anjarti
SCENARIO
ASSOCIAZIONE NAZIONALE INFERMIERI DI AREA CRITICA

XIX CONGRESSO NAZIONALE

ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE IN AREA CRITICA

Funzioni e responsabilità infermieristiche

A cura di:
MARCO MARSEGLIA
SANDRA SCALORBI

GENOVA, 15-16-17 NOVEMBRE 2000

PRESENTAZIONE

La pubblicazione degli Atti del Congresso Nazionale ANIARTI è sempre attesa con interesse da parte dei professionisti dell'infermieristica.

La forte aspettativa è legata al fatto che essi offrono uno spaccato fedele della realtà infermieristica; dalla loro lettura e dal confronto con le relazioni degli anni precedenti si può cogliere la notevole evoluzione dell'assistenza e, parallelamente, del panorama legislativo, che molto spesso riconosce uno sviluppo professionale di fatto già in atto.

Gli spunti che si possono cogliere per l'agire quotidiano, sfogliando il volume dalle relazioni ai dibattiti, sono numerosi.

L'ANIARTI sta continuando il percorso intrapreso negli anni passati, orientato a sviluppare e consolidare le basi scientifiche della professione; grazie alle caratteristiche di qualità che da sempre la distinguono nel panorama infermieristico italiano, ha proposto ed attuato indagini multicentriche «sul campo», che esprimono la tensione ad essere professionisti che garantiscono agli utenti la migliore assistenza possibile.

Il forte consenso che l'Associazione ha ottenuto dalla numerosa platea rispetto a questo modo di procedere, fa capire che gli infermieri sono il fattore strategico che effettivamente incide sui risultati.

L'augurio è che questo testo diventi uno strumento, una guida utile di consultazione e studio, di verifica critica e di crescita, e lo stimolo a costruire esperienze professionali di provata efficacia, affinché gli utenti possano beneficiare di un assistenza altamente qualificata.

I Curatori
MARCO MARSEGLIA
SANDRA SCALORBI

XIX CONGRESSO NAZIONALE ANIARTI

ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE IN AREA CRITICA

15 novembre 2000 - Mattina

OBIETTIVI

- Illustrare alcune tipologie, logiche e modalità organizzative dipartimentali;
- individuare gli elementi professionali per la ri-definizione dei processi assistenziali nella logica dell'organizzazione dipartimentale;
- definire le funzioni direttive e gestionali dell'infermiere nell'organizzazione dipartimentale.

Moderatori: *Elio Drigo - Annalisa Silvestro*

RELAZIONI

- Il dipartimento nel Servizio Sanitario: contesto nazionale e sviluppo regionale
  Elio Drigo
- La ri-definizione dei processi assistenziali: previsione di risultato, rapidità e continuità delle cure.
  Maria Benetton, Annalisa Silvestro
- Le funzioni direttive e gestionali del Referente infermieristico di Dipartimento e di Unità operativa Dipartimentale.
  Carmen Bertocchi
- Un'esperienza per il dipartimento
  Sandro Baldo, Cristina Morini

DIBATTITO

I PERCHÉ DEL XIX CONGRESSO ANIARTI

E. DRIGO
Presidente Aniarti

La sfida di civiltà di garantire un servizio sanitario di qualità alle persone sarà vinta solo se in questo progetto saranno dedicate le intelligenze e le volontà delle persone che sono maggiormente coinvolte. Gli infermieri sono tra queste: forse i primi.

La scelta dei dipartimenti come modello organizzativo è una scelta molto coraggiosa, sostanzialmente di campo; e scommette sulle persone, sulla loro decisione di realizzare progetti che superano definitivamente logiche di posizione, di immutabilità delle conoscenze e di rigidità delle organizzazioni, chiaramente ormai insostenibili e facenti parte di repertori desueti dalle aggregazioni che, a qualsiasi titolo, si pongono degli obiettivi da raggiungere.

L'idea di fondo dell'organizzazione dipartimentale in sanità è la centralità dei problemi da risolvere, la metodologia scientifica come strumento per adottare soluzioni razionali, l'integrazione delle risorse per ottenere il massimo di risultato perseguibile.

Il costante incremento della complessità dei problemi, tecnici, di conoscenza, organizzativi, relazionali, etici, rappresenta una caratteristica tipica dell'assistenza nell'area di criticità della vita delle persone.

Gli infermieri non sono estranei a queste considerazioni: sono sempre stati coloro che hanno condotto, magari nella compensazione di deficienze altrui, il processo di soluzione dei problemi non solo sanitari ma anche organizzativi all'interno delle istituzioni.

Partendo da questo quadro, diventa una priorità per gli infermieri esaminare con estrema attenzione il significato dell'organizzazione dipartimentale, comprenderne le implicanze a tutti i livelli, identificare con esattezza la propria collocazione nell'insieme ed il contributo insostituibile da garantire nel contesto.

Queste semplici considerazioni e l'applicazione delle norme che ci riguardano, recentemente intervenute, dicono quanto questo passaggio della sanità italiana rappresenti per gli infermieri un'opportunità per ripensarsi a fondo, per conquistarsi ed esigere sia gli strumenti formativi adeguati alle esigenze, sia gli spazi dell'autonomia per operare con nuova, creativa fantasia oltre che con l'audacia di chi è ben consapevole della funzione sociale primaria e vitale che svolge (nonostante magari il disconoscimento reale).

L'Aniarti intende percorrere con decisione questa strada, anche perché rappresenta la concretizzazione di una filosofia propria ormai scontata.

Sulla scorta di questa volontà intendiamo anche promuovere iniziative sostenibili dei primi passi di analisi di elementi dell'assistenza infermieristica e discutere sui risultati, sui metodi ed i percorsi per la ricerca dell'evidenza scientifica del nostro operare quotidiano. Abbiamo costruito tre indagini di osserva-

zione su temi che affrontiamo ogni giorno nel nostro lavoro: i problemi dei parenti dei ricoverati nelle terapie intensive, le prassi utilizzate per la pulizia del cavo orale dei malati di terapia intensiva, l'uso dell'analgesia nelle pratiche dolorose.

Decine di unità operative sul territorio nazionale hanno aderito. La seconda giornata del convegno sarà dedicata a questa esperienza, al metodo utilizzato, ai risultati (parziali), a comprendere inoltre, che gli infermieri devono lavorare sulla base di dati reali e che questi dati possono essere ottenuti con un impegno minimo e coordinato. Soprattutto, vedremo come poter lavorare sulla base dei dati consente di avere argomenti per le proprie decisioni (autonomia) ed essere autorevoli nell'insieme dei professionisti (dipartimento).

Il XIX congresso Aniarti vuole anche aprire una finestra sull'evoluzione sentita ed obbligata dell'associazione, in termini di soggetto di aggregazione e validazione delle conoscenze ed esperienze professionali scientificamente provate e documentate. Ricercheremo la definizione degli elementi indicativi e qualificanti di un tale percorso e le prime considerazioni sistematiche sull'impegno che ne deriva. Il risultato di queste riflessioni avrà la funzione di guidare l'orientamento futuro dell'associazione (oltre che dell'essere professionisti infermieri).

La sessione speciale ha questa valenza. Abbiamo ritenuto di dover condividere con un invito, con l'intera professione ed in particolare con le nostre figure più rappresentative questo momento di riflessione ed elaborazione. Il significato di questa condivisione è anche quello di una nuova esigenza di massima integrazione della professione.

La sfida di civiltà degli infermieri potrebbe avere un suo passo fondamentale anche in questo comune strumento di confronto e costruzione sistematica di bagaglio culturale specifico.

I risultati di questo congresso saranno il frutto del lavoro di noi tutti, voglio sottolinearlo, anche per attribuire valore a tutte le risorse e le energie che vengono profuse per l'elaborazione e l'organizzazione di un'iniziativa come questa.

La fatica ed il lavoro di noi tutti deve condurci a comprendere, favoriti anche dalla filosofia che sostiene il tema affrontato, la necessità di rimettere in discussione, in tempi stretti, molti luoghi comuni sull'organizzazione delle strutture sanitarie e sull'integrazione tra strutture e professionisti, di cui si è forse parlato ma assai poco, seriamente, fatto. Dobbiamo convincerci che stiamo vivendo all'interno di una sorta di rivoluzione nel senso più positivo e più impegnativo del termine, nella quale siamo pienamente e personalmente coinvolti per portare il nostro contributo di intelligenza e deontologia.

Ringrazio tutti quanti sono presenti, i nostri colleghi che ci hanno consentito di assentarci dal lavoro per questo evento, quanti hanno lavorato e stanno lavorando per la buona riuscita di queste giornate.

Saluto Annalisa Silvestro, per il suo contributo nel pensiero di questo convegno, vicepresidente Aniarti ma anche presidente della Federazione nazionale dei Collegi IPASVI ed in lei saluto anche tutti gli infermieri italiani.

Buon lavoro a tutti!

IL DIPARTIMENTO NEL SERVIZIO SANITARIO: CONTESTO NAZIONALE E SVILUPPO REGIONALE

E. DRIGO
Presidente Aniarti

Norme di riferimento

* I primi riferimenti normativi al dipartimento risalgono al 1969 nel DPR 128, in cui si prevede la possibilità di «strutture organizzative a tipo dipartimentale tra divisioni, sezioni e servizi complementari, al fine della loro migliore efficienza operativa, dell'economia di gestione e del processo tecnico e scientifico». L'indicazione interviene dopo che le strutture avevano iniziato a frastagliarsi in specializzazioni in seguito all'irrompere delle prime tecnologie.

* Nel D.M dell'8 novembre 1976 le Regioni vengono invitate ad istituire con gradualità i dipartimenti per favorire l'integrazione delle competenze, della ricerca, della didattica, delle strutture extraospedaliere; vengono anche fissati gli obiettivi del dipartimento.

* Nessun reale cambiamento fino al 1978, quando la L. 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, stabilisce che le Regioni «disciplinano con legge l'articolazione dell'ordinamento degli ospedali in dipartimenti...» Ancora, nei fatti , sporadiche istituzioni di dipartimenti.

* Nel 1985 la Legge 595 («Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario nazionale triennale 1986-88) rappresenta il primo reale orientamento nella razionalizzazione dell'organizzazione degli ospedali (contenimento dei posti letto, aree funzionai omogenee ...).

* Il D. Lgs. 502/92 e successive modifiche, applicativo della Legge finanziaria per il '92, del 30 dicembre 1991 n. 412, afferma che le Regioni «... provvedono alla riorganizzazione di tutti i presidi ospedalieri in Dipartimenti».

Il concetto viene in seguito ribadito dalla Legge finanziaria per il 1996, n. 549/95.

Mai erano state però date indicazioni operative di regolamentazione del dipartimento; questo forse ne ha frenato l'istituzione diffusa.

Queste indicazioni si concretizzano con il «Rapporto del Gruppo di lavoro sui Dipartimenti» istituito dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali.

Il Rapporto, del dipartimento dà una definizione, ne indica le tipologie, i compiti (assistenza, formazione ed aggiornamento, didattica, ricerca, educazione ed informazione sanitaria), le risorse, le modalità organizzative, e pone alcune considerazioni circa i compiti e le responsabilità del personale.

Il documento, pur occupandosi soltanto del «modello dipartimentale ospedaliero», di fatto rappresenta il punto di riferimento per l'inizio delle esperienze dipartimentali a livello delle regioni, sia in termini di legislazione che di applicazione operativa decentrata.

Definizione di dipartimento

«Il dipartimento è costituito da unità operative omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionali. Le unità operative costituenti il dipartimento sono aggregate in una specifica tipologia organizzativa e gestionale, volta a dare risposte unitarie, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati e a tal fine adottano regole condivise di comportamento assistenziale, didattico, di ricerca, etico, medico-legale ed economico».

(Rapporto del Gruppo di lavoro sui Dipartimenti: Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali)

Contenuti ispiratori dell'organizzazione dipartimentale.

In premessa, una considerazione di carattere storico ci fa vedere come l'idea di dipartimento acquisisca forza ed efficacia nel 1992, nel momento in cui diventa chiaro il legame della realtà politica e sociale dell'Italia al resto dell'Europa e del mondo occidentale.

Una tale scelta, di fatto, obbliga a modificare anche l'impostazione dell'organizzazione delle strutture sanitarie: avviene cioè il passaggio da una struttura rigida e spesso autocentrata ad una struttura orientata al raggiungimento di obiettivi programmati di salute ed entro parametri economici predefiniti.

Il passaggio non è semplice perché si scontra con una realtà consolidata di immobilismo.

La velocità con cui la trasformazione viene imposta da fattori esterni, evidenzia con molta chiarezza tutte le incongruenze dell'organizzazione precedente rispetto ai fini dichiarati, ma molto spesso non perseguiti.

A partire dalla definizione che abbiamo citato, possiamo vedere che con l'organizzazione dipartimentale, si intende rendere razionalità ed efficacia all'intero sistema di erogazione dei servizi per la salute.

Essa valorizza:

- la forza derivante dall'integrazione a tutti i livelli (strutture, processi operativi, risorse materiali, finanziarie e di persone/professionalità);
- la discrezionalità nelle scelte all'interno di un progetto complessivo di sanità/salute (la massima utilizzazione delle possibilità e capacità decisorie di tipo professionale e gestionale);
- la creatività per il raggiungimento degli obiettivi/risultati comuni con efficacia ed efficienza (la libera utilizzazione di tutti gli strumenti scientifici ed organizzativi);
- la responsabilizzazione dei dirigenti, degli operatori singoli e dei gruppi di operatori, sia intra-Unità Operativa (U.O.)., che inter-U.O.

I dipartimenti: sviluppo nazionale.

Confrontiamo l'evoluzione teorica e quella reale:
l'evoluzione teorica:

- inizio lontano nel tempo (1969);
- stasi (1969-1992);
- accelerazione con l'aziendalizzazione (1992 – integrazione europea...);

l'evoluzione reale:

- attuale fatica a realizzare i dipartimenti.

Nella concretezza delle strutture la realizzazione dei dipartimenti, anche se prosegue, trova però molte difficoltà.

Alcune tra le principali cause potrebbero essere:

a) consuetudini/tradizioni:
* relazioni immutabili da molti decenni;
* organizzazioni funzionali alla struttura prima che al soddisfacimento di bisogni e dunque rigide ...;

b) resistenze/interessi altri:
* propensione al mantenimento dello *status quo*;
* consolidamento di interessi di gruppo o personali;
* lotta per conservare privilegi ...;

c) mancanza di esperienza e strumenti di integrazione e di logica della flessibilità nell'utilizzo delle risorse:
* incapacità di individuare soluzioni alternative ai problemi a motivo della visione «naturalmente» rigida del proprio sistema;
* indisponibilità di strumenti di integrazione se non mutuati da esperienze di diversa natura, industriale o aziendale;
* incongruenza della flessibilità necessaria con la logica da sempre vigente della rigidità ...

d) reale complessità del sistema con forti implicanze di cultura organizzativa e di cultura del fattore umano:
* la dimensione, la delicatezza dei processi operativi e dei rapporti intra ed inter-professionali, l'entità e la diversità dei problemi affrontati costantemente, eccetera ..., rendono il sistema sanitario estremamente complesso;
* l'esistenza di una cultura dell'organizzazione più arrangiata che sistematica;
* una cultura di valorizzazione diffusa del patrimonio costituito dagli operatori e dai professionisti praticamente inesistente o non fruibile all'interno del sistema (vedi le resistenze all'applicazione del CCNL) ...

