristiche, per contribuire alla crescita del gruppo professionale ed alla strutturazione di una rete di integrazione, di elaborazione, di servizio, di idee.

Terzo aspetto: L'equipollenza dei diplomi universitari di infermiere con quelli conseguiti in base alla precedente normativa.

Con l'equipollenza dei titoli viene definitivamente superato il timore che ci possano essere infermieri di serie A e di serie B. Deve comunque rimanere l'impegno al costante approfondimento delle competenze per rendere effettivamente omogenei i comportamenti professionali, anche attraverso l'orientamento che deriva dall'agire ispirato dal nuovo codice deontologico che con la legge n. 42 assume anche valenza giuridica.

In questo quadro professionale che comprende, come prima riportato, il percorso di professionalizzazione attivato dalla professione e dagli infermieri, un ulteriore elemento di interesse è fornito dal *nuovo contratto di lavoro del personale di comparto della sanità valido per il periodo 1998-2001 (CCNL)*.

Il CCNL introduce numerose innovazioni che hanno la possibilità di incidere oltre che su variabili economiche ed inerenti l'organizzazione del lavoro anche su variabili che ricadono su componenti inerenti la professionalità dei diversi operatori.

Tra le ultime variabili quella a maggiore rilevanza riguarda la valutazione permanente del personale.

E sul tema «valutazione permanente del personale» è importante fare alcune riflessioni.

Non si riscontra nelle attuali realtà lavorative la verifica sistematica delle modalità con cui vengono attuati i processi di lavoro o di come e a che livello vengono raggiunti risultati assistenziali.

Valutare è difficile e crea tensioni sia nei valutatori che nei valutati.

È comunque indubbio che senza una valutazione sistematica diventa difficile premiare chi lavora con correttezza, competenza, congruenza professionale e attenzione ai risultati raggiunti.

L'elemento di maggiore tensione è l'individuazione di *che cosa* valutare e di *chi* deve o può valutare.

A tal proposito, sembrerebbe ovvio affermare che la valutazione delle prestazioni e dei processi assistenziali messi in atto da infermieri fosse fatta prevalentemente da appartenenti alla professione infermieristica e non, ad esempio, dai Dirigenti medici delle diverse unità operative.

Invece tutto ciò non è ovvio ed a tal proposito, non è certo casuale che dal decreto legislativo n. 229/99 sia stato tolto l'articolo 17 ter che prevedeva l'attivazione della dirigenza infermieristica e quindi la possibilità che fossero gli infermieri, attraverso i propri dirigenti, a:

- definire i criteri sui quali effettuare la valutazione del personale infermieristico,
- definire gli standard minimi di qualità assistenziale,
- individuare le modalità con cui effettuare le verifiche e le valutazioni .

Con l'attuale CCNL gli infermieri verranno inseriti nella categoria «C» e nella categoria «D» che comprende anche la fascia super o *Ds*.

Ogni infermiere potrà progredire dentro le due categorie in senso orizzontale (C1, C2, oppure D1, D2 ecc.) ed a tale progressione corrisponderà un definito riconoscimento economico .

Sulla base di che cosa dovrebbe verificarsi la progressione verticale oppure orizzontale?

La creatività, la capacità di flessibilizzare il proprio lavoro e di dare valore aggiunto anche in termini relazionali alle prestazioni professionali, devono essere elementi fondanti per la progressione di carriera in senso verticale e per la progressione economica in senso orizzontale.

Non è più sostenibile che l'unico criterio fondante per ogni progressione sia l'anzianità di servizio.

La rappresentanza professionale infermieristica ritiene quindi che il tutto debba avvenire sulla base della valutazione dei curricula professionali composti da:

- esperienza e percorsi formativi documentati,
- capacità dimostrata di gestione autonoma del proprio operato
- di discrezionalità decisoria nell'impostare e concretizzare i processi di assistenza infermieristica.

Tutto ciò evidenzia che stà cambiando profondamente la logica contrat-

tuale dentro le aziende sanitarie e che il filo rosso conduttore è fondamentale legato alle parole competenza, capacità, flessibilità, autonomia e responsabilità e quindi approfondimento disciplinare anche attraverso la formazione post-base o specialistica e la formazione permanente.

E qui si apre un'ulteriore terreno di analisi, approfondimento e dibattito che diventerà sempre più rilevante nell'immediato futuro.

Ma a tal proposito sarà di interesse comune ascoltare la relazione che ci verrà ora proposta da Adriana Dalponte.

Bibliografia

Legge n. 42/99
Decreto legislativo n. 229/99
CCNL 1998-2001 del Comparto Sanità

ABILITAZIONE, COMPETENZE E ACCREDITAMENTO DEL PROFESSIONISTA INFERMIERE: IL CONTRIBUTO DELLA FORMAZIONE PERMANENTE

A. DALPONTE

Responsabile Ufficio di Staff per la Formazione e Sviluppo dell'APSS – Trento.
Professore a contratto di Organizzazione dell'assistenza infermieristica (management infermieristico) alla Scuola diretta a fini speciali per Dirigenti e Docenti di Scienze Infermieristiche dell'Università degli Studi di Padova.

I riferimenti legislativi che vanno considerati per una progettazione formativa orientata allo sviluppo delle competenze e delle carriere

Un punto di riferimento importante è il Contratto Collettivo Nazionale Lavoro 1998-2001 Comparto Sanità ed in particolare gli articoli:

- artt. 12-13-15-16-17-18-19 inerenti il tema «Classificazione del personale»
- artt. 20-21 Posizioni organizzative
- art. 29 Formazione ed aggiornamento
- art. 35 Criteri per la progressione economica orizzontale.

Altro riferimento normativo che apporta significative novità in tema di formazione e accreditamento è il Decreto Legislativo 19 giugno 1999 n. 229 recante «Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale» con gli articoli:

- art. 8 *bis* e *quater* Accreditamento
- art. 9 *bis* Sperimentazioni gestionali
- art. 12 *bis* Ricerca sanitaria
- art. 15 Disciplina della dirigenza medica e delle professioni sanitarie
- art. 16 *bis* Formazione continua
- art. 16 *ter* Commissione nazionale per la formazione continua
- art. 16 *quinquies* Formazione manageriale
- art. 16 *sexies* Strutture del servizio sanitario nazionale per la formazione
- art. 17 Collegio di direzione
- art. 17 *bis* Dipartimenti
- art. 19 *bis* Accreditamento e qualità dei servizi sanitari.

Cosa cambia nel panorama della sanità e quale ruolo può avere la Formazione Continua

L'aspetto più significativo di cambiamento è che si modificano le carriere definendone le funzioni piuttosto che i titoli necessari. Oso dire che ad esempio

non c'è più il caposala ma ci sono le funzioni di direzione di servizi-dipartimenti-uffici e quelle di coordinamento di staff; tutto questo comporta un cambiamento significativo in quanto chi riveste le funzioni deve dimostrare di avere un curriculum formativo e tecnico-specialistico affine ma soprattutto le reali competenze nel raggiungere i risultati attesi attraverso la verifica dell'idoneità professionale.

Un altro aspetto importante, e che da tempo la professione infermieristica attendeva, è che vi sono percorsi di carriera che valorizzano le competenze specialistiche ed altri che richiedono lo svolgimento di funzioni organizzative con assunzione diretta di decisione di elevata responsabilità.

Si intravedono quindi 2 percorsi di carriera, tecnico specialistica e gestionale organizzativa.

La formazione deve considerare questo cambiamento offrendo percorsi formativi differenziati ma integrati e rappresenta una sfida interessante per la promozione di una cultura diffusa delle capacità direzionali e non solo specialistiche.

Il professionista si può sperimentare già in questi percorsi con quelle che sono le attitudini individuali potendo cambiare rotta e sperimentare più percorsi nella ricerca di uno sviluppo professionale il più congruente alle proprie attese e potenzialità.

Le aree di sviluppo

Gli spazi reali di sviluppo professionale possono essere sintetizzabili in alcune macro aree che richiedono percorsi culturali ed esperienze lavorative differenziate, quali:

1. progressione economica orizzontale con passaggio all'interno della medesima categoria tra profili diversi dello stesso livello specialistico;
2. progressione verticale con passaggio da una categoria all'altra immediatamente superiore;
3. area delle posizioni organizzative che richiedono lo svolgimento di funzioni con assunzione diretta di elevata responsabilità come ad esempio:
 - funzioni di direzione di servizi, dipartimenti, uffici o unità organizzative di particolare complessità che richiedono un elevato grado di esperienza e autonomia gestionale ed organizzativa e svolgimento di attività con contenuti ad alta professionalità e specializzazione;
 - svolgimento di attività di ricerca e sviluppo della qualità
 - coordinamento di attività didattico formativa
 - attività di staff e di studio e quindi funzioni integranti.

Un altro aspetto di rilievo è che ogni area può avere livelli diversi in base alla complessità dei sistemi e quindi il concetto di complessità diventa elemento chiave anche per il riconoscimento economico e non solo di sviluppo.

Da questo panorama complessivo si profila un sistema molto complesso che va a modificare in modo sostanziale le logiche di gestione del personale come pure i criteri di programmazione.

Le leve di gestione strategica diventano la formazione, la ricerca e l'esperienza come laboratorio per le competenze.

L'approccio del mio intervento vuole partire proprio da questo concetto «la competenza» per poi proporre ipotesi di percorsi formativi ed organizzativi per implementare competenze per prestazioni eccellenti. Infatti il rapporto che esiste tra competenze e prestazioni è molto importante in tutte quelle organizzazioni ad «elevata intensità di conoscenza» (1).

Fare formazione significa « Lavorare per le competenze»

Concetti in crisi:

- posizione
 - prestazione
 - potenziale
- } i consueti meccanismi operativi della Direzione Personale

oggi si assiste ad una forte discussione rispetto al segmentarsi delle attività e delle competenze.

I nuovi scenari:

- tecnologie sempre più avanzate
- processi di reingegnerizzazione
- più marcato l'orientamento delle organizzazioni al cliente

Di conseguenza c'è la necessità di predisporre forme differenti di organizzazione dei tempi di lavoro e delle attività.

SPENCER '95

L'approccio alle competenze richiede una programmazione del lavoro proiettato sul futuro piuttosto che sulla esperienza, non è più il passato ma il futuro il riferimento per orientare i comportamenti delle persone e i nodi chiave sono rappresentati da:

- quali competenze in quella organizzazione (non in astratto);
- come comunicare le competenze;
- come renderle visibili e certificabili.

Un'altra riflessione è rappresentata dal mutamento che la nostra società ha elaborato rispetto al lavoro.

Il lavoro è ancora un valore? Ricompare nell'uomo la necessità di esprimersi in ambiti diversi anche rispetto alle proprie capacità. I confini tra lavoro e non lavoro sono sfumati e la temporalità è definita dalla convenienza. (Carles Handy '94).

(1) F. CIVELLI-D. MANARA, Guerini & Associati 1997 (3.4.3 core competencies organizzative pagg. 35-37).

Come affrontare il problema delle competenze? La ricerca ci dice che non esiste un unico modo per affrontare il problema e c'è la necessità di passare da «*competenza al lavoro*» a «*lavorare con le competenze*».

Come? È possibile solo se le persone sono in grado di riconoscere le competenze, capirle, valutarle, sperimentarle, allenarsi ad utilizzarle, applicarle al lavoro di tutti i giorni.

Occorre non solo la capacità di riconoscersi ed identificarsi, ma anche confrontarsi con «sfondi» e «contesti» per decifrare gli aspetti sociali ed emotivi per esprimere l'intelligenza più ardua, quella sociale. La competenza diventa eccellente quanto più l'individuo ha modelli concettuali di analisi e classificazioni del contesto sociale e della influenza che esercita tale contesto sul lavoro da svolgere. Questa capacità è l'intelligenza sociale ed è così definita:

«Intelligenza sociale è connessa alla capacità di una persona di decodificare il sistema sociale con cui si trova ad interagire, stabilendo e mettendo in atto strategie comportamentali adeguati» (2).

Il valore del lavoro e il lavoro come valore sono posti in discussione: è di notevole importanza sviluppare la «*Competenza di lavorare con le competenze*».

La scuola Storica delle competenze proviene dagli Stati Uniti ed ha come referente ideale lo psicologo nordamericano David McClelland.

DEFINIZIONE DI COMPETENZA:

«Una caratteristica intrinseca individuale, casualmente collegata a un performance efficace o superiore in una mansione o in una situazione che è misurata sulla base di un criterio prestabilito»

in altri termini

«una caratteristica non è una competenza se non predice qualcosa di significativo nella vita reale»

D. MCCLELLAND

Quando si parla di competenza solitamente si pensa alla prestazione media, mentre gli studi e le ricerche la considerano come una prestazione «superiore» in un determinato ruolo.

Un altro contributo significativo che ha dato la ricerca e gli studi condotti da McClelland, Boyatzis e dagli Spencer, è che in una organizzazione esistono «differenze» significative tra le prestazioni medie e quelle eccellenti e che quest'ultime non sono caratterizzate solo da maggiori conoscenze ma hanno notevole rilevanza le caratteristiche individuali quali motivazione e persistenza nel contribuire in modo determinante al successo. Si può quindi dire che se un'organizzazione non propone percorsi di successo si penalizza l'eccellenza delle prestazioni.

(2) *Lavorare con le competenze*, Guerini & Associati 1997 (pagg. 21.23: 2.4 Lavorare con le competenze).

LA METAFORA DELLA CIAMBELLA DI HANDY

La metafora vuole raffigurare l'attuale evoluzione in corso nelle nostre organizzazioni. Charles Handy sostiene che la descrizione dei compiti è paragonabile alla ciambella.

Nella programmazione del lavoro si era soliti pensare che i compiti definiti sono la ciambella, la parte indefinita dei compiti è il buco, mentre la teoria di Handy ci suggerisce che oggi occorre considerare la parte centrale della ciambella i compiti definiti, mentre l'anello rappresenta i compiti indefiniti.

Il mondo del lavoro ha bisogno di persone sempre più competenti per un lavoro indefinito e quindi creatività, innovazione, sperimentazione, responsabilità diventano ingredienti eccellenti per le competenze.

La formazione continua

Il contesto organizzativo è il punto di riferimento principale quando ci si accosta alla programmazione della formazione e come abbiamo visto il sistema sanitario possiamo definirlo come una realtà ad *elevata intensità di conoscenza ed elevata complessità*.

Il rapporto quindi tra prestazioni attese e livello di competenza diventa altro elemento importante nella progettazione della formazione continua; inoltre i riferimenti legislativi rappresentano i «paletti» entro cui progettare la «discrezionalità» e la «specificità».

Il Contratto Collettivo Nazionale (98-2001) fornisce indicazioni sulle finalità, i modi di fare formazione e come valutare l'apprendimento individuale nonché alcune linee guida rispetto alle aree tematiche. L'articolo 29 «formazione e aggiornamento professionale» recita:

«La formazione costituisce una leva strategica fondamentale per lo sviluppo professionale dei dipendenti e per la realizzazione degli obiettivi programmati» ed ha quale finalità «lo sviluppo del sistema sanitario attraverso il miglioramento delle competenze del personale e più elevati livelli di *motivazione* e di *consapevolezza* rispetto agli obiettivi generali di rinnovamento e produttivi da perseguire».

Sempre l'art. 29 fornisce indicazioni sui modi per la formazione continua e prevede programmi di:

- addestramento;
- aggiornamento;
- qualificazione;
- sviluppo.

I programmi prevedono iniziative formative a carattere facoltativo e a carattere obbligatorio.

Si può interpretare che se le attività formative sono organizzate dell'ente sono considerate in servizio a tutti gli effetti e se sono svolti fuori dalla sede di servizio è previsto il trattamento di missione e rimborso spese.

La programmazione delle attività deve privilegiare alcune aree quali:

- innovazione tecnologica ed organizzativa;
- organizzazione del lavoro;
- programmazione;
- gestione del personale.

Per quanto riguarda l'aggiornamento obbligatorio ed i percorsi formativi collegati al sistema di classificazione, è previsto l'esame finale ed il piano della formazione deve prevedere le modalità di valutazione dell'avvenuto accrescimento professionale del singolo dipendente.

Sempre secondo le indicazioni previste dal Contratto Collettivo Nazionale Lavoro all'art. 29 l'aggiornamento obbligatorio comprende:

- la partecipazione a corsi di formazione ed aggiornamento;
- l'uso di testi, riviste tecniche ed altro materiale bibliografico;
- l'uso di tecnologie audiovisive ed informatiche;
- la ricerca finalizzata rispetto a programmi definiti dalle aziende;
- il comando presso altre strutture.

Se il quadro generale prevede quindi un sistema formativo molto articolato e con metodologie di approccio differenziate, per altri aspetti si nota ancora una enfasi al concetto di aggiornamento piuttosto che di formazione continua.

Un altro aspetto critico è rappresentato dalle metodologie che escono dal contesto più tradizionale dell'aula. Mi riferisco alla ricerca, l'uso della bibliografia, le tecnologie audiovisive, la formazione a distanza, che sono riconosciute dai contratti come aggiornamento obbligatorio ma che trovano notevole difficoltà ad essere riconosciute ed accreditate.

Nei contratti per la dirigenza sono previste le ore studio, mentre per il comparto questa attività è segregata nei ritagli di tempo o spesso nel tempo libero.

Occorre sperimentare modalità per l'accREDITAMENTO di queste attività sia per quanto riguarda i tempi ma in particolare gli indicatori di qualità e modalità di certificazione.

Il pericolo è che vengano certificati solo i corsi d'aula e vengano penalizzate tutte le attività che concorrono alla sperimentazione e validazione delle competenze come l'attività di ricerca, l'Audit, la formazione a distanza e lo studio individuale.

Un proposta concreta per la programmazione della formazione continua

È importante progettare attività formative differenziate sia nei metodi che nei contenuti per poter rispondere ai bisogni formativi anche in considerazione delle attitudini. Inoltre occorre distinguere quali sono i percorsi formativi orientati alle singole professionalità e quali invece richiedono integrazione multidisciplinare anche come palestra alla complessità. La formazione specialistica e di specificità di ruolo richiede la omogeneità disciplinare, l'approccio

al cliente utente spesso richiede metodologie e modalità organizzative condivise da tutto il team di cura, mentre la formazione manageriale è tanto più ricca quanto più è interdisciplinare ed oltre i confini dell'organizzazione.

Per concludere propongo una «linea guida» per la programmazione della formazione continua, come proposta al confronto e al dibattito.

La Proposta

Il sistema formazione è opportuno che preveda modalità formative ad alta differenziazione come ad esempio:

- programmi di addestramento;
- corsi di formazione per l'approfondimento di conoscenze-metodologie e tecniche specialistiche-relazionali e gestionali;
- corsi di formazione manageriali;
- corsi di formazione-intervento;
- programmi di ricerca e sviluppo organizzativo;
- sperimentazioni organizzative e gestionali;
- programmi di riqualificazione.

Come realizzare tutto questo:

Diventa sempre più importante formalizzare un piano di programmazione delle attività che definisca quali sono le attività riconosciute come formazione obbligatoria e facoltativa e negoziare con le parti sociali e gestionali un tempo studio per le attività meno proceduralizzate (nella negoziazione decentrata stiamo proponendo 36 ore annue fino alla fascia C e 48 ore annue per la fascia D).

La realizzazione delle attività

Formazione specialistica:
per singole professionalità
per il Team assistenziale

Formazione manageriale:
corsi integrati con tutte le figure del sistema
Oltre i confini delle proprie strutture

L'accreditamento

- valorizzare la pluralità delle attività;
- enfasi alle sperimentazioni;
- esperienza come validazione delle competenze.

La formazione specialistica

- Privilegia interventi mirati alle specifiche categorie professionali.

- È orientata più alle logiche ed alle metodologie per l'aggiornamento continuo delle conoscenze.
- Fornisce criteri per valutare la validità delle fonti scientifiche e la loro trasferibilità.
- Ha come riferimento privilegiato il professionista, il cittadino ed i suoi bisogni.

Gli obiettivi

- Fornire conoscenze aggiornate e basate sull'evidenza scientifica rispetto a nuove competenze e/o bisogni della collettività.
- Creare una cultura della responsabilità ed essere in grado di attivare interventi congruenti ai livelli di responsabilità richiesti.
- Identificare gli effetti significativi di cambiamento di ruolo ed attivare nuove competenze per prestazioni eccellenti.
- Acquisire abilità per fare fronte alle innovazioni tecnologiche ed acquisire metodologie per lo sviluppo delle competenze.

La formazione manageriale

Il modello delle competenze manageriali di L.M. Spencer

Tipo di competenze:

- competenze di realizzazione
- competenze di assistenza e di servizio
- competenze d'influenza e di direzione
- competenze cognitive
- competenze di efficacia personale.

Questo modello elenca per ogni competenza le capacità da imparare.

Competenze di realizzazione

1. Orientamento al risultato
2. Accuratezza
3. Iniziativa
4. Ricerca delle informazioni

Competenze di assistenza e servizio

5. Sensibilità interpersonale
6. Ricerca delle informazioni

Competenze d'influenza e di direzione

7. Persuasività e influenza
8. Consapevolezza organizzativa
9. Costruzione delle relazioni
10. Sviluppo degli altri

11. Assertività e uso del potere formale
12. Lavoro di gruppo
13. Leadership del gruppo

Competenze cognitive

14. Pensiero analitico
15. Pensiero concettuale
16. Capacità tecnico/professionale/manageriale

Competenze di efficacia personale

17. Autocontrollo
18. Fiducia in se stessi
19. Flessibilità
20. Impegno verso l'organizzazione» (3).

Questa formazione è per eccellenza integrata.

Non può esserci una formazione manageriale per categorie ma più c'è interdisciplinarietà e più è ricco il contesto di apprendimento.