Lo sviluppo regionale

L'applicazione delle normative nazionali in fatto di dipartimenti da parte delle Regioni, risultano difficilmente classificabili, sia per quanto riguarda la reale attivazione dei dipartimenti, sia per la tipologia ed il grado di avanzamento delle azioni messe in cantiere.

Senza la pretesa di essere oggettivi ma solo a titolo esemplificativo e di

approccio al problema in una sede come questa, abbiamo raccolto alcune informazioni su tre Regioni cercando di osservare:

– le norme ed indicazioni ufficiali sull'istituzione dei dipartimenti in regione;

– alcune riflessioni di infermieri dirigenti di strutture significative di quelle Regioni con il rilievo delle realizzazioni concrete rispetto alle norme stesse.

Le regioni considerate a titolo esemplificativo ed ovviamente in modo non esaustivo, per questo intervento sono il Friuli Venezia-Giulia, la Campania e la Puglia.

Friuli Venezia-Giulia

Si cita qui il documento di principale riferimento in materia. Le normative successive fanno riferimento alla scelta di organizzazione dipartimentale operata in linea generale.

«Linee guida regionali sulla istituzione e regolamentazione dei Dipartimenti ospedalieri verticali» 1996.

– Richiama le normative nazionali e regionali precedenti (in particolare: L.R. 13/95 e 1° Piano d'Intervento a Medio Termine - PIMT).

Si pone l'obiettivo di chiarire il significato della dipartimentalizzazione e di fornire indicazioni alle aziende per istituire, regolamentare ed attivare i dipartimenti ospedalieri verticali.

– Risottolinea l'obbligatorietà del processo di dipartimentalizzazione e la finalizzazione a «superare la modalità organizzativa divisionale ... per ricercare ... un modello organizzativo che consenta di conseguire l'integrazione ... il coordinamento e lo sviluppo di attività cliniche, di ricerca, di studio e di audit sulla qualità delle prestazioni ...;

– indica chiaramente gli obiettivi per l'Azienda e per gli operatori che il dipartimento consente di perseguire;

– prospetta le possibili tendenze evolutive dell'organizzazione dipartimentale;

– pone rilievo alla necessaria gradualità e sperimentazione delle realizzazioni;

– mette in luce «l'esigenza di valorizzare il ruolo – anche in chiave dirigenziale – di alcune professionalità, in particolare quella infermieristica, a cui può essere pienamente assegnata la gestione dell'attività assistenziale non clinica. Vengono indicati diversi livelli di responsabilità possibili e viene chiaramente indicata l'esistenza del Responsabile del Servizio Infermieristico in ogni Azienda e dei Referenti infermieristici di dipartimento.

Il Referente infermieristico di dipartimento fa parte del Comitato di dipartimento.

– Indica i livelli decisionali, le risorse e di budget, le composizioni delle professionalità del dipartimento, e le regolamentazioni.

Che cosa pensano alcuni Infermieri Dirigenti della regione.

a) Riscontro sull'attuazione delle normative e/o indicazioni regionali.

Molte realtà dipartimentali sono ancora teoriche o formali, altre in fase di realizzazione.

Le realizzazioni dei dipartimenti nelle strutture sono certamente disomogenee ma la scelta regionale è decisamente in questa logica e verrà realizzata anche se con gradualità.

L'applicazione delle norme regionali inizia ad essere realizzata anche se con le difficoltà che comporta uno stravolgimento delle consuetudini ed una ridefinizione delle aree di competenza delle varie figure.

Le posizioni e le modalità di operare date per acquisite, si smuovono con difficoltà.

Le norme e le indicazioni regionali per l'attuazione dei dipartimenti sono relativamente avanzate, certamente positive ma ancora insufficienti rispetto a quelle che sarebbero le necessità richieste dall'operatività e dalle strutture.

Non è stata sufficientemente sostenuta la possibilità di sperimentazioni di dipartimenti, con l'applicazione di visioni organizzative orientate agli obiettivi da raggiungere dai dipartimenti stessi.

b) Valorizzazione della professione infermieristica.

Vi sono certamente per gli infermieri, degli spazi di azione molto più ampi rispetto solo a qualche anno fa; si intravvedono realistiche possibilità, se non necessità, di stravolgere completamente l'impostazione dell'organizzazione ospedaliera centrandola sulle esigenze del malato e non dell'operatore.

Le leggi creano spazi che però a volte non hanno ricadute nella concretezza.

Manca ancora la costruzione chiara della struttura gestionale dei dipartimenti; questo può comportare una rigidità nei livelli di gerarchie per la presa delle decisioni e per la gestione delle risorse a tutti i livelli. Gli infermieri fanno parte solo dei Comitati di dipartimento ma non del Comitato Strategico Aziendale, il quale ha la possibilità di determinare l'andamento dell'impostazione generale dell'Azienda e l'orientamento delle risorse.

Certamente le ultime normative riguardanti la professione infermieristica (L. 42/99 e L. 251/00) gettano una nuova luce sull'impostazione dipartimentale, ne catalizzeranno l'attuazione e richiederanno una revisione di alcune indicazioni delle varie linee guida esistenti, che dovrà accogliere la nuova impostazione dell'infermiere.

Gli infermieri devono percorrere strade impervie per poter solo interloquire con i luoghi delle decisioni. Manca una reale capacità di ascolto ed attenzione delle istituzioni nei confronti degli infermieri e dei problemi che essi affrontano.

In alcuni casi la realizzazione dei dipartimenti ha consentito di attribuire rilevanza avanzata al ruolo infermieristico.

Campania

* Legge Regionale 11 gennaio 1994 n. 2: «*Istituzione del sistema integrato regionale per l'emergenza sanitaria*» (SIRES):

– Detta le norme di istituzione del SIRES; all'interno fornisce indicazioni sul Dipartimento di Emergenza ed accettazione

* Legge Regionale 3 novembre 1994 n. 32: «... *Riordino del Servizio Sanitario Regionale*»:

– È una traduzione di livello regionale in applicazione del Decreto L.vo n. 502/92.

– Vengono richiamati i principi generali dell'organizzazione ospedaliera in dipartimenti e fornite indicazioni per seguire quanto dettato dalla L.R. n. 2/94.

– Vengono menzionati i dipartimenti di emergenza ed accettazione.

* Legge Regionale 26 febbraio 1998 n. 2: «*Piano Regionale ospedaliero per il triennio 1997-1999, ALLEGATO «N»*:

– Ripercorre e reinterpreta in chiave locale la traccia ed i contenuti del documento sulle linee guida del Gruppo di lavoro dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali;

– Il Coordinatore infermieristico di dipartimento non fa parte del Comitato di dipartimento. Nell'insieme ha funzioni di collaborazione esecutiva in subordine al Capo e Comitato di dipartimento.

Che cosa pensano alcuni Infermieri Dirigenti della regione.

a) Riscontro sull'attuazione delle normative e/o indicazioni regionali.

Le normative regionali significative sono quelle citate.

Solo alcune Aziende hanno prodotto atti interni di istituzione dei dipartimenti, almeno alcuni di essi; pochissime hanno, ad oggi, nominato i capi-dipartimento.

Si riscontra in questo periodo una fase di rallentamento delle iniziative innovative per le Aziende, legato alla situazione di incertezza per il futuro di molti direttori generali.

Permane una notevole difficoltà ad instaurare sostanziali trasformazioni organizzative nelle strutture sanitarie, che devono nel contempo applicare processi di aziendalizzazione.

b) Valorizzazione della professione infermieristica.

Gli infermieri hanno poco rilievo nelle norme e regolamentazioni regionali riguardanti i dipartimenti.

Sono ancora tenuti ai margini dei momenti decisori, delle funzioni di coordinamento e del coinvolgimento attivo diretto nell'attuazione della trasformazione organizzativa. In qualche Azienda sono stati nominati coordinatori infermieristici di dipartimento.

È da rilevare il movimento di aggregazione a livello regionale da parte della professione per rendersi evidente e farsi valorizzare ed attribuire le dovute responsabilità per il proprio specifico, nell'ambito delle organizzazioni.

Considerato anche il momento politicamente favorevole l'obiettivo è di ottenere il riconoscimento di un dipartimento infermieristico.

Puglia

* Legge Regionale n. 36 del 28 dicembre 1994, «*Norme e principi per il riordino del Servizio Sanitario Regionale in attuazione del D.L.vo n. 502/92*»:

– agli artt. 22 e 35, richiamano le normative nazionali in fatto di dipartimentalizzazione;

* «*Linee guida relative al dipartimento Ospedaliero*» in applicazione della Legge Regionale n. 14.

– Fornisce indicazioni su:

– ambito di applicazione (dipartimenti definiti per: 1. Aree omogenee; 2. Fasce d'età; 3. Organo; 4. Ciascuna area della medicina diagnostica e dei servizi; 5. Per progetto-obiettivo su attività assistenziali di particolare rilevanza nosologica, non necessariamente legata ad una struttura permanente);

– finalità;

– costituzione;

– comitato («un rappresentante dell'area del comparto eletto fra i dipendenti appartenenti ai profili professionali: infermieristico, tecnico-sanitario e della riabilitazione»);

– responsabile;

– adozione del regolamento;

– dipartimento misto;

– dipartimento interaziendale.

Nulla dice sulle funzioni del rappresentante (infermieristico).

Che cosa pensano alcuni Infermieri Dirigenti della regione.

a) Riscontro sull'attuazione delle normative e/o indicazioni regionali.

Le normative ed indicazioni sopra citate sono le uniche esistenti per la Regione Puglia.

Anche il *Piano di riordino del servizio sanitario*, del 2.'99, continua a considerare la riorganizzazione in termini di unità operative e non di dipartimenti.

Negli anni scorsi si è sviluppato solo un dibattito centrato sul tipo di dipartimento che doveva essere istituito: se di strutture o funzionale.

In nessuna struttura ospedaliera della regione è stato istituito il sistema dipartimentale.

Attualmente la Regione, di fronte ad un saldo passivo di bilancio per la sanità di oltre 1000 miliardi, ipotizza di emanare una delibera istitutiva dei dipartimenti come strumento di razionalizzazione del sistema.

b) Valorizzazione della professione infermieristica.

Non sembra di vedere a livello politico segnali in direzione della razionalizzazione.

Gli infermieri sono ancora troppo assenti, non identificati nelle determinazione dei processi di lavoro e sconosciuti come professionisti: questo determina l'esclusione dal novero dei gruppi professionali ritenuti determinanti per la qualità assistenziale e dai circuiti decisionali. La realtà sta modificandosi e vi è un inizio di coordinamento regionale.

Osservazioni generali su normative regionali per il dipartimento e infermieri.

– Al di là dell'obbligatorietà per le Regioni di organizzare la dipartimentalizzazione, sembra di vedere un reale interesse diretto per questa scelta anche per le ricadute economiche positive che potrebbe comportare in linea teorica.

– Il personale infermieristico (e tecnico di assistenza) è la prima e principale (a volte unica) risorsa umana condivisa e resa flessibile nell'ambito dei dipartimenti. Ciò, legato all'autonomia infermieristica, dovrebbe attribuire riconoscimento di importanza e di conseguenza potere, agli infermieri nell'intera organizzazione e opportunità di determinazione in prima persona del cambiamento.

– Il riconoscimento, dell'oggettiva importanza, delle competenze proprie e dell'autorevolezza della professione infermieristica inizia a delinearsi in maniera evidente.

– Rispetto alla scelta dell'organizzazione dipartimentale, anche all'interno della professione infermieristica vi possono essere delle posizioni critiche dettate da particolari esperienze, da posizioni personali; come in ogni situazione di scelta. Ciò va valutato anche in funzione di una lettura maggiormente oggettiva delle motivazioni per cui i cambiamenti intervengono magari in maniera differenziata.

La complessità della trasformazione richiesta, rende evidente che molta parte del successo di questa operazione è legata oltre che alle norme ed alle istituzioni, alla reale volontà ed al coinvolgimento delle persone.

Conclusioni

Il dipartimento significa:

– un'opportunità per la professione nel valorizzare le logiche di processo, di flessibilizzazione ...; utile vedere in proposito gli obiettivi, tutti, del dipartimento indicati dal DM 8 novembre 1976 (!!) sui quali, va detto, la professione si è sempre spesa, che recitano:

– convergenza di competenze ... per l'assistenza completa ...

– incremento della ricerca e collegamento tra didattica ed assistenza ...

– miglioramento ... a livello interdisciplinare ...

– aggiornamento ...

– superamento delle disfunzioni ...

– corresponsabilizzazione di tutti gli operatori ... con riguardo alle esigenze organizzative ...

– collegamenti tra le competenze ospedaliere e ... territorio ...

Il processo per la dipartimentalizzazione delle Aziende è un periodo in cui le competenze infermieristiche di collaborazione tradizionalmente e storicamente acquisite, possono giocare un ruolo importante nell'affrontare i problemi ed imparare a risolverli in maniera condivisa tra le diverse professionalità: la motivazione delle persone è la premessa indispensabile alla realizzazione dei progetti a forte integrazione.

Infermieri di area critica e dipartimento: perché ne parliamo? Perché vi leggiamo un'opportunità per l'applicazione della filosofia assistenziale dell'area critica.

Abbiamo definito Area Critica come l'insieme delle strutture ad alta inten-

sità assistenziale e l'insieme delle situazioni caratterizzate dalla criticità/instabilità vitale del malato e dalla complessità dell'approccio e dell'intervento assistenziale medico/infermieristico.

Non possiamo non considerare che:

– siamo parte del sistema (una parte che può tracciare la strada, se è vero che gli ospedali sempre di più dovranno diventare strutture solo per acuti e dunque ad elevatissima complessità e competenza professionale e gestionale);

– dopo le ultime normative (DM 739/94, L. 42/99, DL 229/99, L. 251/00) siamo personalmente e come professione (codice deontologico, accreditamento professionale...) coinvolti e responsabili (responsabilità personale e di partecipazione politica individuale e di gruppo professionale);

– le ultime normative (L. 42/99 e L. 251/00) rappresentano dei catalizzatori di possibilità di innovazione nel processo di dipartimentalizzazione in termini organizzativi e gestionali per gli infermieri; dobbiamo essere accorti nel cogliere le situazioni, saper proporre le competenze infermieristiche come fattori utili alla soluzione di problemi complessi che si pongono;

– necessario capire, leggere le prospettive, scegliere con consapevolezza e coerenza: la individuazione del concetto di *area critica* operata dagli infermieri realizza *ante litteram* la filosofia dipartimentale; forse una delle prime teorizzazioni organiche, che ha determinato una trasformazione della concezione delle strutture sanitarie dedicate all'assistenza al malato in situazione di criticità vitale. E questo è già stato determinato nel nostro paese dalle idee di noi infermieri.

Dunque sappiamo che riusciamo a cambiare realtà anche molto consolidate.

Adesso ci aspetta di continuare su questa strada. Siamo qui anche per questo.

Buon lavoro!

LA RI-DEFINIZIONE DEI PROCESSI ASSISTENZIALI: PREVISIONE DI RISULTATO, RAPIDITÀ E CONTINUITÀ NELLE CURE

I.P.A.F.D. M. BENETTON [1], I.I.D. A. SILVESTRO [2]
[1] Comitato Direttivo Aniarti - Azienda ULSS n. 9 Treviso
[2] Vicepresidente Aniarti - Azienda n. 4 «Medio Friuli» Udine

Vorrei iniziare collegandomi alla definizione ricordata da Drigo, quando dice che il Dipartimento è costituito da Unità Operative che perseguono comuni finalità.

Se questo è vero per tutti i Dipartimenti, in particolare nel Dipartimento di Emergenza dove in gioco c'è la sopravvivenza, la comune finalità, l'obiettivo dell'Unità Operativa è di agire nella logica della continuità e della rapidità delle cure.

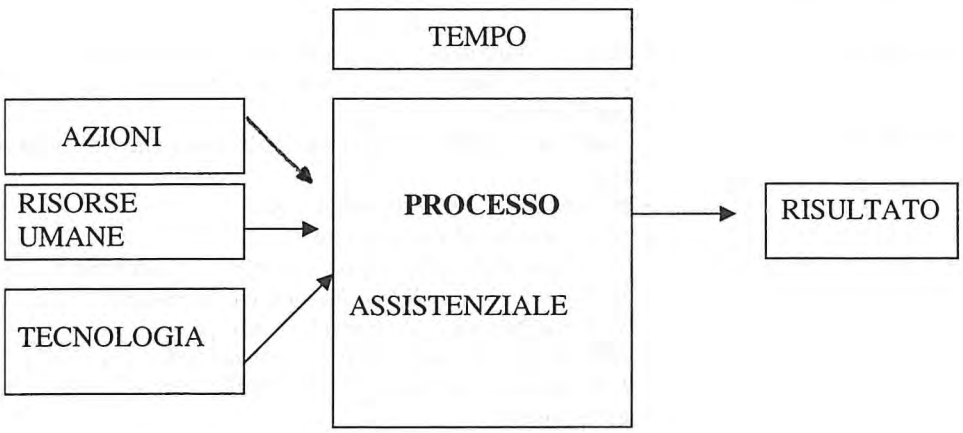
Partiamo dal presupposto che questo obiettivo sia accettato e condiviso da tutto il Dipartimento, ma per agire sulla rapidità e continuità delle cure, bisogna agire sulla variabile «tempo» e di conseguenza è necessario rivisitare il processo assistenziale.

In ambito organizzativo il *processo* è una successione strutturata di attività finalizzate per produrre valore per l'organizzazione.

Nel *processo assistenziale* il valore per l'organizzazione è produrre ed erogare un servizio sanitario.

Diventa un processo che coinvolge più professionisti i quali, in multidisciplinarietà si impegnano nella soluzione dei problemi.

Da cosa è costituito il processo assistenziale?



Le *azioni* che devono essere attuate o gli indici di performance che devono essere perseguiti e raggiunti nel concretizzare le azioni;

le risorse umane numericamente necessarie per attuare il processo e raggiungere il risultato;

la tecnologia e le risorse materiali necessarie per attuare il processo e raggiungere il risultato.

Su tutto questo la variabile «*tempo*» che deve determinare il processo di lavoro assistenziale.

Quindi: per rivedere il processo assistenziale si devono anche rivedere gli elementi che, integrandosi, lo producono.

In una logica di aspettativa di qualità di vita socialmente accettata, la finalità del processo non è solo produrre assistenza ma ottenere risultati o tendere a risultati che portino, nel più breve tempo possibile, al recupero fisico-psichico-sociale.

È quindi possibile ipotizzare una «previsione di risultato» in un ambito difficile, talvolta drammatico e comunque sempre complesso e diversificato come l'Area Critica?

Possiamo ipotizzare un ribaltamento, modificare il processo di assistenza partendo non dagli elementi che lo costituiscono, ma dal risultato che vogliamo perseguire il quale determini il processo di lavoro che vogliamo adottare?

Cosa vuol dire previsione di risultato?

La previsione permette di stabilire con una certa approssimazione, l'andamento futuro di alcune situazioni (variabili) partendo dalla conoscenza di alcuni dati certi.

Se il nostro obiettivo, cioè il risultato a cui vogliamo tendere, in relazione alla variabile tempo è:

1) recupero delle funzioni vitali;
2) mantenimento delle funzioni vitali;
3) limitazione del danno;
4) recupero dell'integrità psico-fisica;

quali sono i dati certi che ci permettono di fare una previsione di risultato?

RAPIDITÀ	– *inizio rapido delle cure in ambiente extraospedaliero* – *procedure standardizzate (BasicLife Support e Advanced Life Support)*
CONTINUITÀ	– *continuità nell'impostazione delle cure nelle U.O. di accesso* – *eliminazione dei tempi di attesa* – *eliminazione dei tempi morti*
CURE CERTE	– *si deve tendere ad una pratica medica e infermieristica secondo Evidence Based Medicine o Nursing cioè un'assistenza basata sull'evidenza scientifica* – *utilizzo di procedure/protocolli secondo Linee Guida Internazionali condivise e contestualizzate nell'ambito in cui si opera*

PROFESSIONALITÀ
- *assistenza orientata al paziente non per compiti o di routine*
- *competenze e abilità del singolo/dell'équipe*
- *formazione continua*

Dopo queste riflessioni risulta chiaro che un Dipartimento d'Emergenza non può che operare nella continuità e celerità delle cure per un

risultato condiviso cioè
- ridurre la mortalità
- ridurre i danni permanenti
- ridurre i costi sociali/sanitari

Quali sono gli elementi oggettivi che determinano un'interruzione nella continuità delle cure?

EVENTO CRITICO → INTERVENTO DEL SERVIZIO DI EMERGENZA

- assenza del Sistema 118
- mancata integrazione tra Centrale e base ambulanze
- personale non professionista (laici)
- personale non formato
- eventi imprevedibili

INTERVENTO D'EMERGENZA SANITARIA → ACCOGLIENZA NELLA STRUTTURA

- attrezzatura sanitaria non adeguata all'evento che si è verificato
- mancanza di protocolli di intervento
- personale non professionista (laici) i quali non sanno o non possono intervenire in modo utile rispetto l'evento
- personale non formato
- mancato allertamento del Pronto Soccorso

PRONTO SOCCORSO → TERAPIA INTENSIVA SALA OPERATORIA

- protocolli d'intervento non condivisi o da costruire
- tecnologia di supporto vitale diversa
- mancato allertamento degli specialisti
- mancato allertamento delle strutture collegate (radiologia, laboratorio, emoteca)

Sulla base di queste riflessioni e tenendo sempre fissa la nostra variabile tempo, cioè la rapidità delle cure, abbiamo effettuato una piccola ricerca. Abbiamo esaminato un Pronto soccorso di un ospedale di riferimento regionale in cui i livelli si assistenza sono considerati di buon livello, dotato di Centrale 118 con Elisoccorso, in cui il Dipartimento Emergenza ed Accettazione è presente solo nominalmente.

Sono stati esaminati i tempi di permanenza in Pronto Soccorso per l'inquadramento diagnostico, per tre tipologie di pazienti; i politraumatizzati rimangono di media 141 minuti, i pazienti con altra patologia chirurgica 90 minuti, i pazienti con patologia internistica 82 minuti. (Grafico n. 1)

Il tempo si dilata enormemente se esaminiamo il tempo medio dei pazienti che sono poi avviati all'intervento chirurgico, ben 248 minuti. (Grafico n. 2)

Quanto di questo tempo è utilizzato proficuamente o è solo tempo di attesa che potrebbe essere meglio adoperato?

Nell'esaminare poi il percorso-tipo dalla presa in carico da parte del Servizio di Emergenza all'invio in S.O. o in T.I. gli elementi che possono diventare fattori critici che interrompono o rallentano temporalmente la continuità delle cure, sono:

– raccolta dati

1) i dati anagrafici che non necessitano di riconferma, sono mediamente ripetuti per 4 volte da due figure (medico/IP)

2) le schede di registrazione cambiano (con ripetizione di dati e non per integrare i dati esistenti) ad ogni passaggio di struttura. Abbiamo contato:
- cartella intervento 118
- cartella del Pronto Soccorso
- cartella di accesso alla S.O.
- cartella medica di T.I.
- cartella infermieristica della T.I.

Il problema non è tanto sul numero ma sul fatto che ognuna ha una sua «vita propria» che non utilizza o non integra di dati raccolti dalla precedente.

– attesa diagnostica

1) mancato allertamento della Radiologia
2) mancato allertamento dell'Emoteca
3) laboratorio intasato da esami urgenti
4) tempo di recupero referti

– indisponibilità della struttura specialistica o attesa del medico specialista

1) mancato allertamento dello specialista
2) trasferimento del paziente dallo specialista
3) struttura specialistica occupata da precedente intervento non urgente

– attesa del personale di supporto

1) attesa dell'ambulanza attrezzata per il trasporto del paziente critico

2) attesa di personale specialistico per il trasporto protetto
3) attesa per il personale ausiliario per attività di pedonaggio

– tecnologia

1) attrezzatura di supporto vitale di vari modelli all'interno del DEA e non conosciuta da tutto il team che la utilizza
2) attrezzatura «di appartenenza»ai singoli reparti che non segue il paziente
3) mancanza di linee telefoniche dedicate
4) sistemi di comunicazioni o ricerca persone non affidabili

Si possono ridurre questi tempi ripensando al processo assistenziale?
Si dovrà agire su:

AZIONI
- definire il «trauma team» e dare autorevolezza al «trauma leader»
- definire percorsi/prestazioni preferenziali per il DEA
- produrre protocolli operativi condivisi dal DEA
- ridurre gli atti ripetitivi (es. trascrizioni)

RISORSE UMANE
- reclutare personale medico/infermieristico motivato a lavorare nel DEA
- formazione omogenea e continua
- motivare al lavoro di équipe
- adeguato numero di personale per ogni qualifica

TECNOLOGIA/ RISORSE MATERIALI
- tecnologia di supporto vitale omogenea
- presidi medico/chirurgici uniformati
- informatizzazione del sistema (referti con firma elettronica, trasmissione videodiagnostica)

Esistono poi elementi che definiremmo di tipo strutturale ed organizzativo che comportano decisioni di vertice, per impegno economico o per agire in situazioni professionali legate più allo *status quo* che a motivi oggettivi.

STRUTTURALI

Strutture edilizie obsolete
- struttura edilizia riprogettata nella logica del percorso d'urgenza

Strutture afferenti al DEA distaccate
- avvicinare le Diagnostiche/le Sale Operatorie
- attivare un efficiente sistema di trasporto interno ed esterno verso i Centri Ospedalieri Specialistici

PIANIFICAZIONE
ORGANIZZAZIONE

- dichiarare e rendere evidente l'autorevolezza del «team leader» all'interno ed all'esterno del DEA
- acquisire procedure di attivazione nella maxi emergenza
- acquisire procedure per l'immediata disponibilità degli specialisti e delle strutture specialistiche

In conclusione quindi cosa dire.

Rapidità e continuità nelle cure e previsione di risultato non sono determinati solo dalla competenza del singolo o dell'équipe, ma è un processo che coinvolge tutta la Struttura sanitaria con vari gradi di coinvolgimento e di responsabilità.

Nel Dipartimento Emergenza ed Accetazione sarà forse più facile attuare una ridefinizione dei processi assistenziali in quanto, da sempre, le Unità Operative che vi

afferiscono lavorano con questi obiettivi che sono presenti, direi quasi geneticamente, negli infermieri di Area Critica.

Ma ora devono essere concettualizzati e soprattutto tradotti in modalità organizzative e in modifiche dei processi assistenziali, complice anche la limitatezza delle risorse umane ed economiche.

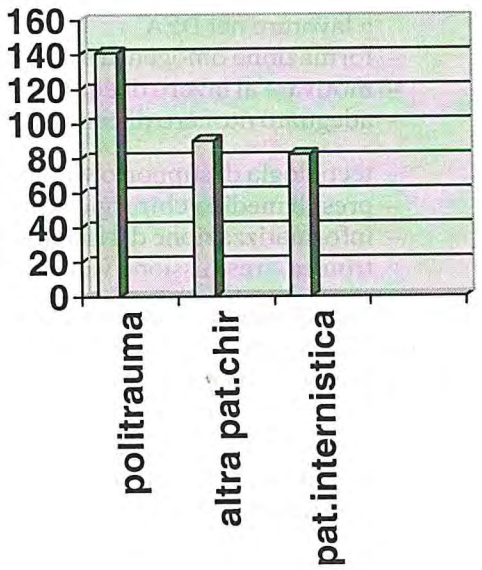


Grafico 1

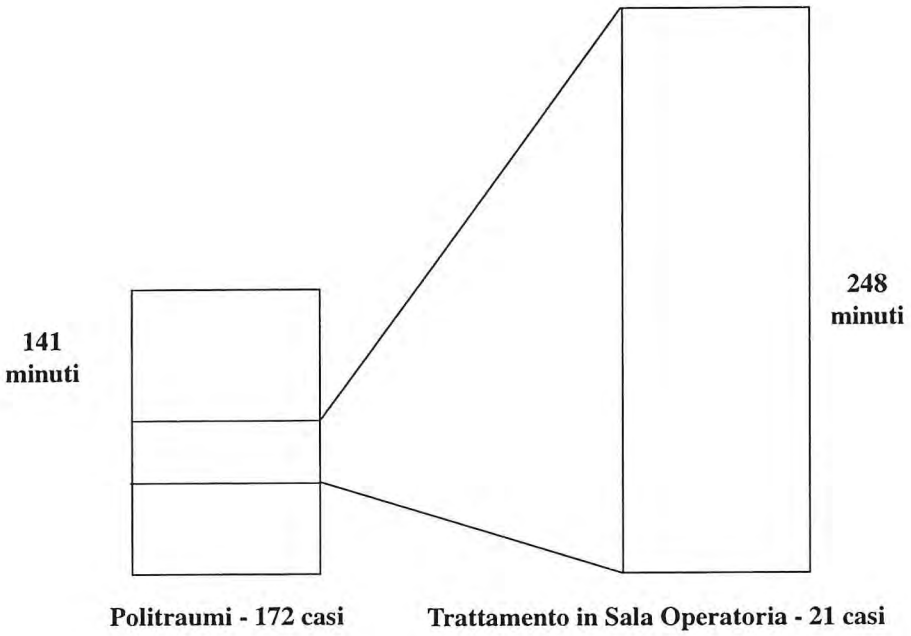

141
minuti
248
minuti
Politraumi - 172 casi
Trattamento in Sala Operatoria - 21 casi

Grafico 2

Interviene A. SILVESTRO

Alcune considerazioni rispetto a quanto è stato detto nelle relazioni precedenti per evidenziare le connessioni che abbiamo voluto sottolineare rispetto al quadro generale che è stato fatto da Elio Drigo e che ci permette di inquadrare la tematica che verrà trattata durante tutte le giornate congressuali, la logica che ha presentato Antonella Benetton molto orientata alla sottolineatura di quanto rapidità, continuità, cure certe, professionalità e quindi alta competenza professionale e alta competenza gestionale siano necessari, quasi inevitabili, perché i processi di lavoro, i processi di assistenza nell'ambito delle nostre unità operative, ancorché inserite nei dipartimenti, come auspicabile, devono mettere in atto per potere raggiungere obiettivi di efficacia assistenziale e quindi dare benefici reali e concreti ai nostri concittadini.