GLI OBIETTIVI

- Orientamento a migliorare le prestazioni sia in termini di risorse investite sia di risultati ottenibili.
- Capacità di cogliere le relazioni causali esistenti tra più elementi e proporre interventi mirati assumendone le responsabilità dei risultati.
- Capacità di ottenere l'accordo/assenso dalle persone valorizzando i vantaggi ottenibili dalle soluzioni.
- Capacità di programmazione strategica e di reingegnerizzazione dei sistemi produttivi

LE METODOLOGIE

- aula
- laboratorio sperimentale
- simulazioni
- tirocinio guidato
- percorsi e labirinto
- Audit
- benchmarking.

COME VALUTARE

Il management richiede sempre più conoscenze, ma occorre che sia scien-

(3) CIVELLI F-MANARA D., *Lavorare con le competenze*, Guerini & Associati, Milano 1997, pp. 79-80.

za applicata, inoltre l'area delle attitudini ha notevole importanza; se non ci sono attitudini al rischio, piacevolezza nelle relazioni, curiosità e bisogno di innovazione, ma anche carica leaderistica e capacità persuasiva difficilmente si vive bene nei ruoli di governo.

Le attitudini sono una specie di DNA del lavoratore e scegliere un lavoro completamente in contro attitudine significa mettere a rischio il proprio equilibrio emotivo.

La formazione continua può aiutare l'individuo a riconoscere le proprie aree attitudinali ed i servizi di gestione delle risorse umane dovranno sempre più tenerne conto, proprio per sviluppare competenze eccellenti.

La valutazione deve considerare non solo le conoscenze acquisite, ma anche la reale capacità ad applicarle al contesto organizzativo e le attitudini di pensiero sistemico e li leadership.

Le competenze manageriali si misurano sul campo ed è molto importante che l'addestramento sia supportato da «maestri» di gestionalità, attività che finora ha avuto poca attenzione nei nostri contesti organizzativi. C'è molta attenzione all'addestramento ed affiancamento tecnico-specialistico mentre le competenze gestionali spesso si apprendono per tentativo ed errore.

Bibliografia di riferimento

- CIVELLI F., MANARA D., *Lavorare con le competenze*, Guerini e Associati, Milano, 1997.
Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro 1999-2001
ELEOPRA I. -FAVERIN G., *Il nuovo sistema di classificazione del personale del comparto sanità*, FIST - CISL Veneto, 1999.

Bibliografia consultata

- Auteri E., *Management delle risorse umane*, Guerini e Associati, Milano, 1998
Pagine MIDA. Materiali per la direzione del personale, n.8, 1999.
Management delle risorse umane, a cura di D. Boldizzoni, supplemento al bimestrale Sviluppo & Organizzazione n. 174 - 1999, ESTE srl, Milano.
Decreto Legislativo 19 giugno 1999 n. 229, *Norme per la razionalizzazione dei Servizi sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.*

L'ACCREDITAMENTO PROFESSIONALE: IPOTESI DI SVILUPPO PER I PROFESSIONISTI INFERMIERI IN ITALIA

I.D. A. BRANDI

Responsabile Area Funzionale Servizi Infermieristici Azienda Ospedaliera Careggi - Firenze

Premessa

Parlare di accreditamento dei professionisti significa anzitutto contestualizzare, nell'attuale quadro normativo e regolamentare, il tema delle professioni sanitarie e della loro aderenza al mandato sociale ed istituzionale attribuitogli.

Gli interventi precedenti hanno in maniera puntuale descritto e delineato le leve del cambiamento e gli aspetti salienti della riforma del sistema sanitario nazionale nell'ottica del miglioramento della qualità dei servizi e della attuazione del patto cittadino-SSN che si traduce in pratica nella adozione del sistema di accreditamento delle strutture e dei professionisti quale garanzia al cittadino del mantenimento dei requisiti necessari ad erogare prestazioni sanitarie per conto del servizio pubblico.

Vale però la pena di sottolineare, ancora una volta, gli elementi strategici che sottendono alla riforma laddove essa ribadisce in maniera ancora più determinata che nel passato, la necessità che i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie – intendendosi con ciò sia le strutture sanitarie che i professionisti che operano nel sistema sanitario – rispondano alle esigenze di ottimizzazione dell'efficacia, dell'efficienza, dell'adeguatezza e della affidabilità.

L'accREDITAMENTO istituzionale

Per la prima volta nel nostro Paese si determina il vincolo e l'obbligatorietà per il sistema delle strutture e dei servizi sanitari di possedere e mantenere requisiti di tipo strutturale, tecnologico ed organizzativo ritenuti essenziali (minimi) per poter operare nel sistema sanitario pubblico. Ciò è quanto il decreto legislativo 502/92 ha definito come criterio di accesso dei soggetti fornitori ovvero delle strutture sanitarie al sistema organizzativo e di finanziamento pubblico. Il processo di accreditamento che ne deriva vincola le strutture ad aderire ad un processo di valutazione e verifica periodica dei requisiti posseduti innescandosi in tal modo un processo di miglioramento sistematico del siste-

ma di produzione ed una attenzione continua alla aderenza e al mantenimento dei requisiti di accreditabilità.

Il decreto legislativo 502/92 dà quindi avvio nel nostro Paese al processo di accreditamento istituzionale, proponendo alla società un sistema sanitario verificabile nelle sue componenti organizzative, strutturali, tecnologiche e relazionali, attraverso procedure di verifica e attestazione formale dell'aderenza a ben specificati requisiti. La specificità e singolarità del sistema di accreditamento istituzionale italiano sta nella sua obbligatorietà a fronte del carattere di volontarietà che l'accREDITAMENTO ha sempre avuto e continua ad avere nel resto del mondo.

L'accREDITAMENTO dei professionisti

Il tema di maggiore novità che oggi riscontriamo nelle norme che ridefiniscono le regole e i criteri organizzativo-gestionali del sistema sanitario è quello della acquisizione del principio di «congruità» delle prestazioni rispetto ai soggetti erogatori delle stesse valutati relativamente alla loro competenza. In pratica, si acquisisce quale elemento strategico del cambiamento e del miglioramento qualitativo del sistema, la valutazione delle componenti essenziali del processo di erogazione delle prestazioni e quindi delle componenti professionali quali soggetti erogatori delle prestazioni.

Il decreto legislativo 229/99 traduce questo criterio in scelta politica e sociale laddove definisce e sancisce per le strutture del sistema sanitario l'obbligatorietà dell'accREDITAMENTO dei professionisti, caratterizzando ancora una volta il nostro Paese per la scelta e adozione di un sistema obbligatorio di valutazione e successivo accREDITAMENTO anche per le componenti professionali del sistema dei servizi e delle prestazioni.

È fondamentale quindi contestualizzare rispetto al sistema delle professioni la logica e il processo di accREDITAMENTO.

È cosa a tutti nota che il sistema di certificazione dell'abilitazione all'esercizio delle professioni sanitarie vigente nel nostro Paese non prevede il principio della ricertificazione del titolo ai fini della certificazione periodica delle competenze e quindi della capacità professionale. L'acquisizione dell'abilitazione all'esercizio professionale (esame di stato) e la registrazione del titolo che rende oggettivamente tale abilitazione (conseguimento del diploma abilitante) sono da sempre gli unici criteri di regolamentazione del sistema professionale riguardo alla esclusività dell'appartenenza e al regime dei controlli delegati dallo Stato agli Ordini e Collegi professionali. Non è presente nel nostro ordinamento giuridico e professionale alcun concetto di sistematicità e periodicità nella valutazione del professionista il quale, quindi, una volta in possesso dei requisiti formali richiesti per l'esercizio della relativa professione (diploma abilitante e iscrizione all'albo professionale) mantiene per tutta la vita professionale la condizione di «esperto» dell'area di competenza e di esclusività profes-

sionale a cui risulta essere stato in un dato momento attribuito.

Nel resto del mondo, invece, l'acquisizione dello status di esercente una professione sanitaria coincide con l'acquisizione del titolo abilitante e la registrazione nell'albo/elenco professionale ma questo rappresenta solo l'avvio del processo di esercizio professionale e non il requisito per mantenere l'iscrizione all'albo/elenco e quindi la titolarità nell'esercitare competenza specifica senza che la capacità del singolo – in termini di conoscenza e abilità professionale – sia stata verificata, valutata e certificata. Nel resto del mondo, infatti, i professionisti sono periodicamente sottoposti a verifica e certificazione dello stato di mantenimento della propria competenza e abilità nell'erogare prestazioni ai cittadini, realizzando in tal modo lo scopo di garantire che la qualità tecnico-professionale sia mantenuta nel tempo e sia coerente con il modificarsi nel tempo delle conoscenze e delle abilità professionali richieste.

Ecco in sintesi il fine dell'accreditamento professionale, fine questo fin troppo ovvio se si tiene conto che l'obiettivo da conseguire è il mantenimento – oltre che la garanzia – di prestazioni qualitativamente verificate e valutate in quanto ad efficacia, adeguatezza, congruità con i bisogni di salute e di assistenza dei cittadini.

Tale è infatti il fine a cui mira la riforma ter, nel dichiarare quale presupposto necessario per la garanzia di qualità l'accreditamento delle strutture e dei professionisti da parte di chi è investito della responsabilità di gestire risorse pubbliche a tutela di un bene pubblico qual è nel caso specifico la salute dei singoli e della collettività.

Acquisito il principio della irrinunciabilità del mandato attribuito alle istituzioni sanitarie per quanto attiene il processo di accreditamento unitamente al principio dell'obbligatorietà di essere sottoposti al processo di accreditamento, è opportuno soffermarsi a considerare nel merito l'impatto del processo sui professionisti o meglio, provare ad identificare quali dovrebbero essere:

- gli *ambiti di valutazione* (cosa accreditare),
- i *tempi/le fasi della valutazione* (quando),
- le *modalità della valutazione* (come) e, non ultimo,
- i *soggetti che attuano la valutazione e quelli che certificano i risultati* della valutazione ai fini dell'accreditamento del professionista (chi).

L'esperienza dei Paesi dove l'accreditamento professionale è una realtà ormai da tempo ci potrà essere di aiuto per meglio approfondire gli elementi suddetti.

Che cosa accreditare

L'ambito specifico deve necessariamente essere delineato e puntualmente descritto.

Il profilo professionale delinea in maniera puntuale l'ambito di competenza e responsabilità specifica attribuito all'infermiere.

Per essere valutabile la competenza deve però essere declinata e strutturata in elementi oggettivabili, verificabili, pesabili, onde evitare che le valutazioni

formulate risultino soggettive ovvero esprimano giudizi e non valori che, ordinati in scala, consentano di attribuire un valore espresso in pesi/punti alla variabile considerata nel processo di valutazione.

Per essere valutabile la competenza dovrà infatti essere esplicitata e declinata rispetto alle sue componenti basilari e contestualmente esclusive: conoscenze, abilità, risultati, metodi e strumenti.

Ne deriva che *l'ambito specifico di valutazione* del professionista riguarderà la sua *formazione*, la *pratica clinica*, i *risultati* conseguiti attraverso l'attuazione delle pratiche assistenziali, il *contesto organizzativo* intendendosi con ciò sia la struttura nella quale il professionista presta la propria opera sia la modalità organizzativa da lui adottata nell'erogare le prestazioni di competenza (strumenti operativi, modello assistenziale, sistema documentale). L'ambito specifico di valutazione andrà peraltro declinato rispetto alle componenti essenziali della funzione esercitata dal professionista (funzione clinica, funzione organizzativo-manageriale, funzione educativo-didattica, funzione di ricerca) in quanto ciascuna di esse richiede competenze specifiche e diverse e rimanda ad elementi altrettanto specifici di valutazione.

Ciascun elemento andrà poi contestualizzato rispetto ai tempi della valutazione. È alquanto semplice, a tal proposito, acquisire come dato di fatto che l'infermiere neo diplomato rimandi ad un ambito di valutazione diverso – per complessità e gradualità – rispetto ad un infermiere abilitato da alcuni anni e che abbia maturato e documentato una esperienza professionale in specifiche aree cliniche.

Quando accreditare

Trattandosi di un processo che coinvolge il soggetto tenentario della competenza specifica a lui riconosciuta e attribuita in forza dell'acquisizione di una altrettanto specifica abilitazione all'esercizio professionale, ne consegue che l'accREDITAMENTO professionale si avvii partendo da un tempo zero (che corrisponde di norma al momento in cui il professionista accede al gruppo professionale iniziando la propria attività) e si sviluppi poi per l'intera vita professionale (in progress), verificando a cadenze temporali definite (di norma triennali) l'aderenza del professionista agli standard di conoscenza e abilità richiesti per il mantenimento della posizione «di merito» attribuitagli a fronte della prima valutazione.

Come valutare per accreditare

Tutti i sistemi di valutazione necessitano di un sistema di criteri/indicatori la cui specificità sia tale da garantire la valutabilità degli elementi che differenziano il valutato rispetto a tutti i soggetti valutabili. Tutti i sistemi di valutazione richiedono un sistema di misurazione che, oggettivizzando il risultato, ga-

rantisca la pertinenza, la congruità, la specificità e l'adeguatezza del giudizio.

Diventa quindi indispensabile definire gli elementi essenziali di ciò che si vuole valutare (formazione, pratica clinica, processo e strumenti) e definire per ciascuno di la soglia di riferimento (soglia di accettabilità) per dichiarare accettabile il risultato della valutazione e quindi per determinare che il professionista è accreditabile rispetto a quello specifico elemento di valutazione.

Ciascun ambito di valutazione andrà pertanto descritto rispetto alle sue componenti essenziali ed esclusive (contenuto, tempi, modalità operative, risultati) e messo in relazione a sistemi di documentazione/registrazione che ne attestino e ne certifichino l'aderenza ai criteri/ soglie di accettabilità.

Chi accredita

Tutti i sistemi di accreditamento vigenti nel mondo si caratterizzano per l'esistenza di authority indipendenti a cui è demandata la funzione di accertamento e verifica del possesso dei requisiti richiesti. Ciò per garantire autonomia e indipendenza di giudizio e, quindi, per garantire che il processo e il risultato della valutazione non sia in alcun modo condizionato e influenzato da fattori interni che ne inficerebbero la validità.

Il ruolo di valutatore è di norma affidato a gruppi di professionisti appartenenti all'area di riferimento ma in posizione di estraneità (non appartenenza) sia rispetto al contesto nel quale vengono definiti i criteri di valutazione sia rispetto al contesto nel quale viene gestito il risultato della valutazione (nel nostro caso la struttura sanitaria o professionale di appartenenza).

Il ruolo di «esperto» viene di norma attribuito alle società scientifiche, per quanto riguarda la definizione dei criteri e del sistema di pesi/soglie e alle organizzazioni professionali di tipo istituzionale (Ordini e Collegi) per quanto riguarda l'attestazione/certificazione dei risultati della valutazione e la tenuta degli elenchi dei soggetti accreditati di quelli accreditabili.

Le norme presenti in Italia non forniscono al tema in questione soluzioni di tal genere, rimandando esse il tema dell'accreditamento professionale ad una commissione nazionale nella quale le componenti professionali sono rappresentate da soggetti nominati dagli Ordini/Collegi e della quale fanno parte rappresentanze del mondo sindacale, regionale, ministeriale, escludendo quindi qualunque coinvolgimento formale delle società scientifiche e delle associazioni professionali.

Andrebbe senza dubbio alcuno chiarito meglio il ruolo di ciascuno dei soggetti coinvolti nel processo di accreditamento, partendo dal presupposto che non sarà possibile comunque garantirne l'attuazione senza che i professionisti partecipino alla sua costruzione e senza che a ciascuno sia garantito il rispetto dei ruoli e delle specificità.

Conclusioni

Strategica, ai fini del risultato, risulterà essere la scelta che le professioni e

e loro strutture professionali faranno riguardo al condividere e sostenere insieme, piuttosto che ciascuno per il gruppo che rappresenta, logiche e modelli coerenti con lo scopo e le finalità a cui l'accreditamento professionale tende. Strategica sarà la capacità di coesione che il mondo professionale saprà dimostrare nel portare avanti un progetto così importante per il sistema dei servizi sanitari e per lo sviluppo professionale, consapevole che le istanze da cui il progetto nasce sono tali da renderlo incontrovertibile e ineludibile.

DIBATTITO

Venerdì, 12 novembre 1999, mattina

Richiesta di chiarimento

Nome e Cognome *Romigi*

Professione *Caposala*

Provenienza *Centro Rianimazione Ospedale Sant'Eugenio, Roma*

Vorrei fare due domande a D'Innocenzo.

Una riguarda il ruolo delle rappresentanze sindacali nell'iter che ha seguito D'Innocenzo sull'istituzione della dirigenza e della laurea per gli infermieri.

Faccio questa domanda perché si sentono all'interno della professione alcune voci ed una di queste parla addirittura di documenti arrivati in mano al Ministro Bindi, firmati in maniera congiunta da tutte e tre le rappresentanze sindacali CGIL, CISL e UIL, che ostacolano in qualche modo l'approvazione di questa legge.

Chiaramente queste sono voci quindi sicuramente D'Innocenzo sarà in grado di dire se sono voci reali, per capire, se sono reali, il perché.

La seconda domanda riguarda invece una situazione in particolare della regione Lazio dove noi abbiamo la fortuna, rispetto a tante altre regioni, di avere una legge regionale che istituisce il servizio infermieristico in staff addirittura alla direzione generale.

Siccome è stato detto, facendo anche un po' di autocritica, che spesso ci sono dirigenti, caposala ed infermieri «scamorze» vorrei dare uno stimolo a tutta la platea.

Quali progetti reali ci sono di istituzione del servizio infermieristico nella regione Lazio?

Io ho la sensazione che in questo caso siamo veramente «scamorze».

Un'ultima cosa ad Annalisa Silvestro: sia ieri che oggi è stato detto di volare alto e di puntare a determinate cose anche in funzione dei cambiamenti che stanno avvenendo; io sono d'accordissimo su questo, non vorrei però che succedesse una cosa che sento in giro, dalle esperienze di tutti, che si crei un divario grossissimo fra nord e sud Italia.

Richiesta di chiarimento

Nome e Cognome *Ostellato*

Professione

Provenienza *Cardiochirurgia Padova*

Volevo anch'io fare una domanda alla signora D'Innocenzo, in quanto dal suo osservatorio preferenziale forse mi potrà illuminare.

Sia lei che il dott. Grilli l'altro giorno hanno parlato dell'importanza di coinvolgere il personale

nel processo di riforma, anzi il dott. Grilli sosteneva addirittura che l'insuccesso delle riforme precedenti era legato al mancato coinvolgimento del personale.

Io credo che questa sia una cosa molto importante però penso anche che la riuscita delle riforme sia legata anche alla volontà effettiva del governo di andare ad intaccare dei centri di potere che purtroppo esistono nella nostra sanità e che costituiscono un buco nero per quanto riguarda i finanziamenti, visto che poi le riforme vanno sempre nell'ottica del contenimento della spesa.

Inoltre, vi sarà o vi è un controllo permanente sull'accreditamento delle strutture e dei professionisti?

Un altro quesito che volevo porre riguarda il fatto che abbiamo ieri ascoltato una serie di relazioni relative a ricerche sulla RCP molto interessanti ma svolte, però, per lo più in paesi anglosassoni: a che punto è la ricerca in Italia?

Volevo anche rispondere al collega del Lazio che è appena intervenuto: io penso che dobbiamo solo avere la consapevolezza di quello che siamo e di quello che dobbiamo diventare.

Interviene M. D'Innocenzo

Lo strumento delle rappresentanze sindacali unitarie è uno strumento validissimo che ha portato in avanti il livello di partecipazione alle politiche aziendali, ai diritti dei lavoratori.

Non è però la stessa cosa con alcune posizioni che il sindacato può assumere rispetto a delle fasi di sviluppo delle politiche professionali che sono particolarmente significative.

Il mio ruolo non mi consente per alcuni versi di esternare posizioni personali.

Allora, se voi me lo consentite, vorrei rispondere nella veste di collega, con l'esperienza personale che comprende anche questa collaborazione triennale.

C'è un documento, dei segretari dei sindacati confederali dell'area della sanità, inviato al Ministro e al responsabile della Conferenza Stato-Regioni che si occupa della parte sanitaria compresi gli aspetti sindacali, in cui c'è un invito a prendere in considerazione lo stato delle trattative e quello che rimane da chiudere per quanto riguarda l'applicazione del contratto e anche le condizioni per andare a definire il quadro per la negoziazione e la possibilità insieme al decreto sulla normativa concorsuale, che chiude il percorso stabilito dal D.M. del 30 gennaio 1982 e del D.P.R. 761/79, e che può rendere realizzabile tutto il percorso delle progressioni orizzontali e verticali.

Quindi c'è una richiesta legittima di modificare la bozza pubblicata sul *Sole 24 ore*, che badate bene è una bozza fatta da un funzionario del Ministero che è stata già propagandata come decreto, mentre quello era uno strumento di lavoro.

Infatti molti soggetti, fra i quali la Federazione Nazionale dei Collegi, hanno espresso preoccupazioni, che io peraltro condivido.

Quello è uno strumento di lavoro, al quale verranno apportate, mi auguro, modifiche, c'è la possibilità di lavorare su questo.

Quindi i sindacati rappresentano queste preoccupazioni al Ministro e nell'ambito di una serie di riflessioni che si fanno c'è anche la riflessione su come alcune leggi discusse in parlamento possono entrare nel merito di quelli che sono gli ambiti, la natura del sindacato.

Argomentano tutto questo con alcune riflessioni opinabili, perché in realtà tentano di sollevare questioni sulla titolarità del parlamento a discutere delle istanze che secondo me non sono assolutamente discutibili in quella sede.

Noi oggi ci troviamo di fronte ad una presa in carico da parte del parlamento di istanze delle professioni sanitarie che hanno legittimato il parlamento a regolamentarle.

Il sindacato non si può sentire depauperato di un compito che non è quello di decidere circa il percorso formativo o il riconoscimento in termine di valore e di percorso delle professioni, il sindacato deve stare di fianco alla professioni per contribuire al loro sviluppo e quindi alla possibilità che lo sviluppo sia compiuto e che vengano valorizzati quegli stessi elementi che lui per primo nell'ambito del contratto ha posto come strategici.