Continuità quindi fra queste due relazioni e continuità soprattutto nelle relazioni che seguiranno, una prettamente orientata alle logiche gestionali e un'altra che evidenzierà un progetto abbastanza innovativo nella logica dipartimentale.

C'è però da dire, riprendendo quanto ci diceva Benetton alla fine, che adesso il problema è andare nella quotidianità, cercare quindi di concretizzare nella nostra attività giornaliera tutte le cose che ci stiamo dicendo, fra l'altro non da adesso ma da molti anni.

D'altra parte Drigo all'inizio ci diceva che stiamo vivendo un momento rivoluzionario, stanno succedendo tante cose, siamo inseriti in un cambiamento che io non ho alcun dubbio a definire epocale, non soltanto per tutta la nostra società e specificamente per la sanità ma soprattutto per noi infermieri e per la professione infermieristica.

Ci sono state delle grosse innovazioni e cambiamenti legislativi; è altrettanto vero che, come ha evidenziato Drigo nella sua prima relazione, è da trent'anni che si parla di dipartimenti, è da trent'anni quindi che si parla di una logica di flessibilità, di processualità, di verifica, di raggiungimento di obiettivi con dati razionali e certi.

Però in effetti a tutt'oggi grandi cambiamenti non ne abbiamo visti, forse abbiamo visto più cambiamenti negli ultimi anni, negli ultimi cinque sei anni di quanti non ne abbiamo visti precedentemente.

E allora come mai?

Perché adesso abbiamo delle leggi, fra l'altro, non soltanto che rivedono l'organizzazione sanitaria ma abbiamo anche delle leggi che danno molto impulso, spinta e stimolo all'esercizio professionale infermieristico e che vanno quindi a riconoscere tutto un percorso di professionalizzazione che gli infermieri hanno fatto. Però abbiamo anche visto che non sempre definizione normativa significa cambiamento nella quotidianità, non sempre la legge induce il

cambiamento, alle volte ne prende atto, ma nel caso voglia indurre il cambiamento non sempre questo poi si verifica nella quotidianità

Specificamente per quanto riguarda la tematica che stiamo trattando, quindi la logica organizzativo-assistenziale dipartimentale, e quindi noi potremmo dire come infermieri dell'Aniarti di area critica, finora ha avuto delle difficoltà ad entrare nella logica organizzativa perché, io ribadisco perché a mio parere personale ma credo abbastanza condiviso, grossi cambiamenti ancora non ci sono stati ma secondo me invece si produrranno in tempi abbastanza brevi, quindi nel nostro prossimo futuro.

Perché tutte queste indicazioni normative fondamentalmente lasciavano invariati gli equilibri di potere decisori o dentro la sanità e gli assetti organizzativi e di conseguenza gli assetti assistenziali.

Fino a qualche anno fa, nonostante le innovazioni, per quei tempi, normative, cosa cambiava concretamente?

Non molto perché, ribadisco, gli equilibri di potere nella logica decisionale rimanevano invariati.

Adesso invece qualcosa sta profondamente cambiando, perché si stanno mettendo in discussione questi equilibri di potere decisorio e quindi si va a rivedere, in tempi che speriamo non siano lunghi ma comunque ormai inevitabili, gli assetti organizzativo-assistenziali.

Cambiamenti forti cominciano praticamente col novantadue novantatre, col percorso di aziendalizzazione.

E perché cominciano con queste ma non finiscono con queste, cominciano con l'aziendalizzazione, cominciano con la forte spinta al cambiamento che è venuta dalle professioni sanitarie, che sono tutte entrate in università.

Infermieri, tecnici di radiologia, di laboratorio, ostetriche, fisioterapisti, tutti sono entrati a formarsi in università,

C'è stato quindi un riconoscimento e un ulteriore spinta alla professionalizzazione.

In università, nel nostro paese perlomeno, si formano i professionisti; le professioni sanitarie precedentemente definite ausiliarie sono entrate in università quindi si formano lì dove si formano i professionisti.

L'aziendalizzazione ha comportato la predefinizione degli obiettivi che devono essere raggiunti e ha significato anche la predefinizione delle risorse economiche che possono essere messe in campo per raggiungere quegli obiettivi, con conseguente obbligo alla ridefinizione e alla definizione puntuale delle priorità.

Non sempre questo avviene o è avvenuto, però la spinta in questa direzione c'è ed è formalizzata.

C'e stato il decentramento amministrativo ed economico che avrà un ulteriore spinta adesso con il federalismo sanitario.

Ormai abbiamo sì un servizio sanitario nazionale ma fondamentalmente abbiamo tanti servizi sanitari regionali che sono coinvolti in maniera unitaria verso un raggiungimento di obiettivi di salute per tutti i nostri concittadini.

Quindi tutto questo con una, sottolineo, innovazione non più monocentrica;

si cambiavano alcune leggi, si tentava di cambiare alcuni assetti di potere ma non ci si riusciva perché si interveniva in un punto solo.

Adesso il cambiamento è pluricentrico: le aziende, il decentramento, il budget, le professioni sanitarie che entrano nella logica della ridefinizione dei processi, quindi più punti da cui parte il cambiamento, quindi necessità di efficacia, risposta ai cittadini, ma anche di efficienza, secondo una definizione fatta a monte delle risorse che possono essere utilizzate.

Non si paga più a piè di lista.

Ognuno dovrà organizzare e gestire le proprie risorse economiche, materiali, umane, ecc.

Deve per forza esserci visibilità nelle scelte perché i nostri concittadini, ma anche gli operatori sanitari, vogliono capire perché stanno andando in una certa direzione; i cittadini vogliono capire perché certi obiettivi promessi non sono stati raggiunti, perché sono costretti a vivere un sistema, un servizio non accettabile rispetto a quanto è stato definito.

C'è necessità quindi di razionalizzare i percorsi di lavoro e quindi di conseguenza di rivedere i processi sanitari assistenziali, come evidenziava bene Antonella Benetton all'inizio della sua relazione.

Che cos'è un processo?

È l'integrazione di più professionalità rispetto ad un percorso di lavoro che deve essere orientato al raggiungimento di un obiettivo.

C'è stata è c'è ancora la ridiscussione delle logiche operative e dei modelli di conseguenza, modelli organizzativi, i modelli professionali fondamentali, perché se abbiamo detto che la risorsa umana è fondamentale al raggiungimento degli obiettivi pare evidente che questo è un punto nodale.

Ma c'è anche una ridefinizione dei modelli gestionali; c'è una grandissima attenzione, è sempre più evidente.

Provate a fare una riflessione, guardatevi attorno nelle vostre realtà, c'è una sempre maggiore attenzione a verificare e valutare chi e come raggiunge i risultati, obiettivi definiti nei piani aziendali e nei percorsi assistenziali, ma c'è anche una grossissima attenzione a chi garantisce la continuità della cure.

E allora qua è evidente che si rende sempre più visibile il ruolo e la funzione delle due colonne portanti del sistema sanitario nazionale pubblico e privato.

Le due colonne portanti sono i medici e gli infermieri, perché sono le due figure sempre presenti in tutti i luoghi ove si fa sanità o si fa sanità integrata col sociale e che garantiscono nelle 24 ore presenza per la continuità delle cure.

Quindi due colonne portanti, non sempre valorizzate allo stesso modo da un punto di vista giuridico, normativo ed economico, ma che comunque ormai inevitabilmente sono definite come tali.

Senza medici e senza infermieri non si riesce a raggiungere obiettivi, non si garantisce rapidità, competenza, professionalità, efficacia, non si riesce a garantire servizi sanitari.

Non a caso la carenza di infermieri sta creando e provocando una situazione di disagio gravissimo, anche perché, visto che qua siamo colleghi di tutt'Italia, nel Nord si cominciano a chiudere servizi perché mancano infermieri.

Quindi questa cosa è ormai evidente e chiara a tutti.

Ma soprattutto, vi invito a fare delle riflessioni, si rende sempre più evidente che il profondo, sostanziale, non più rinviabile cambiamento degli infermieri, in quanto una delle asse portanti del nostro sistema, sta inevitabilmente cambiando tutto il sistema sanitario.

L'infermiere non esercita più una professione sanitaria ausiliaria ma una professione sanitaria a tutto tondo.

Nel '94 è stato definito attraverso un decreto ministeriale, il 739, che l'infermiere è responsabile dell'assistenza generale infermieristica.

Lui solo lui, non altre figure professionali.

Il medico non è responsabile dell'assistenza infermieristica.

Il medico è responsabile dell'assistenza clinica e della funzione diagnostico-terapeutica, che mette in atto con il coadiuvo di un'altra professionalità altamente qualificata, che è quella dell'infermiere.

Ma l'infermiere è responsabile dell'assistenza generale infermieristica.

Con la legge 42 si dice che l'infermiere esercita una professione sanitaria a tutto tondo, in quanto professionista non ha più un mansionario ma il suo campo di attività viene definito da alcuni elementi che sono il codice deontologico, definito dalla professione, quindi la professione si autoregolamenta, e non è più eteroregolamentata;

codice deontologico, profilo professionale; l'infermiere è responsabile dell'assistenza generale infermieristica e per fare questo definisce gli obiettivi assistenziali e pianifica il suo intervento e lo valuta e si avvale di operatori di supporto.

Il campo proprio è definito anche dai percorsi formativi che l'infermiere fa.

Cosa ha studiato per diventare infermiere, in che cosa si è aggiornato, in che cosa ha fatto altra formazione, in che cosa si è addestrato, ha certificato questi suoi ulteriori percorsi formativi di aggiornamento, di formazione permanente e di addestramento?

Benissimo, questi sono elementi che ampliano il suo campo di attività.

L'infermiere si assume la responsabilità delle decisioni che prende, delle cose che fa in base al suo specifico professionale, in base a quello che ha studiato, in base all'esperienza che ha fatto e in base alle norme deontologiche che il suo gruppo professionale si è dato.

Grossa evoluzione, quindi, oltretutto dei paletti che si evolvono con l'evolversi della nostra professione.

Ma non basta, perché la legge 42 ha definito questa cosa importante: esercitiamo la professione sanitaria, definiamo noi i nostri percorsi professionali, siamo autonomi nelle decisioni, possiamo confrontarci con pari dignità professionale con tutti gli altri professionisti.

C'è però un'altra cosa.

Perché la legge 42 è del 99 inizi di febbraio, alla fine di febbraio del '99 è stato pubblicato un altro decreto ministeriale, che è il 509, che regolamenta l'autonomia didattica degli atenei delle nostre università, dentro le quali ci stanno anche gli infermieri.

Adesso è in atto un profondo cambiamento.

Cambia l'assetto normativo universitario, cambiamento che è iniziato con la legge 341 del 90.

In breve il diploma universitario si trasformerà in diploma di laurea di primo livello.

Gli infermieri italiani saranno degli infermieri laureati, laurea di primo livello.

E con una legge successiva, che è la legge 251 del 2000, approvata in agosto e pubblicata a settembre di quest'anno, si dice anche che gli infermieri italiani avranno la laurea specialistica.

Quindi per esercitare la professione avranno un diploma di laurea di primo livello, per approfondire i propri contenuti disciplinari e poterli utilizzare nella ricerca, nella gestione, nella formazione, nell'esercizio clinico approfondito, potranno fare altri due anni di università e conseguire il diploma di laurea di secondo livello o laurea specialistica.

Se questo avverrà, e noi ci adopereremo perché ciò avvenga con dei contenuti nei programmi formativi che siano prevalentemente infermieristici, perché non abbiamo bisogno di medici bonsai ma di grandi infermieri, allora la nostra professione, gli infermieri italiani, sono ai più alti livelli dei percorsi formativi e professionali dell'intera Europa.

La legge 251 che citavo prima, che è quella che ha fatto scoop nella stampa, nei mass media a livello nazionale, perché è quella che è stata definita come la legge che dà la laurea specialistica di cui vi parlavo, e la legge che dà la dirigenza agli infermieri.

Ma questo è relativo, cari colleghi, perché noi ci aspettiamo di poter formare i nostri futuri colleghi, perché gli infermieri vanno formati prevalentemente da infermieri e ci aspettiamo, davamo per necessario, che gli infermieri fossero diretti da infermieri.

Perché per quanto aperti, disponibili, illuminati, appartenenti ad altre professioni non possono ben comprendere, orientare, coordinare, dirigere e verificare i processi di lavoro fatti da infermieri; questo deve essere fatto da appartenenti alla stessa professione.

La legge 251 quindi dà la possibilità, nelle more dell'attivazione del corso di laurea, di avere i primi laureati specialistici di area infermieristica.

Fra l'altro vi ricordo che un mese fa sono stati resi idonei i primi tre professori a contratto di nursing; il nostro paese ha tre professori infermieri e anche questo è un risultato importantissimo.

La legge 251 comunque dice, al di là di questo, delle cose molto importanti.

Ccntinua nel percorso di professionalizzazione, di visibilità e di presa d'atto del percorso, della fatica, degli sforzi, di tutto quello che noi infermieri abbiamo fatto per diventare quelli che siamo e che dobbiamo continuare ad approfondire e dobbiamo continuare ad essere nel futuro.

La legge 251 dice chiaramente, non più facendolo evincere come si poteva analizzare nella legge n. 42, quella che abroga il mansionario per intenderci, dice che gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infer-

mieristiche svolgono con autonomia professionale (autonomia quindi responsabilità, quindi potere decisorio; perché io devo decidere cosa fare nel momento in cui io vengo chiamato a rispondere del perché ho fatto) autonomia professionale, attività dirette alla prevenzione, alla cura alla salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme, e qui viene richiamato di nuovo, istitutive dei relativi profili professionali, degli specifici codici deontologici ed utilizzando, cari colleghi, metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza.

C'è una legge del nostro paese, fonte primaria dell'ordinamento giuridico del nostro stato, che dice: gli infermieri lavorano per obiettivi e utilizzando la metodologia pianificatoria.

Se volessimo e volessi fare provocazione dovrei dirvi che è fuori legge chi lavora per compiti; quindi dobbiamo entrare nella logica dei processi e degli obiettivi e quindi cominciare a ragionare esattamente come Elio ci ha evidenziato nel suo quadro introduttivo e come Antonella ci ha sottolineato nella riproposizione di questi concetti dentro un dipartimento di emergenza.

Dobbiamo lavorare con metodo scientifico, pianificando per obiettivi.

Ma non basta.

La legge dice: lo stato e le regioni promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristiche, al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, al processo di aziendalizzazione del servizio sanitario, all'integrazione dell'organizzazione del lavoro della sanità in Italia con quella degli altri paesi dell'unione europea.

Quindi il nostro stato dice: vogliamo che voi siate autonomi, responsabili, preparati, che lavoriate per obiettivi, perché attraverso voi noi ci integreremo alla comunità europea.

Ma ancora questa legge dice che il ministero della sanità emanerà delle linee guida per l'attribuzione, in tutte le aziende sanitarie, della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica.

Gli infermieri sono dei professionisti, sono fondamentali per lo sviluppo della sanità italiana, sono fondamentali nella garanzia della continuità delle cure, devono organizzarsi autonomamente e definire una diretta responsabilità di quello che fanno e del governo dei processi di assistenza infermieristica; non solo, diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni.

Io devo organizzare le mie attività, ci dev'essere qualcuno che governa i processi di assistenza infermieristica e deve essere un infermiere, ma non solo, governa anche tutti i processi di supporto all'assistenza infermieristica

E ancora ci dovranno essere delle linee guida per la revisione dell'organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata.