Io ritengo che, lo dico con molta serenità, il sindacato debba stare di fianco in questa battaglia e deve essere uno degli elementi che supporta questa battaglia per la dirigenza e per la laurea ma anche per il riconoscimento, attraverso tutti quelli che oggi sono i passaggi attraverso il servizio sanitario nazionale, della valorizzazione delle professioni e specificatamente della professione infermieristica.

Non può non essere un compagno di viaggio importantissimo per la professione.

Guai a pensare che chi rappresenta i lavoratori non debba essere quello che sta di fianco ai lavoratori, professionalmente competenti, per far sì che questi siano sempre più qualificati ad erogare le prestazioni ai cittadini, che anche loro devono garantire nel momento in cui garantiscono i diritti di tutti.

Allora io ritengo che non vanno enfatizzate le contrapposizioni, non vanno create contrapposizioni, vanno cercate tutte le condizioni ed il terreno perché insieme si possano raggiungere i risultati.

Io penso che tutti debbano riflettere sulla necessità di non fare una guerra tra poveri, perché la guerra fra poveri fa vincere i ricchi, cioè quei poteri forti di cui abbiamo parlato oggi.

Io pensavo di venire qui e di portarvi l'approvazione in sede redigente della 4980.

Invece mercoledì 10 alle ore 18 si è discussa in dodicesima commissione la presentazione di emendamenti alla 4980, che voi sapete è in sede redigente perché l'opposizione ha negato la legislativa, quindi la possibilità di concludere, come per la L. 42/99, direttamente in commissione, per poi passare alla discussione in aula.

La presidente ha dovuto bloccare il provvedimento ed il sottosegretario Bettoni ha rimandato a una successiva seduta perché alcuni deputati hanno

risollevato il problema della definizione chiara ed inequivocabile delle funzioni mediche e quindi hanno riportato al problema atavico di non entrare nell'ambito delle funzioni di diagnosi e terapia del medico da parte dei dirigenti infermieri laureati.

Quindi siamo ritornati a vecchi temi.

Sono state sollevate queste perplessità sulle funzioni mediche anche da parte di deputati che dentro la maggioranza erano d'accordo a portare avanti questa legge, creando un po' di imbarazzo nel relatore dei Democratici di sinistra che aveva invece concordato gli emendamenti.

Questo ci ha fatto ritornare indietro e ci ha posto il problema che oggi si può vincere se c'è unità di vedute su quello che è l'obiettivo.

Mi preoccupa che in questa fase in cui noi dovremmo tutti definire percorsi certi che qualificano la professione per la progressione all'interno delle aziende, utilizzare lo strumento della formazione, utilizzare tutte le opportunità che ci sono, noi invece rimaniamo su posizioni anche culturalmente arretrate perché ci dividiamo sul problema di chi deve appropriarsi di alcune tematiche.

Qui il problema è di essere uniti per raggiungere l'obiettivo e portarci a casa il risultato.

Rischiamo, se cambia l'assetto politico, che non ci sia più la stessa volontà a garantire lo sviluppo della professione infermieristica.

È bene che questa cosa la si dica.

Io colgo l'occasione per un invito al senso di responsabilità comune ed alla condivisione dei percorsi.

Io ritengo che l'istituzione del Servizio Infermieristico nella regione Lazio sia stata una bella battaglia; ci siamo riusciti.

Sta adesso al ruolo che assumono da un alto gli organismi della professione e dall'altro tutti gli infermieri presenti nelle aziende che insieme possono indurre le direzioni aziendali a fare la scelta sul servizio infermieristico.

O noi rappresentiamo la volontà del cambiamento e lo traduciamo nei comportamenti, e questo è un discorso a chi dirige le attività infermieristiche, anche in assenza del servizio infermieristico, o diventiamo i referenti veri degli infermieri oppure gli infermieri non ci possono vivere come quelli che insieme con loro fanno battaglie per il cambiamento.

I dirigenti infermieri hanno forti responsabilità sulla tenuta e sulla coesione del gruppo professionale.

Gli infermieri devono potere incidere sulla direzione delle attività infermieristiche.

Per quanto riguarda la domanda sui criteri di valutazione, devono essere esercitati i diritti di partecipazione dei lavoratori e di tutti i professionisti attraverso un atto, che è quello di porlo come criterio di valutazione dei direttori generali, così come lo pone il D.L. 229/99.

Il direttore generale viene valutato dalla regione in base a programmi di coinvolgimento e partecipazione degli operatori dentro i sistemi di formazione continua.

Per la valutazione periodica sull'accREDITAMENTO dentro le aziende abbia-

mo un ruolo di presidio da realizzare attraverso i collegi e le associazioni professionali.

Quindi è importante che i collegi siano qualificati, è importante che si esca da una logica di autoreferenzialità sulle cose interne, sui rapporti con le istituzioni, su come vengono presidiati i percorsi qualificanti.

Sta a noi, adesso abbiamo anche i rinnovi dei collegi.

Utilizziamoli per fare in modo che vengano elette persone qualificate, competenti, che sono aperte anche alle critiche costruttive.

Io penso che le opportunità ci siano, dipende da come noi le vogliamo utilizzare.

Interviene A. Silvestro

Per quanto riguarda lo stato della ricerca, ci vorrebbe una giornata per definire ed analizzare la questione.

Posso riferirvi del piccolo contributo che l'ANIARTI darà.

Ci fermeremo domani in Consiglio Nazionale ANIARTI per preparare e definire le modalità per elaborare dei progetti di ricerca e sperimentazione da fare in alcune realtà nazionali ed i cui risultati saranno presentati nel prossimo Congresso Nazionale.

Ci stiamo orientando in questa direzione.

Interviene A. Dalponte

Il collega pone il problema relativo ai servizi infermieristici.

Vorrei fare una proposta, poiché tutti rispetto a questo stiamo sperimentando senza maestri e quindi c'è una grossa difficoltà, di aprire un tavolo permanente in Federazione per dare le linee guida affinché ogni direzione di servizio infermieristico proponga poi un piano triennale di azioni strategiche per la qualità dell'assistenza.

Se non abbiamo strumenti di visibilità, se non abbiamo una rete anche di supporto, di confronto, temo che andiamo ad esporci in una situazione già sperimentale, già controversa spesso fra i vari quadri e quindi perdendo un'opportunità invece che valorizzandola.

Interviene M. Casati

Io volevo fare due riflessioni sullo stato della ricerca.

Silvestro ha detto qual è il percorso dell'ANIARTI in questo senso e crediamo comunque di essere promotori di un processo in cui ci siamo attivati in modo lungimirante già qualche anno fa.

Però lo stato della ricerca in Italia chiede sicuramente di fare delle rifles-

sioni su quanto gli infermieri nel tempo sono stati vicini alla ricerca, su quanto l'hanno vista in ottica di consumatori di ricerca e quanto l'hanno promossa come professionisti.

Sul discorso culturale si potrebbe fare probabilmente un seminario, ognuno pensi alla propria formazione, alle citazioni bibliografiche ed alla scientificità di quello che ci è stato trasmesso ed in che modo ha aggiornato le proprie competenze ed ha consultato punti di riferimento per trovare spunti scientifici.

Quello che io credo in questo momento è che c'è comunque da ragionare molto anche sui metodi e sul finanziamento della ricerca.

Servono persone *ad hoc* che promuovano tutta una serie di processi legati sia alla lettura dei lavori di ricerca sia all'implementazione di lavori di ricerca che abbiamo alla fine dei dati che hanno un peso perché sono controllati.

Uno dei discorsi che sicuramente va affrontato nei prossimi anni è che peso avranno i ricercatori all'interno della regolamentazione professionale.

Il 3 novembre il Ministero dell'Università ha approvato una revisione sostanziale della legge 341 del 1990 che prevede il Diploma Universitario, di laurea ed il dottorato di ricerca.

Si rivoluziona il percorso in linea con le direttive europee.

Dobbiamo presidiare questi processi come professione se vogliamo essere completa ed autorigenerante.

Una delle cose che però mi viene da dire è che gli infermieri hanno in questo momento due aspetti, uno positivo ed uno negativo, rispetto a questa funzione della professione;

un atteggiamento culturale cambiato, sostanzialmente sempre più vicino alla ricerca e anche le spinte del contesto che interagendo con la professione e influenzato dalla professione li porta sempre più vicino come atteggiamento alla ricerca.

Continuo a trovare però, all'interno di questo argomento, delle difficoltà importanti che sono, la prima, il fatto che probabilmente l'utilizzo della lingua inglese, toglie la possibilità di consultare delle riviste che sono oggi a livello infermieristico di grande valore, di straordinaria tenuta in termini scientifici, ma che chiaramente hanno un linguaggio di tipo anglosassone.

L'altro aspetto che io continuo a trovare molto difficile da gestire è la ricerca bibliografica, la sistematica ricerca bibliografica oggi non trova da parte della professione dei supporti ben strutturati per la professione medesima, ricordo che a tutt'oggi solo due sono le riviste indicizzate su medline, pubblicate in Italia, e abbiamo ben più di due riviste che possono avere un valore di un certo interesse.

Certo è che quando facciamo una ricerca bibliografica sistematica, dobbiamo andare in alcune fonti dati dove noi dobbiamo esserci come professione.

Aggiungo per questione di constatazione quotidiana, lavorando nella formazione, il problema più serio è che non esiste un sistema bibliografico nazionale di natura disciplinare che ci permette di reperire i testi che ci interessano in modo non dico semplice ma almeno raggiungibile.

Interviene
Nome e Cognome *Guasca*
Professione
Provenienza *Imperia*

Parlo come una ex sindacalista molto delusa.

Io vorrei sapere quanto conta il sindacato, quando verranno fatti gli accreditamenti, quando si definiranno i criteri ecc., ma sul tavolo delle contrattazioni periferiche perché purtroppo, perlomeno nella mia realtà, dobbiamo essere tutti uguali, non devono esserci differenze per gli incentivi, per il trattamento economico, non bisogna premiare qualcuno, ma tutti devono avere una quota uguale.

Chiedo poi un'altra cosa in merito alle specialità.

Da noi non sono stati avviati corsi o quant'altro, ma da qualche altra parte è partito qualcosa?

Interviene
Nome e Cognome *Danella*
Professione
Provenienza *118 Roma*

Rispondo al collega del Sant'Eugenio.

Nel Lazio ed in particolare nell'Azienda San Camillo Forlanini, esisteva già un servizio infermieristico in staff al Direttore Generale, è stato trasformato il mese scorso in Dipartimento Infermieristico sempre in staff al Direttore Generale, con a capo un dirigente infermiere.

Richiesta di chiarimento
Nome e Cognome *Saccà*
Professione *Caposala*
Provenienza *Reggio Calabria*

Io penso che tutto quello che sta accadendo è frutto di impegno e di una professionalità che prima o poi sarebbe dovuta venire fuori.

Dopo tantissimi anni di esperienza, mi sono reso conto che noi infermieri siamo stati e siamo tutt'ora spiazzati da altre figure professionali, quindi nei posti dove si fa formazione, organizzazione, nei punti chiave dei processi gestionali e nel sindacato.

Probabilmente perché abbiamo avuto e abbiamo poco tempo da dedicare alle problematiche «non direttamente assistenziali», e quindi altre figure hanno occupato quei posti.

Io chiedo una cosa semplice e chiara, che gli organi preposti a rappresentarci e a tutelarci ai vari livelli siano più presenti nei riguardi degli infermieri, che ci sia più comunicazione e che non restino arroccati dentro le loro roccaforti di pseudo potere.

Richiesta di chiarimento

Nome e Cognome *Maranelli (?)*

Professione

Provenienza *Verona Unità coronarica*

Io spero che D'Innocenzo possa aiutarmi a togliere la spina irritativa corticale ed epidermica che il suo intervento mi ha provocato.

Io parto da un presupposto, a parte il bell'intervento della D'Innocenzo che è stato molto esplicativo, ha detto un cosa importante e cioè che questa legge, la 229/99, impone la scelta dell'obbligatorietà dell'accreditamento sia come struttura che come professionisti, io quindi chiedo:

- questa legge cambia la forma o cambia la sostanza?*
- il clientelismo, e su questo lei non ha dato una risposta alla collega di Padova che parlava di buchi economici e di lobby di potere, il clientelismo esiste ancora, dove sono i politici?*
- Io assisto impotente « scamorza » a quello che vuole, le dimissioni precoci di pazienti per far posto ai clienti dei primari, questo è un costo economico che porta la mia azienda a dire non ho soldi per assumere infermieri.*
- Silvestro dice sempre che la legge non ammette ignoranza, e prima ha detto una cosa importante, chi valuta chi e che cosa, ma scusatemi chi controlla chi, che cosa?*

Interviene

Nome e Cognome *Marianna*

Professione

Provenienza *Rianimazione*

Io vorrei sollevare il problema sulla qualità che genera differenza e che genera competizione.

Non vorrei che questa estrema competizione generi alla fine un danno alla professione, in quanto siamo una professione in crescita.

Interviene *A. Brandi*

Attenzione a non confondere concorrenza con competizione, sono due cose molto diverse.

La competizione è un elemento connaturato nelle cose e nelle persone ed è quella spinta, quella tensione continua che porta le persone a vedere ciò che fanno e a volersi costantemente migliorare. È questa la competizione di cui parlavo io.

Sul ruolo del sindacato nell'accreditamento professionale, sottolineo il fatto che parliamo di professionalità, di competenze, non stiamo parlando di lavoro, sono due cose un po' diverse.

La Dalponte c'è l'ha descritto molto bene.

Quando parliamo di competenze e di professionalità, di arricchimento delle competenze, penso che gli unici che possano valutare questo sono gli infermieri.

Ci si confronta sui risultati della valutazione della competenza, perché da quel risultato dipende la ricaduta sul lavoro, quindi il corrispettivo economico e la carriera.

Ma, ripeto, come si valuta una competenza, se è competenza professionale e se è competenza della professione infermieristica, penso spetti solo all'infermiere giudicare.

Ma attenzione, lei ha detto «da noi per il sindacato siamo tutti uguali», purtroppo il cambiamento coinvolge anche il sindacato, non solo gli infermieri ed il sistema sanitario.

Qui si sta parlando di un cambiamento culturale, che coinvolge tutti quelli che, in quanto soggetti partecipanti sono tenuti a cambiare; dovrà cambiare anche il sindacato rispetto a questo.

Interviene A. *Silvestro*

Rispetto al discorso specializzazione, visto che la collega chiedeva lo stato dell'arte, posso dire purtroppo che siamo ancora fermi.

Anche nel precedente Congresso ANIARTI era stato detto che era stato presentato il progetto al Ministro e a tutti gli organismi deputati a portarlo avanti, ma siamo ancora in quella situazione.

Al Congresso di Rimini della Federazione dei Collegi, il Ministro ha anche su questo preso impegno, speriamo sia vero, perché impegno era stato preso anche un anno e mezzo fa e oggettivamente non è stato minimamente onorato.

Solleciteremo il Ministro non solo come Federazione dei Collegi, ma anche come Associazione e vediamo se riusciamo a smuovere questo tipo di situazione.

Per quanto riguarda il collega di Reggio Calabria, penso che più che una domanda sia una riflessione e condivisione su alcune tematiche, comprendendo in pieno le sollecitazioni che ci sono giunte.

Interviene M. *D'Innocenzo*

Non sono mai riuscita ad essere così irritativa dal punto di vista corticale, mi piacerebbe con qualcuno però ...

Io ho dato una lettura del D.L. 229/99 particolarmente positiva, perché sto imparando strada facendo a cogliere quelli che sono gli elementi di opportunità che ci vengono dati e a fare di tutto per poterli sviluppare e puntare al risultato anche tenendo conto dei metodi e delle strategie.

Allora è probabile una visione del cosiddetto bicchiere mezzo pieno, che

può essere discutibile, però è quella che poi ci ha fatto arrivare a dei risultati e la L. 42/99 non è roba da poco, ma non è solo quella, anche la filosofia che c'è dentro, per esempio la legge ha tenuto conto di una serie di input che sono stati dati anche da noi, per quanto riguardava alcuni articoli, nonostante la soppressione dell'articolo 17 *quater*.

Quindi io sarei orientata a cogliere gli elementi positivi. Allora non sono d'accordo sull'aspetto formale rispetto a quello sostanziale e ve lo dico.

Io sono convinta che è cambiata la sostanza perché se noi dovessimo dire, per esempio, che i risultati sulla cultura della professione infermieristica si sono avuti subito dopo l'emanazione del profilo diremmo che in realtà il profilo non ha prodotto niente; il profilo ha innescato un meccanismo a cascata che ci ha portato ad una serie di atti conseguenti ad una progressiva crescita.

Perché sto facendo riferimento al profilo?

Perché questa è la terza riforma che noi facciamo e le ricadute positive di questa riforma noi le avremo tra qualche anno, ma è anche vero che noi progressivamente dal 1978 in poi abbiamo visto un passaggio forte della tutela dei diritti del cittadino per quanto riguarda la salute, qui non stiamo parlando di diritti degli operatori, ma anche dei diritti degli operatori in quanto cittadini e di un sistema pubblico in cui ognuno di noi paga il suo contributo al SSN ed ognuno di noi quando fa il cittadino pretende di avere il servizio migliore che ritiene di potere avere.

Allora rispetto a questo io ritengo che questa riforma sia andata a coprire alcune criticità come per esempio quella del mercato sanitario, che era sregolato, perché c'erano alcuni punti della riforma De Lorenzo che io personalmente non dividevo, e come me la professione in generale, in quanto noi per primi dicevamo che il modello di salute che insegniamo agli infermieri e che condividiamo non è poi in realtà, quel modello che attraverso i DRG viene garantito.

Allora questa contraddizione a cui prima facevo riferimento in realtà era regolata da un mercato economico sregolato in cui un DRG rappresentava una quota di finanziamento dentro cui c'era soltanto un'attribuzione economica, dove il carico assistenziale non era definito, per cui a parità di tipologia di diagnosi, di patologia, non c'era in realtà la stessa parità di consistenza assistenziale.

Allora a me pare non un cambio di forma, ma di sostanza enorme.

Quando noi diciamo che non va più bene la parte del DRG, ma che noi cittadini iniziamo a pagare la funzione assistenziale e definiamo alcuni percorsi, in cui si vanno ad equilibrare meccanismi di inappropriatazza come succede nell'emergenza sui codici bianchi, dove non c'è un filtro del medico di famiglia, non c'è un sistema di controllo ed il codice bianco viene remunerato come un codice rosso.

Era un sistema che andava regolato, in cui alcune cose dovevano essere considerate per la sostanza che c'era dietro.

Se noi abbiamo definito oggi l'elenco delle prestazioni appropriate, su cui tutti devono fare i conti, per cui il medico non può più prescrivere tre risonanze se non stanno dentro le linee guida che grazie anche all'accreditamento validano

che quella prestazione è realmente efficace, e di contro facciamo l'elenco di tutte quelle che non sono efficaci, noi facciamo saltare quel meccanismo della clientela che su questo si basa; che si basa sul fatto che, per esempio, ed è un altro fatto di sostanza, i medici, ma non solo i medici, siano potuti stare contemporaneamente dentro gli ospedali e nelle case di cura.

Ora da un lato non si possono più permettere di non erogare prestazioni appropriate, ci si deve rifare a linee guida, a criteri di evidenza scientifica, che dicono che alcune cose si possono fare nelle strutture pubbliche o in quelle accreditate ed un surplus di prestazioni che non fanno i conti con l'evidenza scientifica non si vanno più a fare nelle case di cura private o negli studi professionali.

C'è la possibilità di innescare un meccanismo le cui ricadute in termini pratici non saranno immediate, il meccanismo di clientele che ha prodotto il debito pubblico lo si sta risanando da pochi anni.

Non ci dobbiamo dimenticare di come il sistema sanitario si stava proiettando verso un meccanismo di liberalizzazione del mercato, per cui il problema che si ponevano i direttori generali era fare quadrare i bilanci.

Oggi non sarà più quello l'indicatore su cui verrà confermato il direttore generale, ma sarà la corrispondenza fra il raggiungimento degli obiettivi di salute, le risorse impiegate, la possibilità di erogare quelle prestazioni.

I bilanci si faranno su quelli con la contestualità delle risorse impiegate, dei fondi da assegnare.

Io spero di avere fatto venire le spine irritative a chi questo sistema non lo voleva.

Il problema che mi pongo oggi è di come assicurare un sistema che sia equo e solidale, questo è il problema che abbiamo, e che faccia i conti con il fatto che qualcuno vorrebbe che il sistema non fosse equo, non fosse uniforme sul territorio nazionale.

Noi abbiamo regioni povere che se continuasse a funzionare un meccanismo di mercato darebbero poche prestazioni solo ai poveri, mentre molti altri se le pagherebbero da sé.

Innescheremmo un meccanismo di tutela solo per i più ricchi, come accade da qualche parte.

Io sono convinta di stare dalla parte di quelli che vogliono un servizio sanitario che metta tutti i cittadini, indipendentemente dal censo, nelle condizioni di potere ottenere le prestazioni che servono, e anche un sistema che sia in grado di qualificare contestualmente le prestazioni anche attraverso gli operatori, ritengo che chi ha più soldi possa pagare le cose che desidera avere e chi non li ha si possa organizzare per avere le prestazioni che non sono essenziali con un meccanismo regolato in cui l'aspetto economico sul valore salute incide solo nella misura in cui le risorse devono servire per fare le cose essenziali, per rappresentare una società civile che si fa carico soprattutto dei più deboli.

Le clientele, i poteri forti con questo meccanismo, se noi ci sforziamo di contribuire ad esso per ciò che ci compete, con le competenze e la qualità delle prestazioni che noi possiamo dare, vengono spezzate.

Certo, ci vorranno ancora anni, perché in questo paese non tutti vogliono un servizio sanitario così, anzi ci sono regioni che dicono che si possono accreditare tutti, che si possono gestire tutte le risorse a disposizione senza pensare a quelle povere perché qualcuno ha fatto razzia del denaro pubblico.