E viene ribadito ancora: basta lavorare per compiti, basta lavorare in maniera consuetudinaria, siete autonomi, responsabili, vi dirigete da voi, obiettivi, pianificazione, metodologia scientifica, assistenza personalizzata.

Allora adesso c'è il quadro normativo; abbiamo detto che non sempre ser-

ve, ma in questo caso, cari colleghi, se cominciamo ad entrare nella logica che dobbiamo elevare le nostre competenze perché dobbiamo organizzare, pianificare, erogare, in maniera autonoma, con responsabilità diretta, vogliamo che i nostri processi d'assistenza siano organizzati, gestiti e diretti da appartenenti alla nostra professione, perché questo ci permette di avere voce nelle direzioni generali per definire quanti, come, dove e perché

Su tutto questo noi adesso, perché se cambiano gli infermieri cambia il servizio sanitario nazionale, noi adesso possiamo realmente cominciare ad inserirci nella ridefinizione degli equilibri di potere e quindi nella ridefinizione delle decisioni che vengono prese per erogare l'assistenza.

Quindi adesso noi possiamo cambiare il nostro modo di lavorare, possiamo far cambiare il modo di programmare e pianificare i processi assistenziali.

In alto quindi con le competenze; chiediamo di venire costantemente formati ed aggiornati, è un nostro diritto, perché è un diritto anche delle aziende poter usufruire di professionisti competenti e qualificati.

In alto con le competenze gestionali, sosteniamo quelli che hanno ed accetteranno la sfida di diventare i dirigenti infermieristici aziendali, perché da loro potrà cominciare a dipendere il cambiamento: aiutiamoli, sosteniamoli, orientiamoli.

Una persona da sola non può cambiare la modalità organizzativa di un'intera azienda ma se ha dietro e se viene sostenuta, orientata, stimolata, contestata dal proprio gruppo professionale, forse il cambiamento ci sarà.

E ci sarà il cambiamento perché, avendo un dirigente del nostro gruppo professionale, questo significherà potere avere una rete di connessione gestionale che coinvolga l'intero gruppo e quindi l'intero servizio infermieristico aziendale verso la logica del cambiamento.

È proprio per questo, quindi per andare in questa direzione, che adesso la collega Bertocchi presenterà una relazione in cui si evidenzia una modalità organizzativa che mette nel circuito gestionale tutta una serie di colleghi, con dei mandati e delle responsabilità di orientamento professionale, orientamento gestionale e sostegno e coadiuvo del responsabile infermieristico di azienda.

Grazie.

LE FUNZIONI DIRETTIVE E GESTIONALI DEL REFERENTE INFERMIERISTICO DI DIPARTIMENTO E DI UNITÀ OPERATIVA DIPARTIMENTALE

I.I.D. C. BERTOCCHI
Azienda Ospedaliera Istituti Clinici di Perfezionamento - Milano

Nell'Azienda Ospedaliera Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano, il Servizio Infermieristico è inteso come: l'insieme del personale, delle funzioni e prestazioni effettuate dal personale infermieristico e tecnico sanitario ai vari livelli di responsabilità e nei diversi ambiti aziendali.

Esso garantisce l'erogazione dell'assistenza infermieristica/tecnico sanitaria attraverso la gestione delle risorse umane e materiali in tutti gli ambiti nei quali si svolge.

Ha la responsabilità della gestione degli interventi dell'area domestico alberghiera in quanto funzionale all'assistenza infermieristica stessa.

Tra le attività del servizio è compresa la gestione del personale, nel rispetto dell'autonomia professionale delle singole posizioni funzionali e l'attivazione di un sistema informativo che favorisca il monitoraggio delle attività e delle risorse assegnate.

L'Azienda Ospedaliera I.C.P., che comprende tre presidi ospedalieri e quattro poliambulatori territoriali ha le sue radici

- nel bambino e nelle donne;
- nel lavoro;
- nell'ortopedia e traumatologia;
- nella riabilitazione.

Gli I.C.P. producono attività Sanitarie e di alta specializzazione, di ricerca, di didattica e di formazione, intendendo avvalersi di tecnologie avanzate e di metodologie innovative. Producono altresì prestazioni di base e di media complessità.

L'organizzazione Aziendale articolata su base dipartimentale prevede la definizione di 12 dipartimenti gestionali:

- Anestesia e Rianimazione
- Diagnostica per Immagini
- Medicina di Laboratorio
- Neonatologia
- Neuroscienze
- Ostetricia e Ginecologia
- Ortopedia e Traumatologia
- Medicina Interna
- Polichirurgico

- Pediatria
- Medicina Riabilitativa
- Medicina del Lavoro

L'organizzazione aziendale si pone come obiettivo il miglioramento complessivo della qualità assistenziale congiuntamente agli aspetti di carattere economico ed efficacia organizzativa/gestionale.

I valori sui quali punta sono:

- il cliente esterno come bene fondamentale per garantire la continuità dell'azienda;
- il cliente interno come bene per garantire le prestazioni di cui il cliente esterno necessita;
- l'innovazione a tutti i livelli per sostenere i continui cambiamenti e per produrre attività di alta elezione.

In questo contesto gli operatori si trovano in situazioni ad intensa attività concorrenziale in cui il fattore leadership ed i sistemi qualità sono sempre più essenziali per la realizzazione della mission aziendale.

In un recente passato l'attuazione di nuove norme ha dato avvio ad una profonda trasformazione nel contesto sanitario, ed al centro di tale trasformazione ci sono i professionisti direttamente coinvolti.

Attualmente la legge n. 251 ha visto riconoscere dal legislatore obiettivi perseguiti da tempo: il passaggio da una professione sanitaria ausiliaria ad una professione sanitaria, dove l'infermiere viene riconosciuto come professionista sanitario autonomo responsabile dell'Assistenza infermieristica e un percorso formativo che da regionale diventa percorso universitario.

Governare questo processo di cambiamento significa ridefinire competenze professionali, perché in modo chiaro ed autorevole l'infermiere ed altri operatori diano una risposta adeguata al bisogno di salute del cittadino.

I processi sanitari sottoposti a dinamiche rivisitazioni e, in particolare modo, i processi assistenziali devono necessariamente essere definiti, per meglio rispondere sia all'esigenza del cliente sia nel ridefinire il reale ambito di competenza degli operatori nella logica dipartimentale.

La predisposizione di modelli organizzativi finalizzata a rispondere ai diversi livelli di complessità assistenziale diventa la funzione specifica nel rispetto delle varie competenze.

La principale indicazione relativa al fatto che il nuovo processo organizzativo nell'Azienda ICP risponde al modello per obiettivi assume un duplice aspetto.

Da un lato fornisce una lettura specifica delle attività degli operatori e quindi ne definisce l'essenza , cioè ciò che compete ai diversi operatori , dall'altro ridisegna gli ambiti operativi per la realizzazione razionale ed efficace dei processi di assistenza identificati.

Emerge pertanto come elemento pregnante il fatto che l'unità lavorativa che si sviluppa è rappresentata da un insieme di capacità multiple dove l'interazione professionale è l'elemento base.

La valorizzazione di tale processo si basa inoltre sul concetto di CARING

inteso come «prendersi cura» del cliente dal momento dell'accoglienza al momento della dimissione delineando in tal modo, non solo un possibile percorso organico di attività assistenziali da erogare, ma anche il riconoscimento stesso del cliente, inteso come soggetto competente rispetto alla sua salute.

Le attività dirette a migliorare l'efficacia e la qualità dell'intervento sanitario richiedono inoltre un uso coordinato delle risorse assistenziali attraverso processi capaci di massimizzare i risultati dell'intervento sanitario in termini di conservazione o miglioramento dello stato di salute dei clienti-utenti.

La razionalizzazione dell'uso delle risorse è prodotto collaterale positivo della realizzazione di buone pratiche cliniche e la corretta individuazione delle priorità di allocazione delle risorse.

La struttura dipartimentale dell'Azienda Ospedaliera ICP prevede un'organizzazione articolata delle attività con una distribuzione più equilibrata delle funzioni e dei carichi di lavoro;

- la collaborazione e l'integrazione funzionale tra le U.O. con l'utilizzo in comune di spazi, risorse e attrezzature;
- la collaborazione e l'integrazione funzionale con altri dipartimenti per migliorare la qualità delle prestazioni erogate.

Il personale infermieristico è stato inserito in tutti i dipartimenti gestionali, infatti occorre precisare che la funzione infermieristica è trasversale ai dipartimenti stessi.

Nell'Azienda Ospedaliera ICP è stata individuata la figura del responsabile infermieristico di dipartimento, in possesso del diploma di scuola diretta a fini speciali di Dirigente dell'assistenza Infermieristica o certificato di Abilitazione a Funzioni Direttive ed è responsabile delle seguenti funzioni:

Funzioni/Responsabilità

In relazione agli obiettivi triennali ed annuali del Dipartimento gestisce il personale assegnato dal Responsabile del Servizio infermieristico di Presidio tenendo conto:

- dei livelli minimi di assistenza e di qualità assistenziale definiti dal Responsabile del SITA;
- dei carichi di lavoro;
- delle valutazioni del responsabile medico di Dipartimento;
- contribuisce al mantenimento dei livelli minimi di assistenza nelle uu.oo. attuando quanto definito dal responsabile del servizio infermieristico di presidio e riallocando il personale tra le uu.oo. del Dipartimento stesso;
- utilizza strumenti di integrazione organizzativa assistenziale per rendere congruenti le indicazioni del Responsabile del SITA con le modalità di effettuazione dell'assistenza infermieristica e di collaborazione con le altre professionalità;
- collabora con il responsabile infermieristico di Unità Operativa alla valu-

tazione del personale infermieristico, di supporto all'assistenza infermieristica ed alberghiero;

– collabora all'elaborazione e applica strumenti per sostenere e favorire l'integrazione tra le uu.oo. del Dipartimento;

– adotta un comportamento gestionale orientato al mantenimento di un «buon» clima organizzativo nel Dipartimento.

L'aspetto verosimilmente innovativo è l'istituzione dei collaboratori del referente infermieristico/tecnico di dipartimento presenti in misura differenziata sulla scorta del peso del dipartimento stesso.

Le funzioni che di seguito verranno espresse hanno una duplice valenza:

• supporto strategico organizzativo al responsabile infermieristico/tecnico di dipartimento;

• valorizzazione di più professionisti sanitari che nel nuovo modello organizzativo aziendale sappiano sfruttare autonomia e conoscenza capace di interpretare e soddisfare i bisogni dei cittadini e contemporaneamente innalzare il valore espresso dei singoli operatori;

– *Attività tutoriale e controllo qualità*

– garantisce l'applicazione delle indicazioni fornite dal Nucleo Qualità in merito alle modalità di redazione, gestione e conservazione dei documenti del Sistema Qualità;

– collabora con il Nucleo Qualità coinvolgendo il personale di dipartimento nella stesura delle Procedure e dei Protocolli del sistema Qualità aziendale, sia per gli aspetti disciplinari che multidisciplinari;

– partecipa con continuità agli aggiornamenti relativi alla Qualità e alle riunioni fissate dal Nucleo Qualità;

– garantisce l'applicazione di quanto definito nelle procedure e nei protocolli dipartimentali e aziendali;

– evidenzia e comunica, secondo le modalità definite, le difficoltà emerse nella gestione e nell'applicazione della documentazione del sistema Qualità;

– effettua o controlla l'attività tutoriale nei confronti del personale infermieristico neoassunto e/o neotrasferito nel rispetto del programma di inserimento.

– *Attività di raccolta dati epidemiologici statistici*

– garantisce l'applicazione delle indicazioni fornite dal responsabile di dipartimento in merito alla raccolta dei dati di tipo epidemiologico e statistico;

– collabora alla raccolta e verifica dei dati relativi alle prestazioni erogate;

– assicura il rispetto dei tempi di rilevazione e di consegna dei dati (SDO, prestazioni interne, ecc.) alla Direzione Sanitaria e all'U.O. Controllo di Gestione;

– collabora con il referente amministrativo dipartimentale dell'U.O. Controllo di Gestione per l'interscambio di informazioni e chiarimenti, integrando la cultura sanitaria ed amministrativa, al fine di gestire correttamente ed efficientemente il flusso-dati d'interesse dipartimentale.

– *Attività di controllo Farmaci Presidi*

– garantisce l'applicazione delle indicazioni fornite dal servizio di farmacia in merito alla gestione e conservazione dei farmaci e dei dispositivi medici;

– controlla che siano disponibili i farmaci e i dispositivi medici necessari alla cura e all'assistenza del cliente/utente;
– assicura un corretto impiego dei materiali di consumo al fine di evitare sprechi;
– valuta l'efficacia e la funzionalità delle attrezzature e segnala per quanto riguarda la loro manutenzione e sostituzione;
– si informa sulle normative vigenti riguardo il corretto utilizzo delle attrezzature;
– assicura il controllo delle scorte e la tenuta degli inventari delle UU.OO.;
– garantisce la tenuta dei registri di carico e scarico di magazzino.

Ad ogni U.O. è assegnato un referente infermieristico (capo sala) responsabile delle seguenti funzioni

In relazione agli obiettivi definiti dalla Direzione Generale e dal Capo Dipartimento/ Primario:

– individua e prevede le necessità e i problemi attraverso l'analisi e la valutazione della propria realtà organizzativa. Propone idee nuove e suggerimenti per intervenire su situazioni migliorabili o critiche. Predispone e/o integra piani di lavoro delle diverse qualifiche coinvolte nell'équipe;
– distribuisce il carico di lavoro fra le diverse qualifiche al fine di ottenere l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse assegnate. Attua e rivede procedure e protocolli di lavoro e di manutenzione delle apparecchiature, assegnando le responsabilità alle diverse qualifiche. Mantiene rapporti collaborativi con tutti gli altri Servizi dell'Azienda.
– analizza e rileva le conoscenze professionali e le abilità tecniche del personale. individua le carenze legate alle conoscenze e alle abilità, organizza iniziative per colmarle. Utilizza allo scopo tutti gli strumenti disponibili, iniziative dell'ente di appartenenza e/o esterne. In caso di difficoltà organizza incontri formativi in reparto e/ ufficio coinvolgendo i superiori, uffici competenti e specialisti di settore.
– favorisce l'elaborazione scritta di procedure e protocolli di lavoro. Predispone strumenti informativi per migliorare la diffusione delle norme e disposizioni rivolte sia all'utenza sia al personale. Mantiene una comunicazione aperta con tutti i settori dell'organizzazione. Interviene per facilitare la ricomposizione dei conflitti.
– verifica che le esigenze organizzative siano soddisfatte al meglio in relazione alle risorse disponibili, attuando se necessario interventi correttivi. Verifica l'integrazione tra i componenti del gruppo di lavoro, utilizzando e valorizzando le capacità e le competenze.

Conclusioni

L'attivazione del dipartimento significa affidare a professionisti competenti

nella disciplina da cui deriva l'erogazione di uno specifico servizio, l'opportunità di individuare la specifica domanda di assistenza, di offrire la migliore modalità di trattamento tecnico specialistico, quale tipo, che qualità e quantità di prestazioni da erogare.

Favorisce inoltre lo sviluppo di una cultura che contiene:

La specificità della funzione infermieristica come valore sociale in se perché tendente alla soddisfazione di un bisogno irrinunciabile.

Infine coinvolgendo e motivando il personale quale promotore e professionista del processo assistenziale si creano i presupposti per una reale e concreta fidelizzazione.

Bibliografia

1. Bellucci A., De Maio A., Mutti R., *Organizzare per processi,* in *Sviluppo & Organizzazione*, n. 136, marzo-aprile 1993.
2. Giuseppina Pontello, *Il management infermieristico,* Masson, Milano, 1998.
3. A. Silvestro e collaboratori, *Emergenza, un progetto per sconfiggerla*, da *L'infermiere*, luglio-agosto 2000.

ESPERIENZA DEL DIPARTIMENTO PROVINCIALE DELL'EMERGENZA DELLA PROVINCIA DI VERONA

A.F.D. dr C. MORINI, I.P. S. BALDO
SUEM 18 Verona Emergenza

La centrale Operativa del SUEM e l'elisoccorso iniziano la loro attività nel 1987. Il territorio di competenza copre un'area di: 3097 Km quadrati con una densità di popolazione di 802.000 abitanti, in cui sono presenti 16 ospedali sedi di Pronto Soccorso, riuniti in tre Unità Locali Socio Sanitarie ed un'Azienda Ospedaliera. La Centrale Operativa è il cuore del sistema, ed è localizzata presso l'ospedale Policlinico di Verona; Il coordinamento con i mezzi di soccorso sul territorio è garantito da un rapporto ormai consolidato e regolamentato tramite specifici protocolli operativi, con le strutture di riferimento delle 3 ASL della Provincia, che corrispondono alle sedi di Pronto Soccorso degli Ospedali.

Al sistema fanno capo oltre 30 basi ambulanze, ubicate presso gli Ospedali, i Servizi di Pronto Soccorso, le sedi delle Associazioni di volontariato.

Dipartimento in numeri

Personale che fa parte del progetto Caposala 11, Infermieri Professionali 170, Infermieri Generici 37, OTA/Aus. 20, Autisti 36.

Enti di Volontariato presenti sul territorio 11 con un parco di 100 mezzi.

Posti letto di area Critica suddivisa Rianimazioni Generali, Terapie Intensive post operatorie, quali Cardichirurgica, Neurochirurgica, Terapie intensive neonatali e pediatriche oltre Unità coronariche, sono in tutto 225 suddivisi tra 2 USL e 1 Azienda Ospedaliera.

Titolo

Progetto di coordinamento Provinciale tra SUEM e Pronti Soccorsi

Area

Protocolli e Procedure

Responsabile

Dr. Giovanni Cipolotti

Referenti:

IP AFD Cristina Morini

Gruppi di lavoro:

Gruppi di lavoro attivati
- responsabili infermieristici
- responsabili Infermieristici e Infermieri Professionali.

Stato di avanzamento del progetto:

Progettazione	gennaio 1999
Realizzazione	nel prossimo triennio
Valutazione/revisione	gennaio 2002

Le criticità evidenziate sono di due topologie di tipo organizzativo e di tipo assistenziale come sotto descritte.

Problema:

- mancanza di uniformità nella raccolta e nel passaggio d'informazioni della chiamata su numero unico 118;
- mancanza di procedure chiare e condivise nella modalità del passaggio delle consegne dei pazienti al pronto soccorso;
- mancanza di uniformità della dotazione dei mezzi che operano nella provincia di Verona.
- mancanza di specifici Protocolli operativi uniformi per l'espletamento d'interventi di urgenza-emergenza.

All'inizio del progetto i responsabili infermieristici hanno aperto degli osservatori che evidenziassero la situazione di partenza.

Situazione di partenza:

Negli incontri svolti e negli «osservatori» attivati nei primi mesi dell'anno si sono evidenziate carenze sia nelle modalità operative e nella conoscenza reciproca. Si necessita di rivedere la collaborazione, coinvolgendo direttamente gli operatori interessati, e di sviluppare per ogni singola criticità uno specifico obiettivo di risoluzione.

Obiettivi del progetto:

1. Uniformare le modalità di raccolta e passaggio di informazioni della chiamata di urgenza-emergenza predisponendo una modulistica comune;
2. uniformare la dotazione dei mezzi di soccorso che operano nella provincia di Verona, definendo standard minimi di qualità;
3. uniformare le modalità operative nell'espletamento degli interventi di urgenza-emergenza, attraverso protocolli e procedure condivise;
4. migliorare la conoscenza reciproche realtà operatve.

Fasi di realizzazione

Obiettivo n.1

- Rivalutazione e revisione della modulistica presente.
- Fase di ricerca: bibliografica, legislativa.
- Realizzazione di una scheda comune.
- Condivisione e discussione con tutto il personale delle unità operative coinvolte nel progetto
- Presentazione alla Direzione Strategica per approvazione.

Obiettivo n. 2

- Analisi della realtà dei mezzi presenti.
- Definizione della tipologia dei mezzi presenti nella provincia di Verona.
- Definizione delle dotazioni standard.

Obiettivo n. 3

- Analisi delle criticità esistenti.
- Analisi delle attuali modalità operative.
- Analisi delle conoscenze scientifiche e tecnologiche.
- Revisione della letteratura esistente per gli interventi di urgenza ed emergenza.
- Elaborazione di Protocolli comuni.
- Condivisione e discussione con tutto il personale delle unità operative coinvolte nel progetto.
- Presentazione alle Direzioni Sanitarie per approvazione.

Obiettivo n. 4

- Favorire l'interscambio tra i Pronto Soccorsi e la Centrale Operativa attraverso il reciproco scambio della frequenza

Valutazione

- Valutazione della compilazione delle schede e confronto ad un anno di distanza.
- Verifica dell'uniformità dei comportamenti attraverso l'osservazione attiva e diretta.
- Approvazione della definizione degli standard comuni per la dotazione dei mezzi.
- Attivazione di un gruppo di lavoro che valuti i nuovi presidi, offerti dal mercato.
- Verifica dell'effettiva uniformità nella dotazione dei mezzi.
- Verifica delle schede a confronto nei mesi precedenti all'introduzione dei nuovi protocolli.
- Valutazione, in aula, di casi reali attraverso griglie d'interventi.
- Valutazione della comunicazione tra gli infermieri dei servizi coinvolti.

La formazione

Il concetto di formazione permanente

Definizioni

«Processo educativo che una persona intraprende al termine della formazione di base al fine di migliorare le proprie conoscenze e competenze nell'ambito professionale. È un imperativo morale che vincola ogni professionista e che si sviluppa per tutto l'arco della vita». (Definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità O.M.S.)

«La formazione è lo strumento che consente la trasformazione delle competenze specifiche *espresse* realmente nell'attività quotidiana in quelle *auspicabili* o ideali definite per uno specifico ruolo».

«Strumento per la *manutenzione* continua e lo sviluppo delle risorse umane all'interno dell'organizzazione e del ciclo lavorativo».

Tipi di formazione

Possiamo distinguere i seguenti altri tipi di formazione:

– Formazione continua
È una forma d'apprendimento continuo avvertita come esigenza dell'individuo fondamentale per la sua maturazione, dura molto tempo addirittura tutta la vita.
– Formazione ricorrente
Quando la formazione si esercita in modi e forme istituzionalizzate
– Aggiornamento
Informazioni riguardanti le novità in ambito professionale, è una componente tecnica della F.P.. Si realizza occasionalmente e in periodi limitati.

La *formazione continua* abbraccia, sia la formazione di base, sia quella permanente sia quella ricorrente ed anche l'aggiornamento.

Obiettivi della formazione permanente

Gli *obiettivi* principali sono:
– rinforzare le conoscenze di base per la pratica assistenziale;
– mantenere, espandere e aggiornare conoscenze ed abilità;
– sviluppare l'esperienza clinica;
– migliorare la qualità delle prestazioni professionali erogate;
– organizzare le nuove conoscenze e competenze in interventi concreti per la risoluzione dei problemi emergenti;
– coinvolgere attivamente i professionisti nel processo educativo a loro destinato;
– individuare il contributo potenziale che ciascuno può fornire per la realizzazione dell'obiettivo comune;

– stabilire un linguaggio e dei modelli di riferimento comuni per meglio organizzare il lavoro e il servizio;
– costituire un supporto a modifiche organizzative realizzate dall'Ente per consentire una migliore attuazione.

Metodologia della formazione

Fasi del processo formativo

Il processo formativo si suddivide in fasi cronologiche di seguito riportate:

– Analisi dei bisogni formativi.
Si deve in questo senso definire e prefigurare il cosiddetto «prodotto in uscita» che tale azione formativa vuole attuare.
– Progettazione formativa.
Si tratta di prefigurare il modello di intervento formativo che più si adatta a tradurre in termini di risultati i bisogni emersi in fase di analisi.
– Realizzazione del processo formativo.
Si deve tradurre in pratica il progetto formativo elaborato, adottando e riadattando i metodi senza perdere di vista gli obiettivi prefissati.
– Valutazione dell'azione formativa.
Si tratta di validare o verificare con opportuni strumenti l'avvenuto apprendimento (verifica dell'apprendimento) e il reale utilizzo dello stesso nella realtà operativa quotidiana (verifica di trasferimento).

Standard della formazione

La formazione dell'infermiere deve rispondere ai seguenti *standard:*

– Standard generale.
L'infermiere è preparato e si tiene aggiornato sulla sua professione.
– Standard specialistico.
L'infermiere d'emergenza, riconosce il bisogno d'autoapprendimento ed aggiornamento, ed è responsabile dell'acquisizione di conoscenze ed abilità che gli permette di assistere al meglio durante l'emergenza.
– Razionale.
L'autoformazione e l'integrazione delle conoscenze apprese nella pratica è parte importante del processo della formazione permanente.

Criteri

I *criteri* di misurazione si dividono in:
– Generali
1. l'infermiere partecipa regolarmente alle attività di formazione sia a livello clinico sia professionale più in generale;

2. l'infermiere cerca di fare esperienze per mantenere il livello di abilità raggiunto;

3. l'infermiere cerca di acquisire le conoscenze ed abilità necessarie per il proprio lavoro;

– Specialistici

1. l'infermiere di emergenza è responsabile di acquisire e dimostrare di possedere le conoscenze necessarie per assistere durante l'emergenza;

2. l'infermiere di emergenza si aggiorna con regolarità in base al suo ruolo ed alle aree di sua competenza.

Struttura

Il nursing d'emergenza comprende l'integrazione di:
- pratica;
- ricerca;
- formazione;
- professionalità;

Queste quattro componenti del nursing professionale d'emergenza forniscono la *struttura* degli standard dell'assistenza.

Il personale sarà preparato per le sue responsabilità nel Dipartimento di Emergenza attraverso orientamento, aggiornamento professionale e formazione permanente appropriati.

Modelli di riferimento

Società scientifiche

Quando si vuole attuare un progetto formativo devono essere chiare le linee guida di riferimento, sia per la stesura dei protocolli operativi, che per avere la garanzia di un sistema di formazione con modalità e supporti didattici definiti ed omogenei.

Per un progetto che sia rivolto al trattamento al paziente nell'emergenza-urgenza, sia intraospedaliera sia extraospedaliera, si ritiene utile ed auspicabile far riferimento alle più importanti società scientifiche che si occupano dell'emergenza-urgenza, distinguendo le tematiche della rianimazione cardiopolmonare e cerebrale, dal trattamento e gestione del paziente traumatizzato.

Per quanto riguarda l'individuazione delle linee guida si distinguono i due filoni:

– *Linee guida di rianimazione cardiopolmonare e cerebrale*

Di questo specifico settore dell'emergenza si occupano le seguenti società scientifiche: American Heart Association (AHA), Australian Resuscitation Council (ARC), Heart and Stroke Foundation of Canada, European Resuscitation Council (ERC), Resuscitation Council of Southern Africa, Italian Resuscitation Council (IRC).

– *Linee guida per il trattamento del trauma*

Le società scientifiche che s'interessano di questo settore sono:

American College of Surgeons (ACS), National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT), Emergency Nurses Association (ENA), Italian Resuscitation Council (IRC).

Come si può facilmente constatare quasi tutte le direttive sono state autorevolmente pensate, elaborate e prodotte in Europa, Canada e Stati Uniti d'America e quindi fuori del territorio nazionale.

È quindi possibile seguire due strade:

– impostare un programma formativo autonomo facendo riferimento alle linee guida internazionali o nazionali;

– utilizzare pacchetti formativi disponibili da parte di società scientifiche che hanno prodotto le linee guida e che rilasciano le relative certificazioni.

Riferimenti legislativi

- Legge n. 833/78,
  Art. 2 (obiettivi), punto 8
  Art. 47 (personale dipendente), punto 6
  Art. 53 (piano sanitario nazionale), comma 4, lettera *h*
  Art. 55 (piani sanitari regionali), comma 2
- D.P.R. n. 761/79, stato giuridico del personale delle Unità Sanitarie Locali
  Art. 46 (aggiornamento professionale obbligatorio)
- D.P.R. n. 821/84, attribuzioni del personale medico addetto ai presidi, servizi, uffici delle Unità Sanitarie Locali
  Art. 19 (operatore sanitario dirigente)
- D.P.R. n. 270/87, norme risultanti dalla disciplina prevista dall'accordo sindacale
  Art. 26 (aggiornamento professionale e partecipazione alla didattica e ricerca finalizzata), punti 1, 3, 6, 7, 8, 11
- D.M. 13 settembre 1988, determinazione degli standard del personale ospedaliero
  Art. 4 (servizi ospedalieri), punto C, comma 2
- D.L. n. 29/93, norme in materia di organizzazione e rapporti di lavoro nelle amministrazioni pubbliche
  Art. 17 (gestione delle risorse umane), comma 4
- D.M. n. 739/94, regolamento concernente l'individuazione della figura del relativo profilo professionale dell'infermiere
  Art. 1, comma 4
- Costituzione Italiana
  Art. 117
- Codice deontologico della federazione I.P.A.S.V.I. (1977)
  Lettera *C* (l'impegno tecnico operativo), punto 9
- D.P.R. 27 Marzo 1992
- Atto di Intesa Stato Regioni (*G.U.* n. 114 17/5/96) in applicazione del DPR 27/3/92

L'APPRENDIMENTO

Il processo di apprendimento

Il processo di apprendimento negli adulti

Per apprendimento s'intende un cambiamento definitivo del comportamento e per insegnamento una qualsiasi azione pianificata diretta a facilitare il raggiungimento di tale obiettivo.

Il meccanismo ciclico dell'apprendimento

Il ciclo dell'apprendimento origina da un elemento di *innovazione* rispetto al quale l'individuo si trova inconsapevolmente incompetente; la *consapevolezza* della propria incompetenza è la molla che scatena l'esigenza dell'intervento formativo.

Il trasferimento delle conoscenze ed abilità, attuato tramite il processo di *apprendimento*, consente il raggiungimento di quella competenza, ora consapevole, che si evolve verso la *padronanza*.

L'obiettivo finale è la trasformazione di quell'iniziale elemento di innovazione in una pratica routinaria, espressione di una competenza inconsapevole.

Le caratteristiche dell'apprendimento

Nell'individuo adulto, per avere successo, l'apprendimento deve avere le seguenti *caratteristiche:*

- Deve essere centrato su problemi specifici

Deve essere chiara l'attinenza con l'attività svolta ed avere ricadute immediatamente realizzabili nell'ambito delle proprie competenze lavorative.