Colleghi, cominciamo ad essere realistici, certe cose esistono, ma noi come cittadini e professionisti abbiamo un compito grosso anche nel migliorare questa riforma.

Questa riforma ha criticità forti, come quella di non avere la dirigenza infermieristica ed io su questa che ritenevo una sconfitta troppo grossa avevo deciso di lasciare perdere, e se non l'ho fatto è stato grazie anche al sostegno di molti colleghi, tra cui Drigo e Silvestro.

Facciamo le battaglie perché questi aspetti vengano modificati, utilizziamo gli strumenti che abbiamo al livello locale; dipende molto dalla nostra capacità, senza preoccuparci di chi sta indietro.

Interviene A. Dalponte

Io condivido questo problema; le lobby ci sono ed hanno sempre più forza.

Questa intelligenza sociale mi fa dire che comunque questa società dà sempre più spazio a queste modalità.

Il punto è che noi non possiamo continuamente isolarci.

Spesso stiamo fuori dal sindacato perché siamo a disagio, però queste sono strutture che hanno un ruolo, che hanno un peso nei processi decisionali, ed io penso che forse abbiamo fatto degli errori di percorso dove noi infermieri ci siamo un pochino crogiolati dentro la nostra specificità, perdendo del tempo nelle alleanze.

Occorre che ci alleiamo con queste lobby, perché altrimenti non portiamo a casa nulla.

L'ANIARTI è una associazione splendida, che aggrega, che fa vedere insieme 1600, 1700 infermieri, ma non c'è altra possibilità, al di là di questa associazione o della Federazione e dei Collegi IPASVI che aggregano gli infermieri.

Siamo troppo di categoria, dobbiamo aggregarci ad altri punti di potere.

Di sicuro il sindacato avrà un ruolo, ci mancherebbe, è storico, ha una rete di relazioni e di rapporti fortissima, dobbiamo entrarci, dobbiamo trovare il modo di dialogare con loro.

Chiusura del XVIII Congresso Nazionale ANIARTI

Elio Drigo
Presidente ANIARTI

Un collega mi faceva notare che fino a questo momento, a livello nazionale non è mai stata celebrata formalmente la felicità che gli infermieri hanno potuto liberare nel momento in cui è stata approvata la legge 42.

Propongo un applauso a questa legge ed a quanti hanno profuso le loro energie per ottenerla.

Non vorrei rompere l'atmosfera fantastica che c'è. Ci lasciamo da qui con un compito gravoso, importante, forse anche inevitabile, ma non guardiamo il bicchiere mezzo vuoto! guardiamo quello mezzo pieno, direi un compito soprattutto entusiasmante.

Essere professionisti a tutti gli effetti oggi è importante, dobbiamo esserlo nel quotidiano, nel fare tutto quello che siamo chiamati a fare a servizio dei nostri cittadini, nell'organizzazione, nella partecipazione *politica* ed abbiamo visto che cosa questo significa oggi in termini concreti e quali possono essere gli effetti per la professione infermieristica e per il nostro paese.

Ci lasciamo dunque con questo messaggio di fondo, il resto dei messaggi credo ciascuno li abbia percepiti nei contenuti che in questi tre giorni abbiamo insieme affrontato.

Il messaggio adesso credo debba essere assolutamente quello di partecipare, partecipare all'interno delle associazioni. Abbiamo il problema *accreditamento* qui alle porte, immediato da affrontare. Partecipazione a livello dei colleghi professionali, per esserci, per donare il proprio lavoro, per far crescere la nostra professione nell'insieme oltre che singolarmente ed esserci anche a livello sociale e politico nei termini che abbiamo chiarito; solo in questo modo riusciremo ad influire sulle decisioni che riguardano, badiamo bene, il nostro paese e non il nostro singolo interesse. Stiamo qui lavorando insieme per portare avanti la nostra società civile perché di questo si tratta.

Nella nostra assemblea credo ci sia stata una grande immagine del paese che sta cambiando in maniera tumultuosa. Probabilmente tre giorni fa nella nostra mente non avevamo tutte le cose sulle quali in questi giorni abbiamo riflettuto; non avevamo visto le dimensioni che poteva assumere il problema e dove questo problema poteva accompagnarci.

Credo che sia importante considerare questo come un momento di cambiamento grandissimo, importantissimo, molto esteso, molto complesso.

Ripeto, la parola che ci deve tenere insieme è: partecipazione.

A conclusione del congresso, ricordo che il prossimo anno ci vedremo a Genova dal 15 al 17 novembre, per parlare di organizzazione dipartimentale, altro punto nodale del nostro essere infermieri; organizzazione dipartimentale in area critica con funzioni, responsabilità infermieristica nell'assistenza, nella formazione e nella gestione.

Prima di chiudere vorrei ringraziare tutti quanti hanno consentito la rea-

lizzazione di questa iniziativa. Come sapete, è un'iniziativa che è nata più di un anno fa, come ogni congresso dell'Aniarti.

Vorrei ringraziare dunque in primo luogo i componenti della segreteria scientifica, Annalisa Silvestro in modo particolare per la logica ed i contenuti che riesce a legare nel programma; e Paola di Giulio, che ieri ha curato tutta la giornata. I relatori, soprattutto quelli che nel giro di una notte forse, hanno dovuto ribaltare i contenuti della loro relazione per impostarla con migliore integrazione sulla base dell'evoluzione delle idee sviluppatasi durante il congresso; ed anche i relatori che hanno presentato interventi frutto di lavoro di gruppo: e qui, lo ricordiamo, hanno lavorato circa una cinquantina di infermieri per analizzare una grande mole di bibliografia internazionale ed ottenere quello che è stato il risultato delle relazioni di ieri.

Ringrazio i responsabili della segreteria organizzativa del congresso che, come sapete, è composta tutta esclusivamente da infermieri: in particolare Gianfranco Cecinati, Paola D'Amore, che cura l'ufficio soci ANIARTI di Firenze, Elena Ciriello, Nunzia Pinzari e tutti i colleghi della segreteria, Marcello Gasti, che ha seguito l'*Aniartipoint* come responsabile e i colleghi delegati Aniarti del Friuli Venezia Giulia e dell'Emilia Romagna, che hanno sempre curato l'*Aniartipoint*; Zerbinati, Sebastiani e Cullurà che hanno presentato il *Centro di documentazione infermieristica – Aniarti*, il collega Montecchi per il servizio d'ordine, il responsabile della distribuzione dei kit Marconi, Fabrizio Moggia che si è preso cura del regolare funzionamento dell'organizzazione in sala e tutte le altre colleghe che avete avuto l'occasione di vedere costantemente presenti qui, attente come, io direi, solo un'infermiera sa fare.

Sicuramente dimentico qualcuno, ma sono anche sicuro che sarò scusato, considerata la grande quantità di colleghi amici, che hanno lavorato in questi giorni per tutti noi.

Ringrazio tutti i partecipanti, le aziende che ci hanno sostenuto ed anche i nostri colleghi a casa, che hanno consentito a noi di essere presenti, continuando anche parte del nostro lavoro.

L'appuntamento è al prossimo anno, ricordando che nei prossimi mesi il lavoro è molto.

Buon lavoro a tutti quindi ed arrivederci a Genova!

XVIII CONGRESSO NAZIONALE ANIARTI

ACCREDITAMENTO E CERTIFICAZIONE IN AREA CRITICA

12 novembre 1999 - Pomeriggio

SESSIONE SPECIALE

La legge 42/99 abroga il *mansionario* (DPR 225/74) e definisce la professione infermieristica una professione sanitaria.

Sono tuttora in vigore altre norme ed atti di indirizzo che possono incidere sull'esercizio professionale dell'infermiere, quali ad esempio:

- il DPR 27 marzo 1992, *Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza*;
- la legge n. 107 del 4 maggio 1990, riguardante la *Disciplina per le attività trasfusionali relative al sangue umano ed ai suoi componenti e la produzione di emoderivati*;
- le indicazioni dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali sul Dipartimento nel Servizio Sanitario Nazionale.

Qual è il comportamento professionale più corretto da tenere per l'assunzione della re-

lativa responsabilità in area critica, dove l'infermiere continua ad affrontare situazioni assistenziali non sempre decodificabili nonostante gli attuali riscontri normativi?

TAVOLA ROTONDA

Partecipano:

- Rappresentante Aniarti: *Elio Drigo*
- Medico legale: *Daniele Rodriguez*
- Medico Rianimatore: *Marco Zanella*
- Rappresentante politico: *Marinella D'Innocenzo*

QUESITI

- L'assistenza infermieristica viene modificata dalla Legge 42/99?
- Come si configura la responsabilità con la Legge 42/99 e le altre norme vigenti?
- Quale la rilevanza della formazione con la Legge 42/99?
- Quali le criticità e le ipotesi di sviluppo della professione infermieristica con la nuova normazione nazionale?

SESSIONE SPECIALE

La legge 42/99 abroga il *mansionario* (DPR 225/74) e definisce la professione infermieristica una professione sanitaria.

Sono tuttora in vigore altre norme ed atti di indirizzo che possono incidere sull'esercizio professionale dell'infermiere, quali ad esempio:

- il DPR 27 marzo 1992, *Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza*;
- la legge n. 107 del 4 maggio 1990, riguardante la *Disciplina per le attività trasfusionali relative al sangue umano ed ai suoi componenti e la produzione di emoderivati*;
- le indicazioni dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali sul Dipartimento nel Servizio Sanitario Nazionale.

Qual è il comportamento professionale più corretto da tenere per l'assunzione della relativa responsabilità in area critica, dove l'infermiere continua ad affrontare situazioni assistenziali non sempre decodificabili nonostante gli attuali riscontri normativi?

Moderatore: ANNALISA SILVESTRO

Partecipano:

ELIO DRIGO

DANIELE RODRIGUEZ

MARCO ZANELLO

MARINELLA D'INNOCENZO

Rappresentante ANIARTI

Medico legale

Medico Rianimatore

Rappresentante politico

E. DRIGO

Presidente ANIARTI

La domanda di questa tavola rotonda è: qual è il comportamento professionale più corretto da tenere per l'assunzione delle relative responsabilità in area critica, dove l'infermiere continua ad affrontare situazioni assistenziali non sempre decodificabili nonostante gli attuali riscontri normativi?

L'ingresso della L. 42/99, ha consentito l'inizio di una fase di transizione che dovrebbe portare l'assistenza infermieristica a svolgere una funzione notevolmente diversa da quella possibile oggi.

La coniugazione della L. 42/99 con la filosofia sottesa alla 3ª riforma del SSN e del Piano sanitario nazionale, dovrebbe portare le istituzioni ad usufruire della professione infermieristica sia per le competenze in fatto di organizzazione e gestione delle strutture e dei processi operativi, sia per la qualità dei risultati di salute.

Questo potrà realizzarsi se verranno superati i vincoli esistenti ancora con alcune norme, nate in contesti diversi e finalizzate o a tamponare situazioni organizzative altrimenti insostenibili o a difendere presunte esclusività di competenza.

(Pensiamo solo alle indicazioni che *permettono* agli infermieri di dialisi di collegare il malato all'apparecchio, agli infermieri di somministrare a domicilio le infusioni ma solo ai malati di AIDS ...).

(In allegato, è citata altra documentazione).

La Legge 42/99 libera le risorse della professione infermieristica nel contesto dell'organizzazione sanitaria. Una scelta fatta in realtà con molto ritardo sui tempi.

Alla luce della L. 42/99, che abroga il mansionario, le normative ed indicazioni precedenti appaiono con stridente evidenza medicocentriche e palesemente superate dalla storia.

Questo comunque, non deve meravigliarci più del giusto: nel periodo storico precedente la nostra società faceva determinate scelte e pertanto, anche le norme andavano in quella direzione.

Oggi dobbiamo essere attenti e superare certe situazioni perché le esigenze sono diverse.

In questo contesto, forse la spada di Damocle costituita dal precedente mansionario ha bloccato troppo a lungo anche la creatività degli infermieri nello sviluppare percorsi e soluzioni assistenziali innovative.

Adesso ci si trova nella necessità di recuperare il tempo perduto dal sistema e dare alla L. 42/99 una piena attuazione sia da parte degli infermieri che delle istituzioni. Aziende e istituzioni sanitarie dovrebbero promuovere e stimolare una rapida evoluzione sia organizzativa che professionale.

Vi è quindi una certa fatica a fare i passi successivi: ne manca l'abitudine da entrambe le parti; forse è addirittura più difficile per il sistema sanitario,

non certo abituato a considerare gli infermieri come componente molto più disponibile al cambiamento.

Esiste comunque per noi, una porta aperta per prospettive molto innovative, per certi versi forse sconvolgenti per l'attuale sistema.

L'elemento che dovrebbe fare la differenza sostanziale nell'impostazione del servizio degli operatori sanitari e delle istituzioni dovrebbe essere un'interpretazione collettiva delle nuove indicazioni normative in termini di opportunità di sviluppo complessivo del sistema e non in termini di minaccia di interessi.

Questa opportunità di sviluppo per il sistema sanitario è da intendere non per un sistema sanitario chiuso.

Qui si tratta di un'incidenza decisiva per il sistema-Italia.

Il razionale utilizzo di risorse personali e materiali e l'adozione di processi operativi fondati su evidenza scientifica, che la valorizzazione della professionalità infermieristica può trascinare, rappresentano sicuramente anche un vantaggio in termini di qualità dei risultati e di quantità delle risorse impiegate per il servizio alla salute.

Forse la scelta politica di liberare le risorse professionali infermieristiche è stata dettata anche in conseguenza della consapevolezza che un sistema sanitario ingessato da decenni, non poteva reggere la richiesta incontenibile di servizi da parte dei cittadini e la spinta fortemente innovativa derivante dall'inevitabile confronto con l'Europa e il mondo.

Si sono fatte scelte politiche che hanno fatto avanzare la professione infermieristica (con la L. 42/99, ma non solo).

Il dubbio è, tra l'altro dobbiamo dirci anche questo, che nonostante la grande profusione di energie fatta dalla professione per ottenere la L. 42/99, forse queste normative siano arrivate per una necessità delle istituzioni piuttosto che per il fatto che la professione facesse le sue richieste.

Questo significherebbe che ancora non riusciamo a pesare a sufficienza. Qui si deve insieme comprendere l'importanza e la dimensione del peso e della fatica che dobbiamo fare se intendiamo ottenere qualche cosa, ovviamente non a vantaggio personale o di categoria, ma di adeguatezza del sistema.

Situazioni assistenziali non sempre decodificabili

La complessità delle situazioni da affrontare ha provocato la non sostenibilità di metodologie di soluzione semplicistiche dei problemi, basate sulla frammentazione delle competenze.

La soluzione passa solo attraverso la composizione delle competenze e quindi l'integrazione, utilizzando al meglio le responsabilità per lo specifico professionale. Un discorso che stiamo facendo ormai da molto tempo.

I punti di riferimento per gli infermieri sono, come noto, il profilo professionale, il curriculum formativo e professionale certificato ed il codice deontologico.

Le situazioni che generano difficoltà interpretative hanno due origini:

1) di tipo generale, derivanti dalle dichiarazioni del profilo e del codice deontologico, che esprimono l'autonomia dell'infermiere; competenze infermieristiche riconosciute ma non liberate da una effettiva possibilità di esercitare l'autonomia (dovere ma non potere);

il profilo: afferma che l'infermiere «partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività» (3a), «pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico» (3c), «garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche» (3d).

Questo implica anche poter determinare il campo di intervento assistenziale (numero e tipologia di malati da assistere) e le risorse da rendere disponibili (professionisti, operatori e risorse materiali). Attualmente non vi è autonomia professionale riconosciuta nelle gerarchie delle istituzioni sanitarie. Tutto ciò significa dover assumersi delle responsabilità senza la reale possibilità di decidere sugli elementi costitutivi della gestione;

2) di tipo specifico, derivanti dalla indeterminatezza del limite tra assistenza e diagnosi ed assistenza e terapia; competenze infermieristiche già esercitate ma non riconosciute né liberate (sapere ma non dovere).

Un secondo ambito nel quale oggi si vede emergere come vincolo ed una criticità da superare è quello derivante dalla indeterminatezza del limite tra assistenza e diagnosi ed assistenza e terapia: la difficile collocazione del limite tra competenze mediche e competenze infermieristiche.

La competenza e responsabilità del medico per diagnosi e terapia è indiscussa.

a) La delimitazione del confine tra assistenza, cura e terapia:

di fatto l'assistenza oggi, specie in area critica, riveste anche le caratteristiche di un processo terapeutico.

– Pensiamo agli aspetti di trattamento delle complicanze da allettamento sulla cute, a livello polmonare, ecc. trattati routinariamente dagli infermieri;

– la sorveglianza delle funzioni eliminatorie e l'adozione di interventi semplici per la soluzione di eventuali problemi;

– la necessità di variare dosaggi terapeutici in somministrazione continua sulla base della variazione dei segni vitali e/o delle risposte biologiche;

– la necessità di utilizzare attrezzature salvavita;

– la soluzione di problemi di equilibrio personale, risolti con l'adozione di sistemi relazionali adeguati.

b) Il limite della competenza/responsabilità sulla diagnosi e/o diagnosi apparente in situazione di emergenza/urgenza per l'area critica (ma in generale nell'assistenza);

– la necessità, in emergenza ed in presenza di situazioni certe e/o presunte, di identificare una diagnosi apparente e di attuare di conseguenza interventi terapeutici codificati, per i quali la componente tecnica è relativamente semplice,

mentre è richiesta un'elevata componente professionale (DPR 27 marzo 1992);
 – la necessità di assumere decisioni organizzative in emergenza con elevato contenuto di implicanze diagnostiche e terapeutiche (DPR 27 marzo 1992).

Va quindi ripensato il concetto di diagnosi e di terapia ed adottato un atteggiamento maggiormente flessibile, certamente con l'assunzione della relativa responsabilità personale riguardo alle conseguenti competenze.

Vi sono già anche ricerche europee che dimostrano la positività dei risultati ottenuti (v. la ricerca *Euricus I e II*) adottando una metodologia di lavoro attenta alla logica dei processi, sicuramente non escludendo la professionalità delle prestazioni, ma non arroccata sulla difesa rigida del campo. In quest'ottica anche gli infermieri decidono diagnosi e terapie nell'ambito di percorsi predefiniti insieme ai medici e dunque protetti.

Va ripensata tutta la teorizzazione, strumentale, nata in epoche passate, sul famoso *atto medico delegato*. Se è atto medico deve restare medico, se è *delegabile*, significa che il delegato è in grado di farlo, dunque è competente.

Di fatto, gli *atti medici delegati* non esistono! Sono un'invenzione per mantenere la dominanza in alcuni campi dell'attività sanitaria ed allo stesso tempo costringere altri ad eseguire attività forse non ritenute gratificanti. Ma questo probabilmente fa già parte di una filosofia del passato, che non appartiene più a quella che è l'impostazione del servizio sanitario attuale e non appartiene più nemmeno alla filosofia dei settori medici più avanzati.

Ed è con questi che noi dobbiamo confrontarci ed impostare una filosofia comune futura. Questa è la strada da battere, non tanto perché lo chiediamo noi ma perché lo chiede la società nell'ambito delle esigenze complessive che si manifestano.

La soluzione dei problemi interpretativi delle competenze per situazioni assistenziali non chiaramente definibili passa attraverso l'assunzione di responsabilità collettiva dell'équipe sugli obiettivi di salute da raggiungere, che certamente non esclude la responsabilità personale di ciascuno dei membri dell'équipe, che deve essere assolutamente garantita e sostenuta da una competenza di elevatissimo livello.

Responsabilità derivanti

– La responsabilità organizzativa derivante dalla piena responsabilità dell'assistenza, come si concilia con la formale impossibilità attuale di decidere sull'organizzazione complessiva dell'unità operativa? (vedi il mancato riconoscimento della dirigenza infermieristica).

Vi sono responsabilità:

– verso un'assistenza più congruente con le necessità attuali e delle strutture sanitarie;

- verso la persona nell'offrire risposte accettabili in termini di tempo e qualità;
- verso la collettività nel contribuire all'evoluzione globale del sistema.

Comportamenti da assumere

Comportamenti da assumere significa dover decidere in una visione positiva e propositiva partendo dalle norme/indicazioni disponibili. Questo implica il dovere deontologico personale di garantire un livello di professionalità elevato.

I comportamenti si rifanno alle norme per la delimitazione de campo di attività e di responsabilità: profilo, percorso formativo e professionale, codice deontologico.

Abbiamo parlato di accreditamento e certificazione; naturalmente in questa ottica, il percorso formativo e professionale dovranno essere non solo formali ma sostanziali e documentati.

Questo significa che dovrà essere istituito un percorso sistematico per la valutazione oggettiva degli operatori. Anche a garanzia dei cittadini.

Non dimentichiamo il *Patto infermiere-cittadino* e il *Codice Deontologico*.

Presupposti per l'assunzione di responsabilità e per l'integrazione con le altre professioni sono:

- possesso di competenza professionale specifica;
- manutenzione continua della professionalità;
- conoscenza dell'istituzione, della struttura e dell'organizzazione;
- impegno costante per favorire l'interazione tra operatori e con l'istituzione;
- tensione comune alla ricerca dell'eccellenza dei risultati clinici ed organizzativi.

Il cambiamento va sicuramente avanti perché tutto si trasforma e perché diventa possibile e necessario affrontare problemi sempre più complessi. Il cambiamento c'è.

La soluzione non è la chiusura nelle competenze tradizionalmente consolidate ma nelle competenze richieste dalle novità cliniche, sociali ed organizzative delle situazioni.

In questa direzione va il cambiamento, non si tratta di imporre cose nuove e diverse per l'interesse di qualcuno, ma semplicemente di adeguarsi a quella che è la nuova esigenza che sta venendo avanti in tutte le direzioni e nella situazione globalmente intesa. All'interno di questa ciascuno di noi è chiamato a interpretare il proprio ruolo con responsabilità.

1) Allegato a documentazione

Norme emblematiche delle concessioni di autonomia agli infermieri:

* L. 107/90, sulla «*Disciplina per le attività trasfusionali relative al sangue umano ed ai suoi componenti per la produzione di emoderivati*»

– art. 3 ... «il prelievo di sangue intero è eseguito da un medico o, sotto la sua responsabilità ed in sua presenza, da un infermiere professionale» (?)

– Per la determinazione del gruppo sanguigno, l'art. 27 del Decreto del Ministero della Sanità 27 dicembre 1990, recita: «il campione di sangue...deve essere firmato dal medico che ha la responsabilità del prelievo» (chi fa il prelievo è definito dal protocollo della Commissione nazionale per il servizio trasfusionale (art.1 2)).

I singoli compiti vengono scomposti tra compilazione del modulo di richiesta e firma dello stesso, esecuzione del prelievo e identificazione del paziente al momento del prelievo...con palese volontà di evidenziare chi deve eseguire e chi pensa.

DPR 27 marzo 1992 «*Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza*»

- art. 4 ... «La Centrale Operativa... si avvale di personale infermieristico adeguatamente addestrato». (addestramento/formazione?)

«... La responsabilità operativa è affidata al personale infermieristico professionale ... nell'ambito dei protocolli decisi dal medico responsabile della centrale operativa». (i protocolli sono tali solo se condivisi)

- art. 10 «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».

(può essere autorizzato: perché?; e da chi?; e sulla base di quali criteri?)

(perché solo nello svolgimento del servizio di emergenza?)

(i protocolli sono tali solo se condivisi!)

+ Atto di intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida di applicazione.

- ...Funzioni di *triage* all'interno dei DEA...»svolta da personale infermieristico adeguatamente formato, che opera secondo protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio»

-

+ *Rapporto del Gruppo di lavoro sui Dipartimenti dell'Agenzia per i Servizi Regionali.*

D. RODRIGUEZ (*)

Professore ordinario di Medicina legale nell'Università degli Studi di Ancona

L'art. 1 della legge 26 febbraio 1999 n. 42 ed il codice deontologico degli infermieri approvato nel febbraio 1999 mostrano una straordinaria convergenza di carattere lessicale per quanto riguarda il tema generale della «responsabilità dell'infermiere»; i due testi si avvalgono, infatti, di alcune parole particolarmente significative, che sono esattamente le stesse.

Visto il rilievo che proprio queste parole rivestono, è da chiedersi se si tratti di mera coincidenza oppure se l'uso degli stessi termini sia frutto di una scelta meditata; l'interrogativo fondamentale è comunque se vi sia una convergenza, oltre che formale, anche sostanziale, sui concetti che queste parole esprimono.

Le tre parole sono: *responsabilità*, *attività* e *competenza*.

Conviene analizzare per primo il termine *responsabilità* definendone il concetto in generale. La parola *responsabilità* ha, infatti, un duplice significato (cfr. tabella I): non solo quello di essere chiamati a rispondere ad una qualche autorità di una condotta professionale riprovevole, ma anche quello di impegnarsi per mantenere un comportamento congruo e corretto (1, 2). L'aspetto primo indicato della responsabilità corrisponde ad un concetto «negativo» del termine (essere chiamati a rispondere, magari in giudizio penale, quando ormai l'errore o l'omissione è stato commesso), in contrapposizione a quello «positivo» dell'essere responsabili, dell'assumersi cioè le responsabilità che l'esercizio professionale comporta.

Tabella I - L'ambivalenza del termine *responsabilità*

Ottica positiva	Ottica negativa
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>

(*) Il testo dell'intervento è in larga parte sovrapponibile a quello pubblicato dall'Autore in *Scenario* 16 (3), 4, 1999.

(1) BENCIOINI 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.

(2) RODRIGUEZ D., *Relazione in Tavola rotonda*, XIV Congresso nazionale ANIARTI «Area critica: presente e futuro con i cittadini. Urgenza ed emergenza; ospedale e territorio; responsabilità e risultato», Genova 15-17 novembre 1995. Atti, Tipografia Tappini, Città di Castello 1996, pp. 269-276 e 292-324.

Considerato il peculiare significato che assume in relazione all'esercizio della professione il termine *responsabilità* inteso in senso *positivo*, occorre indicare come si concretizzi una siffatta responsabilità, quali siano cioè i principi ai quali conviene ispirarsi per raggiungere l'obiettivo dell'essere responsabili nella condotta professionale. In generale, si può affermare che la condotta professionalmente responsabile discende dal rispetto di quanto indicato nei tre punti seguenti:

- 1) presupposti scientifici delle attività e delle funzioni proprie della professione;
- 2) valori etici condivisi ed indicazioni che derivano dalla coscienza personale;
- 3) norme di riferimento.

Circa 1) e 2), è sufficiente indicare che i principi lì richiamati possono, almeno in parte, corrispondere all'adagio – spesso usato a sproposito, per giustificare i loro comportamenti discutibili, da taluni professionisti sanitari, come se fosse una formula magica alla quale non è possibile contrapporre alcuna obiezione – del *comportarsi secondo scienza e coscienza*.

In merito al punto 3, si rimanda alla tabella II che fornisce indicazioni, necessariamente generiche, sulle norme di riferimento dalle quali scaturiscono, a vario titolo, ambiti di responsabilità diversificati. Risulta, in sostanza, che per l'infermiere (e per gli altri esercenti una professione sanitaria) esiste la possibilità che norme, rispettivamente, etiche, deontologiche e giuridiche, riguardino una stessa materia d'interesse professionale. Poiché la disciplina risultante può non essere sempre omogenea, può accadere che, per una stessa condotta professionale, vi siano differenti ricadute in tema di responsabilità secondo l'ambito (etico, deontologico, giuridico) di riferimento.

Tabella II - Ambiti normativi della responsabilità

Ambito di riferimento	Fondamentali fonti normative
Penale	Codice penale
Civile	Codice civile
Amministrativo-disciplinare	Varie: ad es. legge 833/78, D.P.R. 761/79, D.L.vo 502/92, D.L.vo 29/93 e rispettive modificazioni e/o integrazioni D.P.R. 13 marzo 1992 D.M. 739/94
Deontologico-disciplinare	Codice deontologico degli infermieri
Etico	Valori etici

Della *responsabilità* in relazione alla professione infermieristica si discute in modo sistematico a partire dalla pubblicazione, nella *Gazzetta Ufficiale* n. 50

del 2 marzo 1999, della legge 26 febbraio 1999 n. 42 «Disposizioni in materia di professioni sanitarie»; in realtà, la discussione, in convegni, congressi, riunioni di studio era già stata avviata da quando, con testo molto simile a quello ora definitivo, il corrispondente disegno di legge (che recava il n. 4216) era stato approvato (in data 1° ottobre 1997) dalla Commissione permanente (Igiene e Sanità) del Senato della Repubblica. Nel secondo comma dell'art. 1 della legge (e nel corrispondente disegno), infatti, compare (e, rispettivamente, compara) proprio il sostantivo *responsabilità*. Il testo del predetto art. 1 è integralmente riportato in tabella III.

Tabella III - Legge 26 febbraio 1999, n. 42 (G.U. n. 50 del 2 marzo 1999) - Disposizioni in materia di professioni sanitarie

<p><i>Art. 1</i> <i>Definizione delle professioni sanitarie.</i></p> <p>1. La denominazione «professione sanitaria ausiliaria» nel testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni nonché in ogni altra disposizione di legge, è sostituita dalla denominazione «professione sanitaria»</p>	<p>2. Dalla data di entrata in vigore della presente legge sono abrogati il regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 1974, n. 225, ad eccezione delle disposizioni previste dal titolo V, il decreto del Presidente della Repubblica 7 marzo 1975, n. 163 e l'articolo 24 del regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 6 marzo 1968, n. 680 e successive modificazioni. Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali.</p>
--	--

Il comma 2 richiama dunque «il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie», fra le quali vi è evidentemente anche quella infermieristica.

Una siffatta indicazione circa l'esistenza di una responsabilità anche dell'infermiere ha indotto taluno a porsi domande: nasce la responsabilità professionale dell'infermiere che prima non esisteva? Oppure vi è ora una diversa connotazione della responsabilità dell'infermiere rispetto a prima?

In realtà questo richiamo alla responsabilità operato dalla legge 42 non può considerarsi, in relazione alla professione infermieristica, come un'indicazione normativa nuova.

A prescindere dalle avvenute, per quanto infrequenti, pronunce giurisprudenziali in punto di responsabilità, colposa e dolosa, dell'infermiere, ed a prescindere da provvedimenti e sanzioni deontologiche ed amministrative in genere – fatti che stanno, tutti, a dimostrare l'esistenza di una responsabilità dell'infermiere nell'esercizio della professione –, non sono rilevabili, anche dal punto di vista meramente lessicale, in questa legge 42 del 1999, novità significative. Proprio il concetto di *responsabilità*, con riferimento alla professione infermieristica, ricorreva, infatti, anche all'interno di altre norme dello Stato. Si tratta delle seguenti.

La prima fonte normativa, in ordine cronologico, è il D.P.R. 13 marzo 1992 «Atto di indirizzo e di coordinamento alle Regioni ... in materia di emergenza sanitaria», che testualmente, all'art. 4 («Competenze e *responsabilità* nelle centrali operative»), secondo comma, prevede che «la *responsabilità* operativa è affidata a personale infermieristico *professionale*.» Pur se riferita alla dimensione *operativa*, è la prima volta che compare esplicitamente la parola «responsabilità» in rapporto alla professione infermieristica.

Il concetto di responsabilità è ripreso nel Decreto del Ministero Sanità 14 settembre 1994 «Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere»; l'art. 1 del D.M. recita «l'infermiere è l'operatore sanitario ... *responsabile* dell'assistenza generale infermieristica». Qui la responsabilità è contemplata di portata più ampia, investendo globalmente tutto il piano *assistenziale*.

Nella legge 42, quindi, il concetto di *responsabilità* compare ormai per la terza volta in una norma dello Stato, il che rappresenta quindi più una conferma che una novità.

Sta comunque, di fatto, che detta «conferma», vissuta come una novità, ha sollecitato una grande attenzione sul significato da dare al richiamo alla responsabilità dell'infermiere operato da queste norme dello Stato.

Tuttavia la normativa dello Stato, anche considerando il sopra menzionato D.P.R. del 1992, non è stata particolarmente tempestiva nel citare esplicitamente la responsabilità dell'infermiere, essendo stata preceduta, nel 1977, dalle indicazioni del codice deontologico degli infermieri, il cui punto 6 richiama la «*responsabilità*» dell'infermiere, indicandola come «autonoma», ma correlandola alla collaborazione attiva con i medici e con gli altri operatori socio-sanitari.

Storicamente, è dunque ben documentato uno specifico interesse del codice deontologico degli infermieri proprio al tema della «responsabilità», quando di questo termine, in rapporto alle professioni sanitarie non mediche, non risulta traccia nelle leggi dello Stato se non in epoca di quindici anni successiva.

Quanto al nuovo codice deontologico degli infermieri, quello approvato cioè nel febbraio del 1999, i termini *responsabilità* o *responsabile* ricorrono – complessivamente – per otto volte, come riportato in tabella IV.

Va da sé che questa osservazione vuole essere un semplice indicatore del-

l'enfasi posta dal codice deontologico nel richiamare la responsabilità dell'infermiere; i dati sono quindi proposti più a titolo di curiosità che come elemento probatorio a supporto dell'esistenza della responsabilità: è pacifico, infatti, che vi può ben essere responsabilità anche senza che sia testualmente riportato il sostantivo corrispondente.

Tabella IV - *Il codice deontologico degli infermieri del 1999: passi nei quali è esplicitamente richiamato il concetto di responsabilità.*

- | |
|---|
| <p>1.1. L'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma abilitante e dell'iscrizione all'Albo professionale, è responsabile dell'assistenza infermieristica.</p> <p>1.3. La responsabilità dell'infermiere consiste nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.</p> <p>1.4. Il Codice deontologico guida l'infermiere nello sviluppo della identità professionale e nell'assunzione di un comportamento eticamente responsabile. È uno strumento che informa il cittadino sui comportamenti che può attendersi dall'infermiere.</p> <p>2.1. Il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della professione è condizione essenziale per l'assunzione della responsabilità delle cure infermieristiche.</p> <p>3.2. L'infermiere assume responsabilità in base al livello di competenza raggiunto e ricorre, se necessario, all'intervento o alla consulenza di esperti. Riconosce che l'integrazione è la migliore possibilità per far fronte ai problemi dell'assistito; riconosce altresì l'importanza di prestare consulenza, ponendo le proprie conoscenze ed abilità a disposizione della comunità professionale.</p> <p>3.3. L'infermiere riconosce i limiti delle proprie conoscenze e competenze e declina la responsabilità quando ritenga di non poter agire con sicurezza. Ha il diritto ed il dovere di richiedere formazione e/o supervisione per pratiche nuove o sulle quali non ha esperienza; si astiene dal ricorrere a sperimentazioni prive di guida che possono costituire rischio per la persona.</p> <p>6.1. L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'equo utilizzo delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale.</p> <p>6.3. L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, di fronte a carenze o disservizi provvede a darne comunicazione e per quanto possibile, a ricreare la situazione più favorevole.</p> |
|---|

L'elenco di cui alla tabella IV è utile per un altro motivo. Infatti, esso permette di identificare il significato del termine «responsabilità» *secondo il codice deontologico*. Dalla lettura degli articoli riportati, emerge pacificamente che il concetto è usato sempre nella sua accezione positiva, quella cioè dell'assumere, anche con le pertinenti iniziative, una condotta congrua rispetto ai bisogni della persona assistita.

Anche la legge 42 del 1999 si esprime testualmente in modo da far risaltare il valore positivo da conferire al termine responsabilità. Ecco il ragionamento che permette di giungere a quest'ultima affermazione.

L'art. 1 della legge 42 ha una prima parte, per così dire, *abrogativa*, quella abitualmente enfatizzata in congressi ed in autorevoli contributi dottrinali (3, 4) sulla legge stessa; questa prima parte consiste nella duplice abolizione:

a) dell'attributo «ausiliario» dalla locuzione «professioni sanitarie» (cfr. comma 1: la formulazione testuale è differente, ma il risultato è la predetta abrogazione);

b) del mansionario delle professioni infermieristica, ostetrica e di tecnico sanitario di radiologia medica (cfr. comma 2, prima frase).

A queste abrogazioni, sul significato delle quali è qui impensabile soffermarsi (5), corrispondono le indicazioni in senso *prescrittivo-positivo* che riguardano la definizione del campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie rientranti, rispettivamente, in una delle tre aree – infermieristica, tecnica o della riabilitazione – indicate nel comma 3, dell'art. 6 del D. L.vo 30 dicembre 1992 n. 502 (cfr. l'indicazione in tal senso del comma 2, parte iniziale della seconda frase, dell'art. 1 in commento).

Per le citate professioni sanitarie, l'art. 1 della legge 42 colma il vuoto (reale o presunto che sia: è infatti aperta la discussione se la legge 42 testimoni il riconoscimento di funzioni già di fatto svolte da taluni/molti professionisti, almeno negli ultimi anni, nonostante le prescrizioni limitative del mansionario) lasciato dall'abrogazione del mansionario e della concezione del ruolo ausiliario di talune professioni sanitarie, indicando che «il campo proprio di *attività* e di *responsabilità*» è determinato dai contenuti:

- dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali;
- degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario;
- degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di formazione *post-base*;
- degli specifici codici deontologici.

È soprattutto da notare che, nell'indicare come colmare il *vuoto*, la legge 42 si esprime con modalità particolarmente appropriata ed attenta. In altre parole, la legge 42 oltre a fornire le precisazioni necessarie sui riferimenti normativi dai quali ricavare i contenuti dell'esercizio delle professioni, ha mostrato, *quale atteggiamento tenere* nel momento in cui si assumono queste funzioni.

In particolare, l'art. 1 della legge 42 associa i sostantivi *attività* e *responsabilità*; un siffatto accostamento non è casuale ed induce ad approfondire la riflessione. È chiarissimo che *responsabilità* non è qui considerata solo come attitudine ad essere chiamati a rispondere per errori od omissioni nell'esercizio della professione, ma anche come capacità di rispondere ai bisogni dell'assisti-

(3) BENCI L., *Professioni sanitarie ... non più ausiliarie. Il primo contratto di lavoro privatizzato*. Rivista *Diritto Professioni Sanitarie* 2, 3-15, 1999.

(4) CAVANA E., *Considerazioni sulla legge 42/99*. Rivista *Diritto Professioni Sanitarie* 2, 86-88, 1999.

(5) RODRIGUEZ D., *Professioni sanitarie ex ausiliarie: dal mansionario al riconoscimento giuridico della competenza*. Lettere dalla Facoltà-Bollettino della Facoltà di medicina e chirurgia dell'Università di Ancona 2 (9), 2, 1999.

to, mantenendo un comportamento congruo e corretto. Analogamente *attività* non va intesa come semplice esecuzione di atti, bensì come stimolo ad attivarsi, cioè ad assumere una condotta attiva, a prendere le iniziative necessarie.

L'associazione dei due termini rafforza quindi concetti analoghi e sta in definitiva a sollecitare l'impegno che il professionista sanitario deve spontaneamente assumere di fronte ad una situazione di bisogno, al di là delle richieste esplicite dell'assistito.

L'aver connesso «il campo proprio» (che è ciò che colmerà il *vuoto* lasciato dalle abrogazioni) all'associazione dei due termini *attività* e *responsabilità*, piuttosto che a qualche altra parola o locuzione più generica – quale avrebbe potuto ad esempio essere «esercizio della professione» – ha dunque un valore ben preciso: quello di caratterizzare le professioni sanitarie nel senso dell'*impegno* ad assumere il comportamento adeguato, sia pure all'interno di un campo costituito dalle citate fonti normative. In altre parole, il legislatore ha scelto di non enfatizzare il significato di limite – che, comunque, profili, ordinamenti didattici e codici deontologici (ove esistenti) hanno – ma ha voluto puntualizzare che - pur nei limiti indicati- l'esercizio professionale deve essere volto a realizzare l'obiettivo doveroso quanto più e quanto meglio possibile nell'interesse di salute dell'assistito. Questo corrisponde, secondo i punti di vista: o all'introduzione di una nuova filosofia nello svolgimento delle professioni sanitarie; o al riconoscimento della nuova filosofia della prestazione d'opera e d'assistenza già raggiunta dalle professioni sanitarie (non mediche), o quanto meno da alcune di esse, o quanto meno ancora dalla parte più matura e consapevole dei loro componenti. Si tratta di una concezione che non mette più al primo posto - come avveniva in passato- il timore di trovarsi a fare ciò che invece non è strettamente consentito, ma che è caratterizzata dalla consapevolezza del dover fare, ovviamente nell'ambito di intervento della singola professione, compiutamente tutto il necessario.

È pacifico che il richiamo ai *campi* delinea proprio l'ambito entro cui il professionista sanitario è chiamato a svolgere le sue funzioni, e che l'impegno ad attivarsi, prima sottolineato, non deve essere inteso come uno scriteriato (imprudente) avventurarsi a fare (in modo imperito) anche ciò che non solo non si sa fare, omettendo di avvertire (per negligenza) chi, se fosse intervenuto, avrebbe potuto compiere l'atto necessario in modo congruo: resta fermo infatti che è proprio il senso di *responsabilità* che deve dare un limite, impedendo di porre in essere condotte improprie.

Anche il codice deontologico è molto attento a richiamare il fatto che l'infermiere deve mantenere un comportamento attivo, che passa attraverso non solo le risposte alle domande di salute esplicitamente formulate dagli assistiti, ma anche quelle inesprese, ma percepibili (e da sapere e dovere percepire); ovviamente le risposte devono consistere nelle opportune scelte e/o iniziative, in ambito sia operativo che organizzativo.

A riprova di ciò, si rimanda alle tabelle V e VI, che mettono in evidenza la frequenza con cui nel codice deontologico figura non solo il concetto dell'attivarsi, ma anche quelli analoghi dell'*adoperarsi* e dell'*impegnarsi*.