- Deve tenere conto delle esperienze precedenti

Ogni esperienza formativa deve pertanto avere origine dall'esperienza personale dell'adulto.

- Devono essere tenute in considerazione stima e concetto di sé

Ci deve essere un continuo feedback che rafforzi la motivazione dell'individuo; ogni azione formativa deve svolgersi in un clima rilassato e non ansiogeno.

- Deve essere finalizzato al miglioramento delle conoscenze teoriche e pratiche.
- Deve essere per quanto possibile volontario
- Deve richiedere un coinvolgimento attivo
- Deve essere teso al raggiungimento di obiettivi specifici e chiaramente definiti.

Le componenti dell'insegnamento-apprendimento

Un'azione formativa dev'essere diretta a sviluppare le *competenze* della sfera conoscitiva, operativa e delle capacità personali.

Le relative *componenti* sono:
- Componente conoscitiva (sapere).
  Comprende tutte le informazioni, nozioni, teorie.
- Componente psico-motoria (saper fare).
  Comprende le tecniche e le manovre.
- Componente affettiva (saper essere).
  Indica l'atteggiamento nei confronti delle teorie e delle pratiche.

Il progetto formativo

L'azienda e la formazione

Nella nostra Azienda, si è avviato un percorso dove la formazione ha un ruolo cardine nella progettazione e attuazione dei processi per la predisposizione e il miglioramento delle funzioni e competenze molteplici e specifiche presenti. La formazione quindi diventa funzione strategica per orientare i professionisti verso una nuova cultura di tipo aziendale e una nuova cultura professionale e, all'interno dei vari processi aziendali, si esprime nella sua forma più eterogenea:

- è il mezzo per acquisire informazioni e ampliare e/o approfondire la conoscenza;
- offre gli strumenti per sviluppare abilità e competenze;
- permette la trasmissione di valori e norme di comportamento;
- partecipa al miglioramento dei problemi organizzativi su nuove metodologie di lavoro.

La formazione tecnico professionale riguarda gli ambiti e le modalità più tradizionali essenzialmente riferibili all'aggiornamento delle conoscenze scientifiche ed allo sviluppo di abilità tecniche specialistiche del personale che opera in tutte le strutture dell'Azienda.

Protocollo Aziendale n° 5835 (interventi in regime di urgenza ed emergenza), 1998

... utile ridefinire la problematica delle prestazioni da rendersi un regime di urgenza ed emergenza a pazienti (ricoverati e non) che comunque si trovino all'interno dell'Ospedale...

... prestazioni ... da effettuarsi tempestivamente ... da parte di tutto il personale sanitario afferente alle diverse Divisioni e Servizi ...

... sarà cura dei responsabili delle diverse unità operative, garantire il necessario livello di preparazione di tutto il personale sanitario che a lui fa riferimento ...

L'accreditamento del sistema formativo

La formazione rappresenta un punto essenziale nel percorso per l'accreditamento delle strutture sanitarie.

Nei congressi, nei convegni, ed anche sulle ultime leggi, ampio spazio è dato al concetto di qualità, ed essa potrà essere raggiunta solo attraverso programmi di formazione permanente organizzati a livello di reparto, dipartimento, azienda.

Criteri

Un sistema formativo accreditato deve rispondere ai seguenti criteri:

- utilizzo di linee guida internazionali di riconosciuta validità;
- contenuti, metodologia, procedure didattiche uniformi;
- valutazione dei formatori per quanto riguarda le competenze culturali e le abilità didattiche;
- aggiornamento periodico dei contenuti formativi;
- rivalutazione periodica dei formati;
- rivalutazione periodica dei formatori.

Elementi

Nella stesura di un progetto di formazione ci sono alcuni elementi chiave sotto riportati:

- finalità (problemi o criticità che possono essere risolti con la formazione);
- obiettivi (obiettivi formativi specifici che ci si propone di raggiungere);
- destinatari (i formati definiti per ruolo competenze e numero);
- modalità didattiche (struttura, metodologia didattica, strumenti didattici del percorso formativo);
- durata (tempi di durata dell'attività formativa);
- docenti (elenco del numero e dei nomi dei formatori);
- programma ((definizione dettagliata del programma con i tempi, i contenuti ed i formatori);
- valutazione (definizione dei criteri, contenuti e modalità della valutazione finale);
- Sede (indicazione della sede del corso).

Caratteristiche

Le caratteristiche per il successo un progetto formativo sono di essere un:

- progetto chiaro;
- progetto preciso;
- progetto esauriente.

Il centro di informazione

Problemi e criticità

A questo punto si possono definire alcune problematiche che devono essere risolte, al fine di arrivare all'obiettivo finale, rappresentato dalla realizzazione pratica del progetto formativo.

I principali problemi individuati sono:

– problema organizzativo: le criticità sono rappresentate dalla gestione del progetto, dall'individuazione dell'unità operativa referente per l'organizzazione, dalla disponibilità dell'Azienda;

– problema logistico: la criticità principale è costituita dall'acquisizione e disponibilità degli spazi idonei per i corsi;

– problema didattico: le criticità sono rappresentate dall'individuazione dei potenziali formatori, dalla loro istruzione e dalla condivisione e applicazione di modelli didattici di riferimento;

– problema risorse: le criticità sono da riferirsi principalmente al reperimento e disponibilità, delle risorse umane e materiali, necessarie per la realizzazione del progetto.

Campi d'intervento

Con campo d'intervento s'intende l'area operativa nella quale il progetto formativo a ragione d'essere, e per la quale s'intende proporlo e realizzarlo.

Come aree operative si possono definire le singole unità operative o reparti/servizi di un ospedale, oppure la singola A.S.L. o A.O. di una provincia.

Il dipartimento provinciale nascita

Gli obiettivi:

1. creare, all'interno del territorio provinciale, un organismo che garantisca uno standard ottimale di prestazione agli utenti in caso di intervento di urgenza-emergenza;
2. identificare un percorso dedicato al paziente critico, omogeneo in tutto l'ambito provinciale;
3. ottimizzare l'utilizzo dei posti letto di area critica e dei pazienti acuti, tramite la gestione d una rete informativa condivisa con tutte le Unità Operative, con lo scopo di giungere alla gestione del posto letto no più in ambito locale, ma provinciale;
4. individuare gli standard minimi per le Unità Operative che operano nell'emergenza urgenza (personale, dotazione mezzi, allestimenti, protocolli clinici, procedure di intervento);
5. pianificare un percorso formativo comune per gli operatori, che specificamente costruito interno all'intervento di urgenza-emergenza nella sua fase extra ospedaliera ed intraospedaliera, garantisca anche la possibilità di un interscambio degli operatori fra le varie Unità Operative;
6. programmare interventi tesi ad aumentare nella popolazione delle modalità corrette per l'accesso alle prestazioni relative all'urgenza-emergenza sanitaria;
7. proporre alle Direzioni Strategiche e ai competenti uffici regionali l'acquisizione e l'installazione delle tecnologie necessarie ad aumentare l'efficacia nell'erogazione delle prestazioni di urgenza ed emergenza.

Unità operative afferenti al D.E.P.

Le Unità Operative che concorrono alle attività del D.E.P. sono:
- il Servizio di Urgenza ed Emergenza Medica;
- le Direzioni Sanitarie, per il tramite delle Dirigenze Mediche;
- le Unità Operative di Pronto Soccorso;
- le Unità Operative di Anestesia e Rianimazione;
- le Unità Operative di Medicina e Chirurgia Traumatologica e Pediatrica;
- la Medicina di Base e il Servizio di Continuità Assistenziale.

Conclusioni

Al di là dell'organizzazione burocratica del Dipartimento (Capo del Dipartimento, Consiglio del Dipartimento....) e degli interessi personali che sembrano rendere impossibile la loro istituzione nell'organizzazione sanitaria italiana, riteniamo che il dipartimento sia soprattutto una filosofia, una cultura, una metodologia operativa che presuppone anche delle rinunce ma il cui risultato finale è un sicuro vantaggio per chi vi lavora e per chi deve beneficiare del servizio.

La nostra esperienza, nata da necessità operative di integrazione e miglioramento delle varie realtà lavorative è nata per questi scopi e non per la volontà di creare un dipartimento.

Ci si è poi accorti che le nostre finalità erano in realtà quelle proprie dello spirito dipartimentale, tanto è che tutta la nostra esperienza si è poi trasferita all'interno dell'organizzazione strutturale del Dipartimento Provinciale dell'emergenza voluto dall'Azienda Ospedaliera di Verona e dalle ASL della Provincia.

Bibliografia

C. Calamandrei, C. Orlandi, *La dirigenza infermieristica, manuale per la formazione dell'infermiere dirigente e del caposala*, ed. Mc Graw-Hill, Milano 1998.

C.N.C. Atti Congresso Nazionale dei Caposala, Perugia 1998.

L. Benci, *Manuale Giuridico Professionale per l'esercizio del nursing*, Milano 1996 aggiornato al 1998.

C.N.C. Atti della giornata di studio: «Caposala tra passato e futuro», *Nuove prospettive del Collaboratore Professionale Sanitario nelle Unità Operative e nei Dipartimenti Ospedalieri*, Padova 26 giugno 1999.

Costa A., Olivieri V., *Il ruolo della formazione in Azienda. L'Ospedale e la città* (Agenzia trimestrale di informazione degli istituti Ospedalieri di Verona), 2000; 1, 16-17 Verona ed. Promodis Italia.

Cunial E., Cipolotti G., Benci L., *118 un servizio integrato per l'emergenza territoriale*, 1999; 6:79-80 Milano McGraw-Hill.

Cescutti E., Ciarniello G., *Formazione permanente: una necessità nell'era tecnologica. Scenario* (Organo ufficiale ANIARTI). 1996; 3, 15-18 Firenze.

AA.VV., *Il processo d'apprendimento-insegnamento. Manuale istruttori IRC*, 1996; 15-16.

Donatelli N.S. e coll., *Standard del nursing nell'emergenza*, 1995; 10:91-99 Milano ed. Masson.

Safar P., Bircher N.G., *Rianimazione cardiopolmonare e cerebrale*, 1990; 5:403-424.

DIBATTITO

Mercoledì, 15 novembre 2000, *mattino*

Nome e cognome *Antonio Pallotta*
Professione *Infermiere Professionale Anestesia*
Provenienza *AUSL 8 Marche Recanati*

Vorrei riallacciarmi all'ultima relazione con una domanda per Silvestro.

Con tutte queste nuove normative da poco uscite non dovrebbe più essere una concessione fare parte delle commissioni in cui si decide l'avvenire dei dipartimenti; vorrei che Silvestro ci rassicurasse rispetto a questo.

Per i corsi di caposala, a questo punto, con le nuove normative universitarie, cosa si farà?

Norme e cognome *Donatella*
Professione
Provenienza *Trieste*

Vorrei fare un paio di osservazioni.

Drigo ha affermato che la principale risorsa utilizzata nel dipartimento sono gli infermieri.

Io purtroppo temo sia la principale non perché è la più importante ma perché è l'unica.

Ho la sensazione che la necessità del dipartimento, anche dal punto di vista economico, colpisca situazioni d'interesse prevalentemente medico.

Come s'inserisce la cultura del dipartimento all'interno delle realtà miste università-ospedale?

C'è poi un altro problema: è vero che siamo autonomi, però non siamo soli.

Ho molto apprezzato l'intervento dell'ultima collega, la quale ha affermato che hanno realizzato dei gruppi di lavoro insieme ai colleghi e condiviso le procedure.

Però, quando si discute di formazione e di partecipazione, il «chi» non dovrebbe riguardare solo noi; mi rendo conto che è difficile, ma dobbiamo cominciare a superare quest'argine in maniera decisa.

La legge regionale della Campania prevede esplicitamente la mancata presen-

za del coordinatore nel dipartimento; altrove, nelle aziende, la presenza del coordinatore si è pretesa, se non vi era nessun limite legislativo.

Io sono molto perplessa.

Riguardo alla formazione il collega parlava di volontà.

È vero, da un punto di vista andragogico ci deve essere l'intenzionalità di chi apprende e si deve essere flessibili, ma condizione di partenza è, forse, quella di condividere la responsabilità di oneri ed onori.

Temo, però, che questo sia, in questo momento, molto difficile.

Nome e cognome *Mario*
Professione
Provenienza *Catania*

Per quanto riguarda la formazione, noi infermieri ne abbiamo sempre sentita la necessità e, forse, l'abbiamo fatta.

Oggi, però, se ne parla più insistentemente, si parla di essere più responsabili ed autonomi; questo ci sta bene, ma la formazione chi la deve fare?

Le organizzazioni, le aziende dove sono?

Mi pare che non partecipino alla formazione del personale, anzi, forse tendono a tenerci sempre sottomessi.

Dal punto di vista economico mi pare non ci siano prospettive, nonostante la carenza del personale.

Possiamo cercare, come infermieri, di ottenere una formazione regionale?

Interviene *Elio Drigo*

Per quanto riguarda il problema della risorsa infermieristica come primo e principale elemento da condividere, in effetti, se noi leggiamo le normative, vediamo che la prima risorsa di cui praticamente tutte parlano è quella infermieristica.

Probabilmente non è un caso questo, anche se sicuramente può rappresentare un problema, perché ci coinvolge direttamente, ci mette direttamente e responsabilmente dentro a questa nuova modalità di operare nelle strutture e può rappresentare un grosso rischio di essere mal utilizzati, come del resto è stato, molto probabilmente, fino a questo momento.

Io stesso accennavo a questo discorso nell'intervento, nelle considerazioni, dicendo che gli infermieri possono essere una risorsa utilizzata, come è stato fatto in passato, anche tamponando situazioni e deficienze assistenziali ed organizzative di altri operatori o dell'istituzione stessa.

Certo questo è un rischio di cui abbiamo ottima esperienza per il passato.

L'importante è sapere che è accaduto in questi termini ed imparare ad evitarlo per il futuro.

L'altro versante di questo problema, comunque, mi pare sia il fatto che, se

è vero che siamo la prima risorsa considerata flessibile, vuol dire che senza di noi l'istituzione non fa niente.

Credo che questo sia il momento di renderci conto, e di far rendere conto alle istituzioni, che gli infermieri ci sono e per legge devono fare determinate cose; poiché hanno deciso di fare quelle cose e non più quelle che facevano precedentemente allora la situazione deve cambiare.

La possibilità di determinare questo cambiamento, se notate bene, dipende da noi, dal fatto di prendere questa decisione e dire: «Noi non intendiamo lavorare più come abbiamo fatto fino ad oggi ma come voi avete scritto sulle leggi».

Annalisa credo sia stata estremamente esplicita questa mattina.

Adesso abbiamo anche gli strumenti normativi che ci sostengono in questa direzione e credo dobbiamo prendere atto che stiamo vivendo un momento storico.

Finora abbiamo sempre potuto lamentarci di questo problema; adesso abbiamo cominciato ad avere in mano degli strumenti che ci possono far fare il giro di boa in questo senso, abbiamo una grossa opportunità.

Sicuramente questo tipo di cambiamento non dipende esclusivamente da noi, anche se in buona parte.

Certamente molti altri professionisti, più di noi, forse hanno necessità di cambiare la loro mentalità, perché si sono sempre considerati al centro del mondo e probabilmente devono rendersi conto che, già da molto tempo, non ci sono più e devono imparare a lavorare alla pari.