Tabella V - *Il codice deontologico degli infermieri del 1999: passi nei quali è espresso il concetto di attività-attivarsi.*

<p>2.2. L'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale dell'individuo e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura e riabilitazione.</p> <p>2.6. Nell'agire professionale, l'infermiere si impegna a non nuocere, orienta la sua azione all'autonomia e al bene dell'assistito, di cui attiva le risorse anche quando questi si trova in condizioni di disabilità o svantaggio.</p> <p>3.1. L'infermiere aggiorna le proprie conoscenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca, al fine di migliorare la sua competenza. L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiornate, così da garantire alla persona le cure e l'assistenza più efficaci. L'infermiere partecipa alla formazione professionale, promuove ed attiva la ricerca, cura la diffusione dei risultati, al fine di migliorare l'assistenza infermieristica.</p> <p>3.4. L'infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici vissuti nell'operatività quotidiana e ricorre, se necessario, alla consulenza professionale e istituzionale, contribuendo così al continuo divenire della riflessione etica.</p> <p>3.6. L'infermiere, in situazioni di emergenza, è tenuto a prestare soccorso e ad attivarsi tempestivamente per garantire l'assistenza necessaria. In caso di calamità si mette a disposizione dell'autorità competente.</p> <p>4.1. L'infermiere promuove, attraverso l'educazione, stili di vita sani e la diffusione di una cultura della salute; a tal fine attiva e mantiene la rete di rapporti tra servizi e operatori.</p> <p>4.14. L'infermiere si attiva per alleviare i sintomi, in particolare quelli prevenibili. Si impegna a ricorrere all'uso di placebo solo per casi attentamente valutati e su specifica indicazione medica.</p>
--

Tabella VI - *Il codice deontologico degli infermieri del 1999: elenco dei passi nei quali sono richiamati due sinonimi del concetto di attivarsi; si tratta di «adoperarsi» ed «impegnarsi».*

Adoperarsi	Impegnarsi
<p>4.5. L'infermiere, nell'aiutare e sostenere la persona nelle scelte terapeutiche, garantisce le informazioni relative al piano di assistenza ed adegua il livello di comunicazione alla capacità del paziente di comprendere. Si adopera affinché la persona disponga di informazioni globali e non solo cliniche e ne riconosce il diritto alla scelta di non essere informato.</p> <p>4.10. L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologica sia evento straordinario e motiva-</p>	<p>1.5. L'infermiere, con la partecipazione ai propri organismi di rappresentanza, manifesta la appartenenza al gruppo professionale, l'accettazione dei valori contenuti nel Codice deontologico e l'impegno a viverli nel quotidiano.</p> <p>2.2. L'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale dell'individuo e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura e riabilitazione.</p>

Segue

Continua da pag. precedente

<p>to, e non metodica abituale di accudimento. Considera la contenzione una scelta condi-visibile quando vi si configuri l'interesse della persona e inaccettabile quando sia una implicita risposta alle necessità istituzionali.</p>	<p>2.5. Nel caso di conflitti determinati da profonde diversità etiche, l'infermiere si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. In presenza di volontà profondamente in contrasto con i principi etici della professione e con la coscienza personale, si avvale del diritto all'obiezione di coscienza.</p>
<p>4.11. L'infermiere si adopera affinché sia presa in considerazione l'opinione del minore rispetto alle scelte terapeutiche, in relazione all'età ed al suo grado di maturità.</p>	<p>2.6. Nell'agire professionale, l'infermiere si impegna a non nuocere, orienta la sua azione all'autonomia e al bene dell'assistito, di cui attiva le risorse anche quando questi si trova in condizioni di disabilità o svantaggio.</p>
<p>4.18. L'infermiere considera la donazione di sangue, tessuti ed organi un'espressione di solidarietà. Si adopera per favorire informazione e sostegno alle persone coinvolte nel donare e nel ricevere.</p>	<p>4.12. L'infermiere si impegna a promuovere la tutela delle persone in condizioni che ne limitano lo sviluppo o l'espressione di sé, quando la famiglia e il contesto non siano adeguati ai loro bisogni.</p>
<p>5.2. L'infermiere tutela la dignità propria e dei colleghi, attraverso comportamenti ispirati al rispetto e alla solidarietà. Si adopera affinché la diversità di opinione non ostacoli il progetto di cura.</p>	<p>4.14. L'infermiere si attiva per alleviare i sintomi, in particolare quelli prevenibili. Si impegna a ricorrere all'uso di placebo solo per casi attentamente valutati e su specifica indicazione medica.</p>

Resta da chiarire il concetto del terzo sostantivo di interesse richiamato dall'art. 1 della legge 42, alla fine del comma 2, nel passo che riguarda la salvaguardia riconosciuta alle «*competenze* previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche *competenze* professionali». In realtà la frase è sibillina, perché il sostantivo «*competenze*» si presta ad una duplice interpretazione e le due interpretazioni non sono fra loro neanche parzialmente concordi. Scegliendo l'una o l'altra di queste interpretazioni cambia totalmente il senso del disposto.

Per *competenza* potrebbe intendersi «ciò che compete», «ciò che è di pertinenza»; ma anche, in senso difforme, «ciò di cui si è competenti», «ciò che si ha capacità di fare». In sintesi, alternativamente, competenza potrebbe essere sinonimo di «*pertinenza*» oppure di «*capacità*».

Se si intendesse competenza come *pertinenza*, non avrebbe molto senso la frase «*competenze* previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea». Infatti non esistono norme di legge che prevedano organicamente le funzioni di *pertinenza* del medico. Vi è solo qualche disposto che disciplina alcuni aspetti dell'esercizio di quest'ultima professione; si tratta, in sostanza, delle norme in materia di accertamento della morte, di trapianti di organo, di trasfusione di sangue e di trattamenti sanitari obbligatori.

Per quanto riguarda le altre professioni sanitarie per le quali è prevista la laurea, le indicazioni normative sono scarse. In relazione all'odontoiatra è contemplato (art. 2 della legge 24 luglio 1985 n. 409) che «formano oggetto della professione di odontoiatra le attività inerenti alla diagnosi ed alla terapia delle malattie ed anomalie congenite ed acquisite dei denti, della bocca, della mascella e dei relativi tessuti, nonché alla prevenzione ed alla riabilitazione odontoiatriche».

La professione di psicologo comprende (art. 1 della legge 18 febbraio 1989 n. 56) «l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità».

Oggetto della professione di biologo sono, tra le altre, (art. 3 della legge 24 maggio 1967 n. 396), i seguenti funzioni: «... valutazione dei bisogni nutritivi ed energetici dell'uomo ... problemi di genetica dell'uomo ... identificazione di agenti patogeni dell'uomo ... controllo e studi di attività, sterilità, innocuità di insetticidi, anticrittogamici, antibiotici, vitamine, ormoni, enzimi, sieri, vaccini, medicinali in genere, radioisotopi ... analisi biologiche (urine, essudati, escrementi, sangue; sierologiche, immunologiche, istologiche, di gravidanza, metaboliche) ...» È comunque precisato (sempre con riferimento ai biologi, poco oltre nell'art. 3 cit.) che la predetta «elencazione ... non limita l'esercizio di ogni altra attività professionale consentita ai biologi iscritti all'albo ...»

Se invece si intendesse competenza come *capacità*, la frase in discussione continuerebbe a non avere un particolare significato, ma almeno non sarebbe più contraddittoria, come invece risulta seguendo la precedente interpretazione. Piuttosto, in quest'ipotesi, assumerebbe un senso ben preciso il richiamo conclusivo al «rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali»; la frase rappresenterebbe quindi il riconoscimento delle capacità di fatto acquisite in ambito professionale da chi è concretamente in grado di padroneggiare o gestire atti, tecnologie o procedure. Il che significa che il campo di esercizio professionale è da intendere in continuo divenire ed in continua ridefinizione in rapporto al progressivo abbandono dei modelli tradizionali di medicina e di assistenza sanitaria.

Una siffatta concezione dinamica delle funzioni è consona alla logica ed allo sviluppo culturale che ha portato all'attuale situazione di progressiva valorizzazione delle professioni sanitarie, le quali sono state chiamate a garantire alcune funzioni correlate, tra l'altro, con la riorganizzazione del servizio sanitario, con l'evoluzione rapidissima delle tecnologie in ambito sanitario e con l'impulso in senso ultraspecialistico della medicina.

Di fronte a quest'incertezza interpretativa, il codice deontologico degli infermieri offre un suggerimento, che può essere utile per sciogliere il dubbio, orientando nel senso dell'interpretazione del sostantivo competenza come *capacità*. Dalla tabella VII si ricava infatti che tutte le volte (in totale cinque) in cui «competenza» compare nel codice deontologico, il termine ha sostanzialmente quel significato.

Non è certo ammissibile interpretare una norma di legge ricorrendo ad

indicazioni – oltre tutto inerenti circostanze non perfettamente corrispondenti – di un codice deontologico, che è rappresentativo solo di una delle molte professioni vincolate alla legge 42.

Tuttavia il fatto che legge 42 e codice deontologico degli infermieri siano sostanzialmente coevi, il fatto che entrambe le norme rappresentino il riconoscimento e la testimonianza di un processo di crescita culturale e tecnico-scientifica delle professioni sanitarie *ex auxiliarie* (legge 42) o di almeno una di esse (codice degli infermieri), il fatto cioè che esse siano tese ad esprimere concezioni analoghe – anche se non sempre del tutto sovrapponibili – che dovranno guidare l'esercizio professionale nei prossimi anni, fanno sì che sia ragionevole utilizzare, quando vi sia qualche dubbio interpretativo in relazione ad una delle due norme in discussione (legge 42 e codice deontologico), lo stesso modello interpretativo di riferimento adottato per l'altra delle due norme. Non si trascuri inoltre una peculiarità che vincola le due norme. Infatti poche righe prima, il comma 2 dell'art. 1 della legge 42 fa un esplicito richiamo ai codici deontologici dei professionisti sanitari proprio in relazione allo stesso ambito, quello della responsabilità professionale, in cui rientra il tema, ora in esame, della «competenza».

È questa la seconda volta (dopo l'art. 31 della legge 31 dicembre 1996, n. 675 «Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali») in cui una norma dello Stato cita esplicitamente, con riferimento alle professioni sanitarie, il codice deontologico conferendogli valore.

Questo, in generale, significa il riconoscimento da parte dello Stato del ruolo dei codici deontologici, e, in particolare, consente di dare, anche formalmente, adeguato credito ad un'interpretazione del testo di legge in base ai concetti espressi da uno di quei codici deontologici (in realtà ne esistono solo altri due: quello dei tecnici di radiologia medica e quello dei logopedisti) ai quali quello stesso testo di legge attribuisce specifico valore e proprio nello specifico campo di interesse.

Né è ragionevole pensare ad un uso strumentale (univocamente finalizzato, cioè, ad una determinata interpretazione, conforme ad un obiettivo corporativo della professione infermieristica) del sostantivo da parte degli estensori del codice deontologico degli infermieri. Essendo il disegno di legge 4216 (come già detto del tutto corrispondente, per ciò di cui ora si discute, all'attuale legge 42) di fatto anteriore anche alle bozze di questo codice deontologico, può infatti sorgere il sospetto che alcune parti del codice deontologico stesso siano state stese in modo da orientare l'interpretazione della legge 42.

Un siffatto sospetto può essere facilmente smentito: infatti, nel «patto infermiere-cittadino», che è premesso al codice stesso e ne costituisce parte integrante, è indicato espressamente l'impegno a «garantirti *competenza*, abilità e umanità nello svolgimento delle tue prestazioni assistenziali». Come noto, il «patto infermiere-cittadino» è stato approvato il 12 maggio 1996; ciò significa che, nella concezione della professione infermieristica, il sostantivo *competenza* aveva almeno fin da allora il significato, sostanziale e dinamico, di *capacità*, che ora il codice deontologico gli attribuisce.

Tabella VII - *Il codice deontologico degli infermieri del 1999: elenco dei passi in cui è esplicitamente richiamato il termine competenza*

- 3.1. L'infermiere aggiorna le proprie conoscenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca, al fine di migliorare la sua competenza. L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiornate, così da garantire alla persona le cure e l'assistenza più efficaci. L'infermiere partecipa alla formazione professionale, promuove ed attiva la ricerca, cura la diffusione dei risultati, al fine di migliorare l'assistenza infermieristica.
- 3.2. L'infermiere assume responsabilità in base al livello di competenza raggiunto e ricorre, se necessario, all'intervento o alla consulenza di esperti. Riconosce che l'integrazione è la migliore possibilità per far fronte ai problemi dell'assistito; riconosce altresì l'importanza di prestare consulenza, ponendo le proprie conoscenze ed abilità a disposizione della comunità professionale.
- 3.3. L'infermiere riconosce i limiti delle proprie conoscenze e competenze e declina la responsabilità quando ritenga di non poter agire con sicurezza. Ha il diritto ed il dovere di richiedere formazione e/o supervisione per pratiche nuove o sulle quali non ha esperienza; si astiene dal ricorrere a sperimentazioni prive di guida che possono costituire rischio per la persona.
- 5.1. L'infermiere collabora con i colleghi e gli altri operatori, di cui riconosce e rispetta lo specifico apporto all'interno dell'équipe. Nell'ambito delle proprie conoscenze, esperienze e ruolo professionale contribuisce allo sviluppo delle competenze assistenziali.
- 7.2. I Collegi Ipasvi si rendono garanti, nei confronti della persona e della collettività della qualificazione dei singoli professionisti e della competenza acquisita e mantenuta.

Va detto per inciso che se questa è l'interpretazione corretta, si apre uno scenario che potrebbe essere, alternativamente, molto stimolante o decisamente inquietante, in funzione del grado di maturazione culturale prima che scientifico delle varie professioni sanitarie (sia quelle con laurea che quelle con diploma universitario): stimolante se, come già auspicato (6), tutte le professioni sapranno coinvolgersi in un processo di rielaborazione della propria specificità professionale, inquietante se ogni professione – o anche solo parte di esse – si arroccerà, chiudendosi in posizioni intransigenti e corporative.

(6) BENCI L., *loc. cit.*

M. D'INNOCENZO

Consigliere del Sottosegretario alla Sanità - Dirigente Servizio Infermieristico Azienda USL 8 Roma B

Prima dell'approvazione della legge 42/99, l'elencazione non esaustiva delle attività infermieristiche prevista dal Mansionario aveva indotto il legislatore a produrre alcuni atti normativi extra-mansionariali :

- L. 4 maggio 1990, n. 107, art. 3,
- L. 5 giugno 1990, n. 135 (sull'assistenza a domicilio ai pazienti affetti da AIDS), art. 1,
- DM 19 dicembre 1990, n. 445 (sull'assunzione, negli stati di tossicodipendenza, di farmaci sostitutivi alla presenza del personale non-medico su delega formale del medico, rilasciata di volta in volta),
- DPR 27 marzo 1992, artt. 4-10,
- DMS 22 agosto 1994, n. 582 (sull'accertamento di morte attraverso EEG sotto supervisione medica),
- art.4, Linee Guida n. 1/1996 in applicazione del DPR 27 marzo 1992 sul Sistema di Emergenza Sanitaria (GU 17 maggio 1996, n. 114) tesi ad ampliare le competenze infermieristiche in alcuni ambiti specifici di attività sanitaria (in emergenza, in ambito trasfusionale, dell'AIDS, della Dialisi, ecc.).

Tra questi assumono particolare rilevanza per l'analisi delle prospettive dell'operatività infermieristica post-mansionario:

1. DPR 27 marzo 1992, artt. 4-10 «Atti di indirizzo alle Regioni in materia di emergenza ed urgenza sanitaria» e le successive Linee Guida n. 1/1996»

In particolare:

- Art. 4, c. 2 «[...] La responsabilità operativa è affidata al personale infermieristico della centrale operativa nell'ambito dei protocolli decisi dal medico responsabile della centrale operativa».

- Art. 10 «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».

- Alla luce della legge 42/99, sono due gli *elementi nodali* da evidenziare in questa legge:

- Importanza dell'uso di strumenti operativo-organizzativi

per uniformare i comportamenti e standardizzare le procedure allo scopo

di ridurre la discrezionalità degli operatori in situazioni complesse e ad elevato grado di criticità: *protocolli*, ma anche Linee Guida, Raccomandazioni, ecc.

L'autonomia decisionale ed operativa dell'infermiere per quanto riguarda la valutazione, l'individuazione dei bisogni e/o la gestione dell'assistenza della persona in emergenza/urgenza è, dunque, subordinata all'utilizzo di *protocolli specifici e/o integrati prestabiliti* (*sistema dispatch* per il personale della centrale operativa; *standard order protocol system* per i mezzi di soccorso). Questi devono essere formulati senza dare adito ad «ambiguità interpretative» (L.G. n. 1/1996) attraverso:

– «*l'uso di codifiche e terminologie standard*».

La sentenza del Consiglio di Stato 17 luglio 1996, n.868 sancisce «*l'obbligatorietà a seguire tali protocolli e a ricondursi all'esperienza del medico della centrale operativa*».

– Il superamento del concetto dell'atto medico delegato attraverso la legittimazione, ai fini della definizione delle competenze e dell'individuazione delle responsabilità, attraverso l'uso di strumenti organizzativo-operativi condivisi ed accettati dall'equipe di assistenza e dal gruppo professionale di appartenenza (Ordine dei medici, FNCIPASVI), nonché aventi valore giuridico in caso di inosservanza (art. 43, c. 3 C.P.) rispetto a ciò il Consiglio Superiore di Sanità nella seduta del 12 febbraio 1992, a parziale modifica ed integrazione del DPR 225/74, così si era espresso:» ... È consentito agli infermieri applicare flebo e praticare iniezioni endovenose nei veicoli di soccorso e presso il domicilio degli assistiti nel quadro di *programmi stabiliti da norme nazionali e regionali e coordinati dal personale medico, a svolgere le attività previste presso le centrali operative di soccorso*». In questa affermazione vi era già un chiaro riferimento alla necessità di ricorrere all'elaborazione di linee guida nazionali e protocolli capaci di indirizzare e guidare gli infermieri che operano in ambiti particolari del nursing in cui la zona interprofessionale è molto sottile e non ben definita. Oggi, questa situazione può concretizzarsi attraverso un sistema di linee guida in grado di guidare ed orientare assicurare ai pazienti critici il massimo dell'assistenza sanitaria.

Rimane, inoltre, un punto fermo l'addestramento continuo del personale infermieristico di area critica dal quale dipende l'acquisizione di comportamenti professionali sicuri e la qualità dell'assistenza infermieristica prestata.

Sempre nelle linee guida n. 1/96 «... è previsto che il personale del servizio di emergenza venga addestrato all'utilizzo in équipe di questi protocolli che delineano appunto l'ambito nel quale i vari professionisti devono muoversi nell'esecuzione dei compiti loro demandati.

2. L. 4 maggio 1990, n. 107, art. 3 «*Disciplina per le attività trasfusionali relative al sangue umano ed ai suoi componenti e per la produzione di plasma-derivati*»:

«... *il prelievo di sangue intero è eseguito da un medico o, sotto la sua responsabilità e in sua presenza, da un infermiere professionale*»

questo articolo che si riferisce esclusivamente al salasso per donazione ed afferma che l'infermiere può in effetti eseguire il prelievo ma soltanto nei servizi di immuno-ematologia, centri trasfusionali e le unità di raccolta. Per quanto attiene al prelievo di sangue per la determinazione del gruppo sanguigno e della prova crociata, l'art. 27 del DMS 27 dicembre 1990, specifica che il «campione di sangue... deve essere firmato dal medico che ha la responsabilità del prelievo».

Il protocollo della Commissione Nazionale delle Trasfusioni di sangue (istituzione art. 12, l. 107/90) elaborato nel 1997 con l'intento di farlo recepire dal Ministero della Sanità individua le responsabilità dell'infermiere che opera in reparto e nei centri trasfusionali ritenendo essenziali per il buon funzionamento e la sicurezza del ciclo trasfusionale definire le competenze specifiche di ciascun operatore sanitario coinvolto.

La legge 42/99 è perfettamente in linea con lo spirito legislativo di questa produzione normativa per quanto riguarda gli aspetti oggi essenziali per la professionalità infermieristica, quali:

- *L'attribuzione di una maggiore autonomia e responsabilità;*
- *L'acquisizione di una sempre maggiore competenza professionale* specifica attraverso comportamenti sicuri e deontologicamente corretti, basati sulla conoscenza, sulla formazione continua e permanente e sull'esperienza;
- *L'importanza di individuare i processi e definire i profili di cura sulla base di protocolli integrati e linee guida predefinite* (cioè di raccomandazioni fondate sull'evidenza scientifica, applicabili e con descrizioni dettagliate della pratica professionale desiderata, che formano la base per prendere delle decisioni nel lavoro quotidiano e per aiutare i processi di revisione della qualità, di educazione permanente e di tirocinio professionale) in grado di rendere quanto più corretti, appropriati e sicuri gli interventi in situazioni di assistenza sanitaria complesse e ad elevata criticità.

In risposta ai quesiti posti si possono fare le seguenti considerazioni:

a) art. 1, comma 1

«...la denominazione di professione ... sanitaria»

- *L'infermiere diviene professionista della salute con ambito autonomo e non derivato di attività.* Opera nell'ambito dell'equipe multidisciplinare e si assume la responsabilità diretta dell'assistenza infermieristica. È, pertanto, titolare di responsabilità professionali assunte in prima persona in merito all'assistenza infermieristica. Ciò lo espone all'ipotesi di contenzioso di «malpractise» infermieristica.

- *È potenziale parte contrattuale autonoma del contratto sanitario con il cittadino (committente).*

b) art. 2, comma 2

«... il campo proprio di attività ... è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici contenuti dei Cod Dentologico»

- viene abrogato il Mansionario
- Profili Prof., Cod. Deontologico, Ordinamenti Didattici, definiscono la natura specifica dell'attività infermieristica e qual è l'ambito specifico dell'operatività dell'infermiere. Ma al tempo stesso riducono il limite interprofessionale medico-infermieristico rendendo necessario in una fase successiva la definizione di linee guida per quelle situazioni operative border-line.
- *Forza del Codice deontologico infermieristico:*
 - Natura giuridica e valore formale delle norme deontologiche. Il «Regolamento delle professioni sanitarie», art. 41, DPR 221/1950, sancisce che la violazione del Codice Deontol. Può dare applicazione ad una legge dello Stato;
 - Efficacia e ambito di applicazione di tale normativa. L'art. 43, comma 3 del C.P. prevede che per attribuire la responsabilità in caso di danno o disservizi, sia sufficiente documentare la cosiddetta «colpa specifica», cioè l'inosservanza di una norma di comportamento professionale prefissata dallo stesso codice deontologico o da altre codificazioni professionali condivise ed accettate dalla professione infermieristica, come linee guida, raccomandazioni, protocolli, ecc. Questo svincola l'infermiere dal problema degli atti medici delegati e dallo stato di illegalità presente in passato per la necessità di effettuare manovre o atti consentiti dalle normative citate per ambiti assistenziali complessi, ma in contrasto con le attribuzioni mansionariali. In questa nuova prospettiva, elementi nodali dello sviluppo e della crescita professionale infermieristici divengono la competenza, l'integrazione professionale.

DIBATTITO

Venerdì, 12 novembre 1999, pomeriggio

Interviene

Nome e Cognome *Maranelli (?)*

Provenienza *Unità coronarica, Verona*

Professione

Mi scuso per l'ennesimo intervento.

Silvestro poneva una domanda: perché parlare sempre di terapia ed assistenza e non di cura dato che l'obiettivo delle professioni sanitarie è il «to care», cioè il prendersi cura della persona?

Quindi pari dignità significa parlare di cura medica e di cura infermieristica.

Io vengo dalla montagna.

Il sentir parlare di piantare paletti mi fa venire in mente che dopo i paletti di solito si tirano i fili per i recinti, spero che non sia così.

Io non vedo dove sia il problema; se lavoriamo insieme, accanto, fianco a fianco il problema non esiste.

L'importante però è esserci insieme; i problemi interdisciplinari si risolvono se le due discipline professionali sono insieme.

Richiesta di chiarimento

Nome e Cognome

Provenienza *Siena*

Professione

Vorrei fare una domanda al Professor Rodriguez.

Con l'abolizione del mansionario quali sono i rischi da un punto di vista di responsabilità penale di un infermiere generico addetto all'assistenza personalizzata in area critica?

Esiste una responsabilità del caposala o del dirigente infermieristico che mantiene un infermiere generico in questa posizione?

Interviene *D. Rodriguez*

La responsabilità penale personalmente non riesco a vederla, finché non si verifichi eventualmente un danno connesso all'agire di questo infermiere.

Dal punto di vista amministrativo, lei faceva riferimento alle responsabilità del caposala e del dirigente infermieristico, le responsabilità sicuramente ci sono, collocandole in una situazione non chiara dal punto di vista amministrativo.

Richiesta di chiarimento

Nome e Cognome *A. Silvestro*

Professione *Dirigente Servizio Infermieristico Ass 4 Medio Friuli*

Provenienza *Udine*

Vorrei anch'io un chiarimento.

Se con la Legge 42/99 è stato abrogato il mansionario per gli infermieri, fatto salvo il capo quinto che riguarda l'infermiere generico, questo che significato ha allora?

Perché in una legge dello Stato del 1992 si dice che l'infermiere generico può fare solo quello che era previsto dal suo mansionario, praticamente niente.

Anch'io Professor Rodriguez vorrei un ulteriore chiarimento.

Interviene *D. Rodriguez*

Il fatto di non rispettare un mansionario corrisponde ad una violazione di una norma penale, siamo di fronte ad un esercizio abusivo di professione oppure no?

Io anche in passato, quando si discuteva dell'andare oltre il mansionario, ero molto critico circa il fatto che si potesse applicare questa norma dell'esercizio abusivo perché voleva dire andare veramente oltre e contro la realtà dei fatti.

Di fatto non c'è stata in Italia nessuna sentenza in cui qualunque professionista sanitario sia stato condannato per avere svolto delle attività al di fuori del mansionario, quindi ipotizzarlo adesso mi sembra forse eccessivo, però nella mente dei giuristi è difficile esserci.

Interviene *A. Dalponte*

In questo dibattito sul problema della responsabilità volevo portare quella che è la mia esperienza.

Noi stiamo monitorando a Trento, nella nostra azienda sanitaria, da due anni su dieci reparti, cosa avviene nella presa in cura del paziente dall'ingresso alla dimissione.

È una ricerca che stanno facendo medici ed infermieri.

Stiamo discutendo i dati raccolti dagli operatori, sia quindi dai medici che dagli infermieri, in particolare abbiamo coinvolto primari e caposala.

Sono spaventati, addirittura una scheda che riguarda proprio tutto il problema della gestione delle terapie, quasi quasi, hanno detto falla sparire.

Qualche volta è molto artificioso discuterne a livello di sala, di convegno ma poi in reparto, invece, c'è un coinvolgimento così stretto e così rilevante dell'infermiere che nel momento in cui si comincia a fare ricerca ed a descrivere queste cose c'è sorpresa sia da una parte che dall'altra.

Da questa ricerca, tra l'altro, sta emergendo quanto e quante sono le aree di interdipendenza.

Tanto lavoro per definire i confini poi quando vai a fare ricerca vedi che invece c'è tantissima attività che è assolutamente integrata.

Per il controllo di gestione, ad esempio, per fare quadrare i conti, l'80% dell'attività viene fatta dai caposala e dal personale infermieristico.

Allora, poiché l'anno prossimo il tema sarà la ricerca, invito proprio ad andare a vedere cosa succede davvero in questa responsabilità, in queste attività, chi ne risponde, chi valuta, chi tiene monitorati alcuni prodotti ed alcuni risultati perché credo che sia proprio interessante.

Interviene

Nome e Cognome *Del Vecchio*

Professione *Caposala*

Provenienza *Rianimazione Foggia*

Tra le ipotesi di sviluppo della professione infermieristica secondo me c'è l'acquisizione della laurea in scienze infermieristiche.

Una proposta al dott. Zanello come componente della SIAARTI: il suo impegno insieme al Presidente, Prof. Martinelli, a lavorare insieme affinché venga attuata la normativa per l'acquisizione della laurea in Scienze Infermieristiche.

Interviene M. Casati

Vorrei fare una breve riflessione sul discorso diagnosi e terapia, perché probabilmente è su questo che dobbiamo discutere con le altre componenti, le altre professioni sanitarie.

Una delle riflessioni fatte collegialmente in questo ultimo periodo, sia con persone che sono in formazione e diventeranno infermieri, sia con dei colleghi, porta comunque a pensare che se la società attuale prevede dei farmaci da banco, quindi di automedicazione che il singolo cittadino può decidere di fare con le opportune istruzioni, forse un percorso da attivare in termini di riflessione seria, congiunta e anche di definizione poi operativa di una serie di ripercussioni va fatta sul termine diagnosi e terapia.

Perché comunque il termine diagnosi non è un termine esclusivo, disciplinare della professione medica, è la definizione di un problema e, come tale, ci sono comunque dal 1953 in poi in America gruppi di società scientifiche infer-

mieristiche che validano diagnosi infermieristiche e quindi, anche in questo senso, bisognerebbe capire qual è la diagnosi di cui si parla, sicuramente al medico afferisce la diagnosi medica, e anche sul senso della terapia bisognerebbe fare una riflessione, perché è terapeutico tutto quello che è curativo?

E se è terapeutico qualcosa di specifico e qualcosa di specifico afferisce al medico, è terapia solo quella farmacologica, quella chirurgica o è anche qualcos'altro?

Un esempio che uno studente porta in aula è «ma se io vedo una persona sdraiata, pallida e voglio fargli una glicemia, questo non è un atto diagnostico?» e aggiunge: «e se dopo gli do un po' di latte con dello zucchero, in quanto chiaramente in ipoglicemia ... questa è terapia? E fino a che punto mi posso spingere spostando questo in area critica come infermiere?».

Crede che queste siano delle riflessioni molto serie, perché al di là di tutto la diagnosi è medica e la terapia dovrebbe essere specificata qual è e perché, anche alla luce di tutti i trattamenti degli altri professionisti soggetti a profilo, io credo che questo abbia un certo peso.

Interviene *M. Zanello*

L'area critica è un laboratorio del lavorare assieme, stiamo parlandoci in qualche modo contro perché non vogliamo capirci, quando invece è il momento dell'attività quotidiana, di una integrazione continua e continuativa, credo, di un rispetto e condivisione che viene quotidianamente affrontata e accettata.

Penso che questi stessi argomenti in altre aree avrebbero dei motivi di acuire ben diversi, perché quella quotidianità del vivere insieme non so quanto possa creare momenti di contatto.

Quello di cui ha parlato lei è un argomento estremamente vivace, è il problema della intensità delle cose; l'esempio che ha fatto è, tutto sommato il diabetico, abituato a controllarsi la glicemia e a farsi un'auto terapia, addirittura si fa l'insulina, un farmaco che se non sbaglia deve essere prescritto da un medico, ancora per un po' poi vedremo.

Quindi è un esempio, quello che lei fa sicuramente, che fa riflettere, in quanto e dove sono i limiti e i margini degli interventi.

È chiaro che una diagnosi in sé non ha senso se non apre una terapia.

Allora in ambito critico questo che limiti ha?

Io sinceramente le do il mio pensiero del tutto personale, voi contribuite quotidianamente in modo continuativo alla diagnosi e alla titolazione della terapia, questo è stato detto, allora questo è sufficiente a riconoscere questa cosa?

Come si possono spostare i termini, cioè seguire un monitoraggio per segnalare un eventuale evento «disturbante», e collegarli al trattamento non è di fatto questo uno degli elementi della diagnosi e della terapia?

Nell'ambito critico non è fattibile in modo puntuale e statico, non è una fotografia come può essere una diagnosi in un ambulatorio, è un processo di-

namico, che può richiedere, deve richiedere a mio parere, più competenze, più professioni di cui queste due, infermieri e medici, sono quelle più vicine fra di loro, sono quelli che hanno più cose in comune.

Se vogliamo spingere il discorso più avanti, dove finiscono le cose in comune?

Io francamente non me la sento, non ho elementi per poterlo dire, io con i miei infermieri dico sempre, io il vostro mestiere non lo conosco, lo dirò sempre, cerco di capirlo ma non posso conoscerlo.

Ecco, se voi avete delle conoscenze in ambito medico, e le avete perché il vostro percorso formativo le istituzionalizza in modo anche capillare, questo che spazio di diagnosi e terapia aprono?

Non credo che stia a me decidere, penso che negli ambienti con la stima e la conoscenza vicendevole, possono emergere nel lavoro quotidiano fino a che punto uno può fare e quando ha bisogno di un'altra professionalità.

Questo è un pensiero personale, non è normato, non vuole portare a niente più di una organizzazione del lavoro più pertinente.

Un altro campo credo estremamente importante: il PSN, per esempio, richiede l'abbattimento in modo sostanziale delle infezioni ospedaliere e questo è un piano sanitario che deve essere completato nel giro di un triennio; se questo problema non viene condiviso tra le due professionalità non sarà a mio parere perseguito.

Interviene *M. D'Innocenzo*

Vorrei sottolineare che condivido molte delle cose che diceva adesso il dott. Zanello.

Vorrei anche sottolineare il fatto che evidentemente sono stata male interpretata quando ho indotto nel collega una contrapposizione, anzi avevo colto alcune sollecitazioni che aveva fatto il medico della SIAARTI e le avevo prese come spunto per riflettere e per porci delle domande.

Io ritengo che l'area critica abbia per definizione, nel corso degli anni, ecco perché condivido l'impostazione del discorso ed i contenuti proposti poc'anzi, rappresentato l'integrazione professionale.

Quando si parla di area critica inevitabilmente si parla della prima area che ha iniziato ad utilizzare i protocolli integrati, che ha fatto delle scelte di integrazione professionale, le scelte interdisciplinari.

Allora noi siamo consapevoli di questo terreno su cui vogliamo costruire ed è proprio a partire da questo che non capiamo alcune chiusure.

Io facevo riferimento ad alcune riflessioni che il suo discorso mi aveva comportato; purtroppo lei rappresenta una parte del mondo delle professioni sanitarie e badi non è solo il problema delle professioni mediche, cioè una cultura che osteggia il cambiamento non è solo delle professioni mediche in sanità e fuori la sanità, spesso anche degli infermieri stessi.

Quindi quando io faccio questi ragionamenti, non li faccio solo nei con-

fronti dei medici, ma anche, come dico qualche volta, il problema degli infermieri sono gli infermieri stessi, perché il cambiamento passa soprattutto attraverso di loro, cioè attraverso la consapevolezza, la condivisione, la responsabilità del cambiamento.

Quindi, in merito a quello che esprimeva il collega prima, su come spesso nell'emergenza i ruoli rompono i paletti, gli steccati a cui faceva riferimento la collega, il problema sorge là dove si identificano poteri dietro le competenze.

Allora voglio essere onesta in quanto l'onestà intellettuale ci aiuta tutti quanti.

Noi qui rappresentiamo le forze sane che stanno discutendo, però noi dobbiamo fare anche i conti con quelli che non ci vogliono capire da questo punto di vista, non che non capiscono, che spesso non vogliono capire, non vogliono comprendere che si è avviato un processo.

Allora perché quando io dicevo non sono certificati, accreditati, non lo dicevo rispetto alle cose che ci poneva lei, dicevo che il problema dell'accreditamento è uno dei terreni unificanti, ma non è il solo e ci fa mettere a nudo un po' tutti i problemi da affrontare e risolvere, gli obiettivi da raggiungere, dopo di ciò la Legge 42/99 è una bellissima occasione per l'integrazione professionale.

Interviene *D. Rodriguez*

Vorrei partire dall'intervento di Casati la quale ci ha un po' richiamato all'ordine e ha detto che ci sono tutte una serie di teorie, ma si deve entrare nel concreto di tutta una serie di definizioni sul concetto di diagnosi e terapia.

Vorrei fare un discorso estremo, sapendo che è un discorso estremo, ma sapendo anche che è molto difficile dimostrare che questo è un discorso estremo.

Da nessuna parte c'è scritto che solo il medico può fare diagnosi e solo il medico può fare terapia.

Questo è un dato di fatto oggettivo e qui cito a memoria (potrei avere delle incertezze) relativamente per esempio ad alcune professioni sanitarie, se non sbaglio proprio relativamente agli ortottisti si fa riferimento esplicito al fatto che possano, anzi debbano fare diagnosi relativamente a tutta una serie di patologie di loro competenza nel senso della riabilitazione che compete loro.

Allora questo è sicuramente un punto di grosso confronto, perché, per ritornare alle domande di prima, sull'esercizio abusivo, se domani un infermiere facesse diagnosi e facesse terapia e facesse l'uno e l'altro in maniera corretta, ci dobbiamo interrogare se veramente stia facendo esercizio abusivo di professione.

Non è una delle condizioni, se così si può definire, sta proprio nel senso di responsabilità che ciascuno deve avere e nella consapevolezza delle proprie competenze, però ancora una volta questa è teoria e quando prima parlavo di paletti intendevo dire che ci vogliono dei paletti teorici abbastanza chiari all'interno dei quali riuscirci ad orientare.

Ma sicuramente la necessità è passare dalla teoria alla pratica e per fare

questo probabilmente il cammino è veramente lungo.

Comunque questo è un invito a confrontarsi sul significato della diagnosi, della terapia, sul significato del prendersi cura e del curare, sul significato del codice deontologico dove c'è scritto curare e prendersi cura.

Sono tutte delle definizioni sulle quali occorre riflettere veramente fino in fondo.

In questa sede io non me la sento di dare risposte, se non di dire provocatoriamente: non vedo perché, per definizione diagnosi e/o terapia debbano essere proibite all'infermiere oppure si debba relegare all'infermiere soltanto la diagnosi dei bisogni o tutta un'altra serie di discorsi che si possono fare.

A questo proposito, circa il discorso dei protocolli e delle linee guida che parzialmente possono entrare nel discorso, sono un po' perplesso e un po' critico.

Sono perplesso perché possono rappresentare un comodo rifugio di chi non sa assumere le proprie responsabilità, quasi che si potesse sostituire al mansionario un'altra gabbia rappresentata da linee guida, per quello dico che il processo forte e importante è che sicuramente qualunque protocollo venga condiviso a livello locale, se non addirittura elaborato e *idem* dicasi per le linee guida, perché qualunque accettazione acritica è possibile; siccome però vedo che forse le tendenze sono quelle di trovare delle soluzioni facili, trovare delle certezze, direi che l'importante è non tanto trovare le certezze, ma riuscire criticamente a elaborare questi strumenti, che sono poi degli strumenti di operatività indubbi.

Interviene E. Drigo

Vorrei puntualizzare alcune cose.

Per quanto riguarda la diagnosi e terapia è palesemente un argomento scottante.

Probabilmente però non c'è neanche l'abitudine a parlarne in maniera precisa tra di noi, forse perché è sempre stato un argomento lasciato ai margini e si è andati avanti con consuetudini nell'operatività quotidiana.

I medici delegavano alcune cose, gli infermieri le facevano perché erano in grado di farle e c'era un consenso in questa direzione, il dott. Zanello stesso ci ha fatto prima menzione di tutti quegli interventi nei quali difficilmente si riesce a definire precisamente una cosa e l'altra.

Io prima facevo un esempio in riferimento all'infusione di dopamina quando l'infusione deve essere variata anche in tempi brevi e non c'è la presenza del medico: è chiaro che la variazione della velocità di infusione è una prescrizione terapeutica, ma è palesemente impossibile questo discorso ed è anche palesemente chiaro che la gestione di queste variazioni viene fatta dall'operatore che in quel momento segue nella sua globalità quel paziente e quindi dall'infermiere.

Quindi c'è una competenza, non border line in questo contesto, però penso che su questo discorso vanno puntualizzate alcune cose, soprattutto per fare chiarezza rispetto al passato ed è in questo senso che sollevavo il problema di ridefinire che cosa intendiamo per diagnosi e terapia.

Quindi abbiamo capito che c'è un grosso capitolo sul quale riflettere insieme e che forse può rappresentare uno degli elementi sul quale incominciare a fondare un confronto serio tra la professione infermieristica e la professione medica; confronto che credo non possa più essere rimandato.

Ma so che ci sono delle esperienze che vanno avanti da molto tempo e se riconosciute, se codificate e se prese con la dovuta serenità, senza il problema di invasione di campo e paletti vari, non rappresentino un problema, in quanto questa è già storia, direi, e soprattutto in area critica questa è già storia.

Si tratta semplicemente, a mio avviso, di definire linguaggi e di puntare sugli obiettivi.

L'altro elemento importante sul quale dovrebbe svilupparsi il confronto è all'interno della professione infermieristica.

Se vi ricordate l'intervento della Dalponte in merito a quell'indagine che stanno facendo a Trento, sul monitoraggio degli interventi all'interno delle unità operative dove si evidenzia che per l'80% sono gestiti da infermieri, vorrei che si sviluppasse una riflessione e un confronto su quegli aspetti a cui il profilo ci richiama.

Prima citavo alcuni passi del profilo, dove alcuni elementi ci obbligano a partecipare all'identificazione dei bisogni di salute della collettività.

Io credo che questo sia un compito di una dimensione incredibile, se poi parliamo di pianificare, gestire e valutare l'intervento assistenziale infermieristico.

Pensiamo a cosa voglia significare pianificare nel pieno senso di questo termine: significa necessariamente mettere insieme tutte le risorse del sistema, mettere insieme le altre competenze, le altre professionalità che all'interno della pianificazione dell'assistenza necessariamente entrano.

Che cosa vuol dire questo se non mettere insieme le competenze, mettere insieme i piani, i progetti, vederne la fattibilità?

È questo che io credo sia un ambito nel quale veramente la professione infermieristica per quanto ci riguarda, e la professione medica per quanto riguarda le loro competenze, deve espandersi all'interno di questa nuova filosofia, che finalmente è entrata con una razionalità e una ragionevolezza nel sistema sanitario nazionale, che punta agli obiettivi da raggiungere, ai risultati di qualità di salute nei confronti dei cittadini.

Se volete sono degli obiettivi alti da raggiungere, credo che siano di un'importanza, di un impegno immane, e questo al di là della diagnosi e terapia che sinceramente penso sia una banalità rispetto al fatto di riuscire a raggiungere tali obiettivi.

Proviamo a pensare cosa vuol dire pianificare l'assistenza infermieristica nei confronti delle altre professioni.

Quando prima parlavo di medicocentrismo del sistema sanitario, non era per fare polemica con i medici, con il dott. Zanello o con la SIAARTI, ma è la cultura italiana da duemila anni che ha costruito questo sistema, è responsabilità di tutti, anche nostra.

Quindi non diamo la colpa solo ai medici, ma ognuno si prenda le proprie responsabilità.

Ormai siamo obbligati a capovolgere questa visione del sistema sanitario medicocentrista, però cosa implica pianificare l'assistenza infermieristica nei confronti di altre professioni come ad esempio la professione medica?

Quale grossa trasformazione deve fare la mentalità del medico rispetto a questo, ad esempio pensiamo al loro corso di laurea che non prevede l'organizzazione e adesso si ritrovano tutti dirigenti, non si può certo dare la colpa al singolo medico, ma le cose stanno così.

Questo però è il contesto nel quale ci troviamo, la grossa fatica che dobbiamo fare, ciascuno per la propria parte, probabilmente i medici faranno ancora più fatica di noi a cambiare.

Ma la grossa fatica che dobbiamo fare è andare dall'altra parte, assumere un'altra mentalità, perché la storia di oggi lo richiede.

Questa credo è la grossa sfida che dobbiamo affrontare con estrema urgenza tutti insieme.

Sicuramente ci sono dei problemi di capacità di dialogo, di discussione, ma credo che se noi andiamo alla radice del problema abbiamo moltissimi motivi per lavorare bene insieme.

Tra l'altro se noi guardiamo le nostre unità operative, c'è il riscontro diretto della condivisione degli obiettivi e di risultati che ciascuno ha.

Allora se questa è la realtà, penso che il momento del dialogo e della risoluzione dei problemi sia arrivato, affrontando ad uno ad uno i vari problemi, anche sulla diagnosi e terapia, senza aver paura l'uno dell'altro, tenendo sempre presente quello che è l'obiettivo finale.

Interviene

Nome e Cognome *Fabio Merelli*

Professione *Infermiere*

Provenienza *Rianimazione Adulti S.Orsola-Malpighi Bologna*

Volevo chiedere al Dott. Zanello in quanto membro autorevole della SIAARTI, qual è la posizione ufficiale della SIAARTI riguardo alla laurea in Scienze Infermieristiche e anche la sua opinione sull'aggiornamento relativo alla legislazione sanitaria che da parte loro vedo molto scarso, sembra quasi che tutte questi nuovi interventi legislativi non li abbia proprio toccati o perlomeno questo è quanto traspare dal loro ambiente.

Interviene *M. Zanello*

La SIAARTI è una associazione scientifica e naturalmente si mette a disposizione delle istituzioni e cerca di collaborare e dare informazioni, dà sug-

gerimenti anche al potere politico, che poi venga ascoltato o meno non dipende certo da noi.

L'atteggiamento della SIAARTI è quello di grande interesse riguardo allo sviluppo della professione infermieristica sia nell'ambito delle sale operatorie che del mondo critico.

Questo, diciamo, è un atteggiamento strategico; non ha avuto tutto questo una sua espressione pratica perché in mezzo ci sono altre cose, c'è il ministero della pubblica istruzione che oggi si chiama della Ricerca per la parte universitaria, ci sono sindacati per pilotare altre decisioni e quindi come organo scientifico ha sempre visto soprattutto in ambito anestesiologicalo e di sala operatoria con grande attenzione una figura che abbia competenze specifiche in questo ambito.

Però, ripeto, è un organismo scientifico che si confronta essenzialmente con altre società scientifiche in merito a problemi concernenti il proprio ambito professionale.

Sull'altro quesito posso rispondere da cittadino, che noi non si sappia molto bene le leggi penso sia un problema molto diffuso.

Dispiace che nell'ambito specifico ci sia poca attenzione, poco interesse; però questo è un problema dei media, della vostra società scientifica, non credo che debba essere visto così, come cattiva volontà sull'informarsi o un atteggiamento antistorico, credo che bisogna facilitare questo processo di apprendimento, di conoscenza, di spazi e di integrazioni.

Senza voler rovinare tutto mi permettevo di rientrare sull'esempio che ha fatto prima Drigo, in merito alla velocità di infusione della dopamina.

Punto primo si faccia in modo che il medico sia presente in reparto in quanto è pagato per farlo.

Punto secondo sarà quel che sarà e credo che tutti dobbiamo essere molto sereni e aperti a questo,

mi piacerebbe configurare una potente professione infermieristica con una potente professione medica numericamente e fortemente sbilanciati, ma questo vuol dire arrivare a fare chiudere delle facoltà di medicina, fare produrre pochi medici che sappiano il doppio di quello che so io, perché hanno avuto dei processi di formazione loro più orientati e mirati, perché la professione infermieristica ha tolto con un'equivalenza di capacità e di conoscenze, una grossa fetta di quello che doveva essere le conoscenze del medico.

Questo mi piace molto come atteggiamento, però direi, in attesa che questo possa avvenire, ritornando a quell'esempio, che il medico stia lì con voi perché collabora con voi e che caso mai voi diate a lui gli elementi di una diagnosi orientata.

Ecco credo che questi possono essere i primi passi per condividere, per rispettarci, per affidarsi e quindi cedere e conquistare spazi.

Richiesta di chiarimento

Nome e Cognome *Sonia Gualtieri*

Professione

Provenienza *Dipartimento di Emergenza di Reggio Emilia*

Una domanda rivolta al prof. Rodriguez.

Ci troviamo in un intervento di emergenza, in questo caso in un arresto cardiaco respiratorio

C'è la presenza di un medico, di un infermiere, di un'équipe in grado di attuare manovre di supporto vitale avanzato ed in questo caso viene considerato il leader dell'équipe il medico con l'integrazione di tutte le componenti.

Durante questo intervento emergono delle criticità di una certa gravità.

L'infermiere con esperienza di rianimazione, corsi di BLS e ACLS, quindi con competenze certificate si rende conto che il medico non è in grado di mantenere la pervietà delle vie aeree e di ossigenare il paziente.

Ha difficoltà ad intubarlo, non è in grado di evitargli l'abingestis etc.

A questo punto l'infermiere che si assume la responsabilità di dire al medico, «provo io», in che condizioni si mette, oppure cosa dobbiamo fare?

Risponde *D. Rodriguez*

Il quesito sembra più attenerne la responsabilità nell'équipe piuttosto che le responsabilità dei singoli e posso avere dei miei pensieri personali, però ci sono state anche delle sentenze e quindi cerco di rispondere sfruttando quest'ultima via.

All'interno di un'équipe ciascuno ha la sua responsabilità, e già questo è un discorso grosso e per adesso facciamo finta che non ci siano problemi in questo, e arriviamo al caso concreto.

La responsabilità del singolo sopravanza quella degli altri e ne sentenzia esattamente in due casi, che sono quelli in cui o il capo'équipe ha la responsabilità anche su quello che fanno gli altri sia in funzione della organizzazione previa, sia in funzione del coordinamento durante l'attività, oppure l'altro che in sentenze è saltato fuori, quando un membro dell'équipe si renda conto che un altro membro dell'équipe sta facendo qualcosa che non va, allora automaticamente subentra la sua responsabilità.

Allora di primo acchito risponderai: l'infermiere che si rende conto che il medico per un qualche motivo non sta realizzando l'obiettivo principale deve intervenire, poi i modi, i tempi, lo stile, i rapporti interpersonali è un altro grosso discorso, ma diciamo che comunque si deve non tirare indietro.

Questo come obiettivo generale di tutela della salute del paziente.

Il problema è, di fronte ad un eventuale resistenza del medico, l'infermiere «ha la facoltà di» oppure «ha il dovere di», questo è il problema, al quale io rispondo con un mio preciso convincimento, che discende da una mia interpretazione sul fatto che le competenze si acquistano sul campo, sul fatto che credo

al curare e prendersi cura, però se qualcuno mi dovesse dire, guarda che l'assistenza infermieristica è qualcosa di diverso allora io mi arrendo e mi tiro indietro.

È quello che volevo dire prima, la definizione di assistenza infermieristica è tipicamente la vostra professione.

Se voi nell'elaborazione culturale dite che l'assistenza infermieristica corrisponde anche ad un curare, prendersi cura in alcune situazioni come quella descritta, dico sì, sono perfettamente d'accordo che «l'infermiere deve».

Allora cercando di sintetizzare, ma sempre in linea con quello che ho detto prima, nell'incertezza del fatto che l'infermiere non possa né fare diagnosi e né terapia, dico che quell'infermiere non solo poteva, ma doveva.

SEZIONE POSTER

TRATTAMENTO DELL'ASMA IN EMERGENZA

G. ROBELLO ⁽¹⁾, M. BRIGANTI ⁽¹⁾, Dott. G. LEONCINI ⁽²⁾

⁽¹⁾ Infermieri Professionali operanti in Pronto Soccorso ed Istruttori corsi BLS e BTLS A.H.A.

⁽²⁾ Medico Responsabile U.O. Pronto Soccorso

Azienda Ospedaliera E.O. Ospedali Galliera - Genova - Unità Operativa di Pronto Soccorso

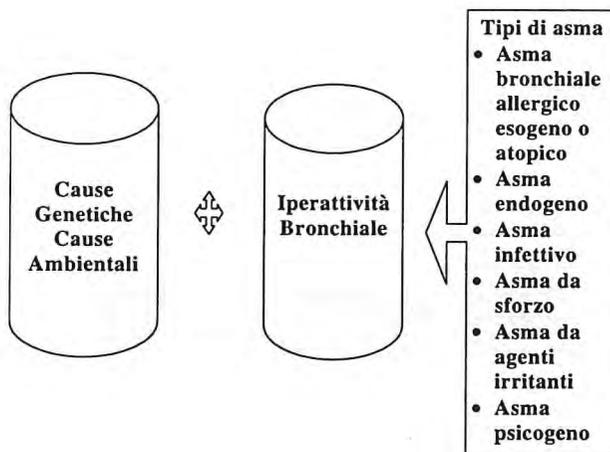
Definizione di «asma» nel corso degli anni

La definizione di asma bronchiale ha seguito l'evoluzione delle conoscenze eziopatogenetiche.

Nel 1959 il Ciba Guest Symposium definiva l'asma bronchiale come una condizione caratterizzata da una diffusa ostruzione delle vie aeree che può variare nel breve spazio di tempo sia spontaneamente che in seguito a trattamento.

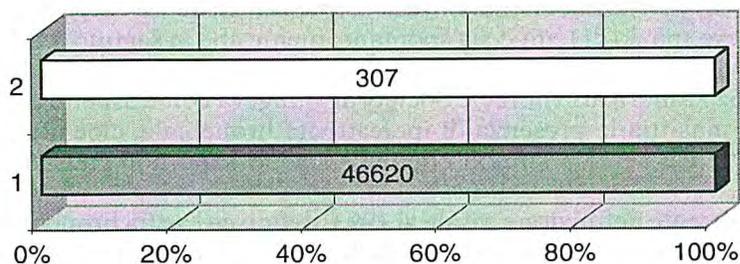
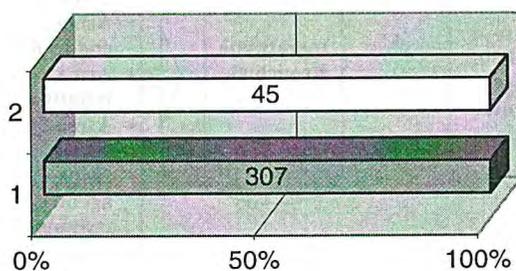
Nel 1962 l'American Thoracic Society aggiungeva come aspetto caratterizzante della malattia la presenza di iperattività bronchiale, cioè un'abnorme risposta delle vie aeree a stimoli che nel soggetto sano non causano alcuna alterazione.

La più recente definizione, risale al 1993, definisce l'asma bronchiale come una «malattia infiammatoria cronica delle vie aeree nella quale giocano un ruolo numerose cellule, in particolare i mastociti, gli eosinofili ed i linfociti T» e prosegue puntualizzando le conseguenze fisiopatologiche e cliniche.



Un po' di statistica riferimento anno 1998

Nel 1998 (vedi grafico n. 1) sono stati valutati complessivamente dall'Unità Operativa di Pronto Soccorso n. 46620 persone (vedi serie n. 1), di cui n. 307 pazienti (vedi serie n. 2) con broncospasmo e trattati farmacologicamente per Asma. I pazienti ricoverati e dimessi dalle Unità operative di degenza con diagnosi di Asma sono stati n. 45 (vedi grafico n. 2).

Grafico n. 1 - Pazienti trattati per ASMA da settembre '98 a settembre '99**Grafico n. 2 - Ricoveri e dimissioni per ASMA**

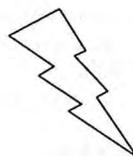
Algoritmo: ASMA

All'Infermiere Triagista spetta la valutazione iniziale del potenziale paziente:

- Esame obiettivo (sulla porta)
- Rilevazione F.C. F.R. P.A.
- Cianosi

Codice VERDE

- 4 puffs (beta2 stimolanti)
- breve anamnesi
- auscultazione
- cortisonici ev. (o per os.)

Codice GIALLO

- Incanulamento 2 vene periferiche
- 4 puffs (beta 2 stimolanti)
- EGA. ECG. Profilo ematochimico (ev. teofillinemia) Rx torace
- O2 maschera di Venturi
- Cortisonici ev. (sempre)

Prevenzione

Da qualche mese è stata voluta, elaborata e redatta dal personale tutto dell'U.O. Pronto Soccorso una scheda informativa, che viene consegnata a tutti i pazienti asmatici.

Scheda informativa redatta dal personale di Pronto Soccorso

Che cos'è l'asma

L'asma bronchiale è una malattia cronica dell'apparato respiratorio, caratterizzata da una alterata risposta delle vie aeree a numerosi stimoli. Può essere di origine allergica e, in tal caso, colpisce soggetti ipersensibili all'inalazione di sostanze molto diffuse (pollini, polvere di casa, forfora e peli di animali) o, più raramente, dall'ingestione di certi alimenti (latte e derivati, frutti di mare, uova, frutta, ecc.). Nell'adulto l'attacco asmatico è provocato più spesso da infezioni virali, inalazioni di aria fredda, sforzo fisico, stress emotivi, assunzione di certi farmaci come aspirina e altri analgesici-antiinfiammatori.

Quali sono i rischi

L'asma è una malattia seria i cui sintomi, se opportunamente prevenuti e trattati, non impediscono, nella maggior parte dei casi, di condurre una vita normale. È però importante non sottovalutare anche lievi sintomi iniziali (da segnalare prontamente al Medico Curante) in quanto vi è il rischio di instaurare una maggiore sensibilità delle vie aeree agli stimoli che provocano restringimento dei bronchi e aumento quindi della frequenza degli episodi critici.

Cosa si deve fare

È importante associare alla terapia antinfiammatoria alcuni provvedimenti di carattere generale:

- Mantenere pulita la casa allontanando la polvere rinunciando a tendaggi, moquette, cuscini di piumino, tappeti e ogni altro accessorio che trattenga facilmente polvere.
- Non tenere animali domestici.
- Non fumare né respirare fumo altrui, tenendo adeguatamente aerati gli ambienti anche nel periodo invernale (compatibilmente con la temperatura esterna).
- Non inalare vapori irritanti.
- Evitare forti stress fisici ed emotivi.
- Chiedere sempre al proprio medico curante un consiglio in merito alla vaccinazione antinfluenzale (da effettuarsi verso fine ottobre-novembre di ogni anno).
- In caso di necessità di farmaci contro il dolore e antinfiammatori segnalare al farmacista che si soffre di asma tenendo presente che alcuni di questi farmaci (come ad esempio l'aspirina) sono da evitare; si darà la preferenza a prodotti a base di paracetamolo.

Quando rivolgersi al Medico Curante

- Se si deve ricorrere a dosi più elevate di farmaci broncodilatatori per controllare gli attacchi di asma. La riduzione di efficacia della terapia è il primo segno di esacerbazione della malattia.
- Quando gli attacchi diventano più frequenti o i risvegli notturni con accessi di tosse e affanno non consentono un adeguato riposo.
- Se aumenta la difficoltà di espulsione del muco prodotto in eccesso.
- Se si nota una diminuita resistenza agli sforzi fisici con sempre più frequente comparsa di affanno.

Bibliografia

Patologie respiratorie e inquinamento dell'aria, Ed. Fernando Folini.

JOHN G. BARTLETT, *Terapia delle infezioni delle vie aeree*, Centro Scientifico Internazionale.

Fisiologia e Fisiopatologia del Tratto Respiratorio Integrato – Edizioni Scientifiche Valeas
Grandangolo sull'asma – Ed. Luigi Allegra.

RIANIMAZIONE I

Poliniclinico San Matteo
I.R.C.C.S.
Pavia

LAVAGGIO POLMONARE MASSIVO

in

Proteinosi Alveolare

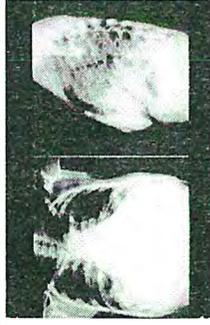
Assistenza Infermieristica

Infermieri:
BORELLA Paola
VIGORELLI Anna
SCIARAVEL Davide

PROTEINOSI ALVEOLARE

DEFINIZIONE

Pneumopatia caratterizzata dal depositarsi negli alveoli e nei bronchioli di materiale insolubile, protcinacco, ricco di fosfolipidi.



Tipica immagine ad "ALI DI FARFALLA"

LAVAGGIO POLMONARE MASSIVO

OCCORRENTE

- materiale occorrente per il cateterismo cardiaco destro ed arterioso
- materiale per l'intubazione e presidi per la verifica della posizione del tubo selettivo
- steroscopio esofageo
- necessario per il cateterismo vescicale ed il sondaggio gastrico
- letto bilancia
- soluzione di lavaggio con apposito riscaldatore
- set sterile per l'infusione della soluzione di lavaggio e raccogli-torre

OBIETTIVO

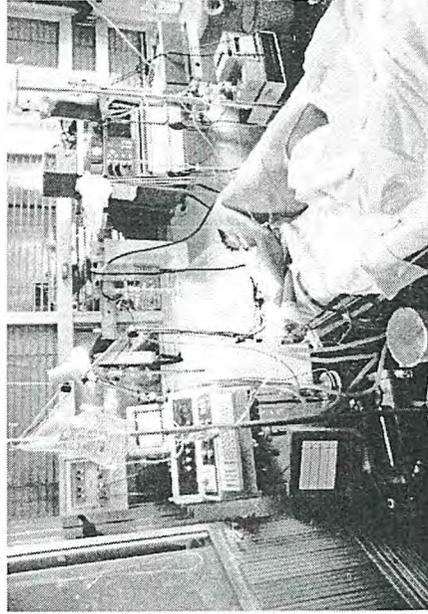
rimozione dei complessi formati da fosfolipidi



- coperta termica e pressidi anti decubito
- filtro per assorbire i vapori dei gas anestetici
- monitoraggio emodinamico e ventilatorio
- pompe infusionali e farmaci
- ventilatore con erogatore di gas anestetici

PROCEDURA

- incannulazione venosa ed arteriosa
- intubazione e posizionamento dello stetoscopio esofageo
- cateterismo cardiaco destro
- caeterismo vescicale
- valutazione fibroscopica tracheo-bronchiale e verifica della tenuta della cuffia con valvola ad acqua
- controllo dell'emogasanalisi
- posizionamento del paziente in decubito laterale
- riscaldamento, infusione e recupero della soluzione di lavaggio (boli di 500 ml) ed esecuzione del clapping



PROBLEMATICHE INFERMIERISTICHE

- controllo dei parametri emodinamici e ventilatori
- prevenzione delle lesioni da decubito e delle lesioni tracheali
- supporto psicologico al paziente prima e dopo la procedura
- riscaldamento della soluzione di lavaggio e controllo della temperatura
- controllo della qualità e della quantità del liquido di lavaggio recuperato

COMPLICANZE

- ipossiemia
- allagamento del polmone ventilato
- idrotorace
- ipotermia
- squilibri idro-elettrolitici
- trauma delle vie aeree

SCOPO DEL LAVORO

“linea guida” per l’attività di reparto, utile a standardizzare le pratiche infermieristiche mettendo a conoscenza la “Proteinosi Alveolare ed il conseguente Lavaggio Polmonare” a colleghi e studenti Infermieri.

INDICE

M. MARSEGLIA, S. SCALORBI <i>Presentazione</i>	Pag. 5
E. DRIGO <i>I perché del XVIII Congresso Aniarti</i>	» 9
G. MARTINELLI <i>Saluti</i>	» 13
R. GRILLI <i>L'accreditamento come strumento per la promozione dell'efficacia e dell'appropriatezza nel SSN</i>	» 15
P. DI GIULIO <i>Autorizzazione, certificazione ed accreditamento, quale ricaduta su: i processi assistenziali infermieristici</i>	» 19
M. FIAMMINGHI, A. MINGAZZINI <i>Autorizzazione, certificazione ed accreditamento, quale ricaduta su: i progetti gestionali infermieristici</i>	» 27
DIBATTITO	» 35
E. DRIGO <i>Introduzione</i>	» 51
C. BONCI <i>Criteri di progettazione e gestione delle apparecchiature elettromedicali utilizzate nei servizi di cure intensive di unità terapeutiche, nelle sale operatorie, nelle sale di preparazione e risveglio</i>	» 53
R. CACIOLO <i>La strumentazione per l'infusione elettronica</i>	» 63
R. DAINESE <i>Qualità e sicurezza dei dispositivi monouso</i>	» 69
C. GHEDINI <i>Elementi e criteri per l'accreditamento e la certificazione dei presidi monouso/monopaziente destinati all'area critica</i>	» 77

DIBATTITO	» 81
R. DINOI	
<i>Le linee guida delle manovre rianimatorie di base - Storia, sviluppi e prospettive nell'evidenza scientifica</i>	» 93
F. MOGGIA, T. PAGLIANA, M. PARODI, I. ROBA	
<i>La formazione in rianimazione cardio polmonare. Revisione di letteratura</i>	» 101
L. RAFFIN	
<i>Valutazione della performance nella rianimazione cardio polmonare</i>	» 107
A. COSTAGLIOLA, M. SORRENTINO, P. BENCIVENGA, A. COSTIGLIOLA, C. D'ACUNTO, T. ROMEO	
<i>Formazione dei parenti nella rianimazione cardio-polmonare</i>	» 115
W. FAVERO, M. BENETTON, L. RIZZO, G. SALVADORI	
<i>La farmacologia nella rianimazione cardiopolmonare</i>	» 121
D. FONTANOT, C. TULL, P. MARCHINO	
<i>La rianimazione cardio polmonare in TV</i>	» 131
DIBATTITO	» 135
L. ZANOLI, C. ENNAS	
<i>Tecniche di rianimazione cardio polmonare</i>	» 147
C. ROMANO, A. GALLETTO, R. RAIA	
<i>Rianimazione cardio polmonare in età neonatale</i>	» 167
A. MORELLI, G. CAMPOCCIO, G. ARENA, G. FESTA, M. CATANIA, M. POSTIGLIONE, G. BUFALINO, G. DE FALCO, M. IACONA	
<i>Organizzazione del soccorso extraospedaliero nell'arresto cardiaco</i>	» 173
P. ABIS, M.C. PALLA	
<i>Alcune curiosità sulla rianimazione cardiopolmonare</i>	» 177
A. DI NUCCIO, D. SCHIAVO, C. ALIZIERI, V. ARGENZIANO, E. COCCO, F. PERRETTA, C. SOLLO	
<i>Valutazione del clima organizzativo e collaborativo ed effetti sugli esiti dei pazienti</i>	» 191
DIBATTITO	» 199
M. CASATI, S. GUALTIERI, S. SEBASTIANI	
<i>La certificazione professionale</i>	» 211

<i>Indice</i>	307
M. D'INNOCENZO <i>Riforma sanitaria e accreditamento professionale</i>	» 215
A. SILVESTRO	» 221
A. DALPONTE <i>Abilitazione, competenze e accreditamento del professionista infermiere: il contributo della formazione permanente</i>	» 227
A. BRANDI <i>L'accreditamento professionale: ipotesi di sviluppo per i professionisti in- fermieri in Italia</i>	» 237
DIBATTITO	» 243
E. DRIGO <i>Chiusura del XVIII Congresso Nazionale Aniarti</i>	» 255
<i>SESSIONE SPECIALE</i>	
E. DRIGO	» 261
D. RODRIGUEZ	» 267
M. D'INNOCENZO	» 279
DIBATTITO	» 283
<i>SEZIONE POSTER</i>	» 295
G. ROBELLO, M. BRIGANTI, G. LEONCINI <i>Trattamento dell'asma in emergenza</i>	» 297
P. BORELLA, A. VIGORELLI, D. SCIARAVEL <i>Lavaggio polmonare massivo in Proteinosi Alveolare</i>	» 303

*Finito di stampare nel mese di ottobre 2000
presso la Tipografia Tappini - Città di Castello (PG)
Tel. (075) 855.81.94 - Fax (075) 852.73.15 E-mail tappini@technet.it*