Sta però ancora a noi essere in grado di porci in maniera autorevole in questo nuovo contesto, avere strumenti con i quali parlare, avere dati specificamente infermieristici, consistenza della nostra cultura professionale, della quale parlare e con la quale fondare gli argomenti che portiamo.

Interviene *Cristina Morini*

Io vorrei rispondere al collega riguardo alla presenza, alla partecipazione alle commissioni.

Noi sinceramente non l'abbiamo ritenuto un momento molto importante.

La nostra azienda sta parlando del dipartimento dal 1 gennaio del 2000.

A tutt'oggi non c'è, se non gli obiettivi, ancora nulla che dia realmente la misura di questo dipartimento.

Quello che a noi, però, interessava sottolineare, e che comunque chi farà parte di questo dipartimento sa perfettamente, è che il lavoro svolto in questi due anni ha portato dei risultati che sono già tangibili per tutti.

Per carità, è estremamente importante dare peso alla professione infermieristica in questo momento, alla luce di tutto quello che è stato detto questa mattina.

In realtà noi abbiamo fatto un lavoro inverso, in pratica abbiamo dimostrato, attraverso una professionalità spesa quotidianamente, che centosettanta

infermieri, undici caposala, trentacinque autisti e un'altra grossa parte di persone che sicuramente ho dimenticato hanno già prodotto un cambiamento, che in realtà non abbiamo bisogno di una delibera per lavorare su una filosofia dipartimentale come quella delineata stamattina, ma che è già nel nostro modo di lavorare quotidiano.

Nel momento in cui ci si mette intorno ad un tavolo e si crea un progetto, si definiscono obiettivi e ci si dà un metodo serio di lavoro, la filosofia e la metodologia dipartimentale sono già patrimonio culturale importante della professione infermieristica e nessuna commissione, sinceramente, credo che questo possa togliercelo.

Interviene *Annalisa Silvestro*

Mi ricollego a quanto affermato da Cristina.

È vero che molte volte, nei progetti che sono attivati dalle aziende territoriali od ospedaliere, nelle commissioni e nei gruppi di lavoro, manca la figura infermieristica.

Questo può accadere perché il gruppo degli infermieri ha deciso altre strategie, come diceva Cristina; tra l'altro io condivido molto questo tipo d'impostazione.

In altri casi potrebbe esserci dietro una scelta precisa.

A tal proposito vorrei sottolineare una cosa, e in questo modo credo di poter dare una risposta anche alle altre due domande che sono state fatte.

È sempre più difficile che dal centro, e in questo momento mi esprimo sia come vicepresidente dell'ANIARTI sia come presidente della Federazione dei Collegi, si possa intervenire a livello locale.

Questo avviene perché al centro, intendo Roma, il parlamento, il ministero, i sottosegretari, ecc., si decidono le politiche ampie, quelle che non vanno a identificare specificamente «chi fa che cosa e come deve essere fatto».

Considerate che è in previsione anche uno scioglimento del Ministero della Sanità, perché ormai le politiche sanitarie si definiscono a livello europeo con applicazione delle indicazioni nei diversi stati.

Le politiche di quotidianità si fanno a livello regionale ed aziendale.

Questo evidenzia come la presenza nelle commissioni, la definizione della specificità infermieristica nei progetti, la sottolineatura della rilevanza d'alcuni percorsi od operatori, bisognerà sempre più pensare che vada fatta in regione e dentro le aziende, quindi con una presa in carico dei problemi e delle responsabilità da parte di tutti gli infermieri che stanno in quell'azienda.

È difficile che, altrimenti, i percorsi vadano avanti.

Qualche collega sosteneva che la formazione è importantissima anche se le aziende, a volte, non ce la fanno fare.

Io vi posso dire che c'è una disposizione della funzione pubblica, la quale prevede che tutte le aziende debbano mettere a disposizione della formazione permanente dei propri dipendenti un budget, che deve tendere al 1% del monte salari di tutti i dipendenti dell'azienda stessa.

Questa non è, come qualcuno diceva prima, una concessione dell'azienda, ma è qualcosa, possiamo dire, dovuto.

Bisogna vedere come poi sono utilizzati questi soldi, ovviamente.

Su quest'argomento, adesso, vorrei fare un po' di provocazione.

Io non ho mai visto infermieri andare a protestare davanti alla direzione generale o al palazzo direzionale di un'azienda perché non ci sono abbastanza soldi per la formazione; probabilmente deleghiamo una rappresentanza, in questo caso, parlando d'azienda, sindacale.

Chiediamo poi riscontro che questi risultati siano stati perseguiti e conseguiti?

Ripeto, ci dev'essere un'assunzione di responsabilità individuale da parte di tutti gli infermieri.

Dobbiamo entrare attivamente nella logica che vada fatta l'integrazione fra le diverse strutture o aziende.

Indubbiamente, se nell'ambito di un'azienda c'è un dirigente infermieristico che sta nella direzione generale e contribuisce alla definizione dei percorsi e dei processi e a governare i processi d'assistenza infermieristica, è abbastanza prevedibile che alcune cose diventino più facili, ma non è del tutto detto se non c'è il supporto dell'intero gruppo professionale.

Il miglioramento economico è una tematica prettamente sindacale.

Per quanto riguarda questo triennio di presidenza, l'ho inserito nella relazione programmatica e intendo sottolinearlo, io non ritengo corretto che ci sia sovrapposizione funzionale tra il sindacato ed i collegi professionali.

I collegi professionali devono dedicarsi allo sviluppo e alla valorizzazione della professionalità infermieristica attraverso il loro organo di rappresentanza nazionale, con ricaduta sulle province, che è la Federazione dei Collegi.

Mi pare che da questo punto di vista i passi in avanti siano stati tanti ed evidenti.

Nessuno ci ha regalato niente, cari colleghi, tutto è stato aspramente chiesto e aspramente combattuto.

Chiediamo che le rappresentanze sindacali facciano altrettanto e chiediamo conto e riscontro alle rappresentanze sindacali della nostra situazione economica, che non può essere assolutamente gestita dai collegi professionali, i quali hanno tutt'altro compito.

Certo, cari colleghi, nel momento in cui la rappresentanza professionale ha portato a casa questi risultati voglio vedere come si potrà negare che a quest'assunzione di responsabilità, a quest'assunzione d'autonomia, a questa competenza e preparazione professionale non debba corrispondere un adeguato riconoscimento economico.

È, però, un compito che spetta ad altri.

Inoltre, che tipo di contratti decentrati avete avuto?

Quanto e come è stata valorizzata la funzione infermieristica?

Hanno riconosciuto che gli infermieri sono in pochi, lavorano tanto e compensano moltissimo?

Hanno riconosciuto la vostra professionalità, la competenza, l'autonomia?

Di questo a chi dobbiamo chiedere riscontro?

Non lo so, mi pare che ognuno debba valutare nel proprio ambiente.

Anche da questo punto di vista, secondo me, bisogna cominciare ad essere protagonisti.

I percorsi formativi, mi pare evidente, hanno grande importanza.

Il tema del congresso nazionale ANIARTI del prossimo anno, il ventesimo, è: «Quali i confini dell'assistenza infermieristica in area critica, per l'attività quotidiana, per l'assunzione di responsabilità, per l'etica della decisione».

Dibatteremo su che cosa questo comporta.

In che modo mi relaziono col medico, con l'ostetrica, col fisioterapista, col tecnico, con tutte le altre professionalità?

Su quali basi decido se questo è compito mio, se questa è una funzione che devo svolgere io o altri?

Uno degli elementi cardine per prendere le decisioni è proprio il percorso formativo, perché nel momento in cui dovesse accadere, speriamo non succeda mai, che qualcuno sbaglia, nell'andare a rispondere davanti al giudice uno degli elementi che verranno senz'altro presi in considerazione è il percorso formativo fatto.

Sarà difficile, cari colleghi, dire: « Io vent'anni fa ho acquisito il diploma d'infermiere».

Dopo, che altri percorsi ha fatto lei d'aggiornamento e di formazione permanente?

La formazione, quindi, è una cosa importantissima di cui dovremo dibattere.

È necessario che ci siano corsi strutturati, di specializzazione, per caposala, ecc.?

I corsi devono senz'altro essere strutturati.

Stiamo, infatti, ragionando, come Federazione dei Collegi, su un nuovo progetto di formazione complementare che rivalorizzi quello che avevamo presentato qualche anno fa, cui avevano collaborato tutte le associazioni, l'ANIARTI in testa, tenuto conto però della riforma che sta evidenziandosi in università.

Si intende partire dal diploma di laurea di primo livello e dare la possibilità di percorsi formativi utilizzando la logica dei master e dei perfezionamenti, es. in ambito clinico (area critica, geriatrica, psichiatrica, ecc.).

S'intende inoltre fare lo stesso percorso per la gestione, nella logica dei crediti didattici, che potranno essere spesi qualora qualcuno decida di conseguire anche il diploma di laurea di secondo livello o specialistico.

Mi corre obbligo di informare che la bozza che abbiamo avuto modo di leggere delle norme concorsuali continua a non prevedere l'obbligatorietà dei titoli.

Anche questo ha suscitato molto dibattito nell'ambito della professione.

Ci va bene, non ci va bene? Non lo so, adesso questa non è la sede per discuterne.

Però credo sia ormai evidente che quello che verrà senz'altro continuamente richiesto e valutato è la competenza, congruente e conseguente al fatto che è stato fatto un percorso formativo che ha rilasciato un'attestazione.

Molto meno evidente sarà che per svolgere determinate funzioni si debba avere assolutamente un titolo, se non quello che abilita all'esercizio della professione.

Quindi credo che in questo panorama ampio vadano inserite anche le sollecitazioni culturali, tra l'altro d'alto livello, che ci sono state date dai colleghi e su questo credo che tutti noi dobbiamo fare una grossa riflessione, perché se è vero che alla professione infermieristica, come alle altre, si aprono scenari e prospettive estremamente positive e rilevanti, è altrettanto vero (e qui dobbiamo davvero cominciare a fare riflessioni e cercare di interiorizzare cosa questo comporta) che tutta una serie di catene di salvataggio cominciano a scomparire.

Faccio un esempio assolutamente impossibile e dirompente.

Potrebbe accadere che in una terapia intensiva un infermiere metta un catetere venoso centrale.

Dove è scritto se può farlo o no?

Sarà una cosa che dovremo valutare confrontandoci con gli altri professionisti, con la casistica, con le competenze, le manualità e abilità di ognuno.

Quindi cambia in maniera rivoluzionaria il modo di stare dentro la sanità.

Ancora ci sono molti colleghi che chiedono: « Posso o non posso fare questa cosa»?

Non c'è più una risposta netta, sì o no.

La risposta sarà: « Hai fatto un percorso formativo che ti permetta di farla? Sei in grado di dimostrare che hai casistica su questo? Hai modelli cognitivi che ti permettono di assumere la decisione di fare? Se sì fallo, se no astieniti o chiedi una consulenza».

Dovremo ragionare sempre più così, perché tutto ruota adesso su questa cosa.

Nome e cognome
Professione *Caposala*
Provenienza *Unità Operativa Pronto Soccorso Asl 3 Fano*

L'intervento della signora Silvestro è stato pieno di provocazioni, da tutti i punti di vista.

Mi fa molto riflettere perché ci ha messo un po' in guardia rispetto a come, dentro le aziende, si decide di valorizzare la professione infermieristica.

Dal punto di vista sindacale dobbiamo avere dei rappresentanti in prima linea, che ribadiscano fortemente la nostra posizione formativa, i percorsi, quindi presentino dei contratti integrativi aziendali che ci diano lo spazio che la normativa ci sta già dando.

Mi fa molto riflettere questo perché poi, operativamente, quotidianamente, ci troviamo di fronte a realtà difficili, a confronti molto variegati, con pressioni molto forti che ci mandano qualche volta, forse uso un'espressione forte, in burn-out.

Comunque siamo consci che stiamo crescendo, che abbiamo fatto il salto, però poi, operativamente, non possiamo dare ciò che vorremmo dare, qualcuno c'impedisce di camminare nella strada che abbiamo deciso di scegliere.

Dobbiamo sicuramente smettere di piangerci addosso e cominciare ad essere sempre in prima linea, con le competenze e le conoscenze dovute alle situazioni.

Nome e cognome *Zennaro*
Professione *Caposala Rianimazione*
Provenienza *Azienda Ospedaliera San Luigi Orbassano Torino*

Vorrei chiedere se avete dei suggerimenti per sensibilizzare il personale infermieristico rispetto alla cultura dipartimentale, perché gli interventi finora sentiti danno l'idea che la cultura sia già radicata, mentre nella mia realtà sembra ancora abbastanza lontana; c'è ancora la cultura «del mio reparto, del mio materiale, delle mie cose».

Sta per partire, da gennaio 2001, nella nostra azienda un progetto di gettonamento interno, per andare a coprire le carenze infermieristiche, un progetto che prevede un gruppo d'infermieri che devono intervenire per dipartimento e andare a coprire i turni scoperti, con una remunerazione oraria ovviamente superiore a quell'attuale del contratto.

Volevo sapere se ci sono altre realtà dove si sono avviate esperienze simili, per avere un confronto.

Nome e cognome *Giorgino*
Professione
Provenienza *Unità operativa di anestesia Ospedale di Varese*

Vorrei subito riallacciarmi all'intervento della caposala d'Orbassano.

Anche a Varese l'azienda ha pensato di coprire i posti vuoti nel 118 dando dei gettoni di presenza, che ovviamente sono retribuiti in maniera diversa rispetto alle quote previste dal contratto.

Vorrei inoltre sollevare un problema che ho riscontrato in prima persona.

Come fa un infermiere che lavora quotidianamente presso una qualsiasi unità operativa a distaccarsi ed andare a frequentare questi corsi di specialità, che comunque richiedono un obbligo di frequenza, tirocinio, ecc.?

Interviene *Elio Drigo*

Per quanto riguarda il discorso della collega Zennaro di Orbassano sulla cultura dipartimentale, che è ancora tutta da avviare, credo che la situazione sia abbastanza evidente; non so se stamattina ci siamo spiegati male, ma nella presentazione della realtà nazionale e dei riferimenti regionali è stato detto, in chiari termini, che se i dipartimenti non sono ancora partiti, sicuramente questo dipende dal fatto che c'è un problema di tipo culturale molto diffuso e sicuramente delle grosse resistenze da parte delle istituzioni e delle organizzazioni

specifiche, dei gruppi professionali e di tutti gli operatori, anche se nelle norme è ormai da tantissimi anni che si parla di dipartimenti.

Abbiamo sottolineato che il diffondersi di questo substrato culturale è l'unica possibilità che c'è per interiorizzare e sviluppare la cultura del dipartimento, che pare sia la più accreditata per riuscire a risolvere problemi sia di tipo organizzativo sia di tipo clinico-assistenziale.

Per quanto riguarda tutto il discorso del gettonamento degli infermieri o delle prestazioni, credo sia un fenomeno con il quale dobbiamo imparare a relazionarci, a rapportarci, e a prendere una nostra posizione decisa, perché è sicuramente un modo nuovo, rispetto al passato, di erogare assistenza sanitaria in una situazione di criticità di presenze di professionisti.

Credo molto dipenda da come la professione, nell'insieme del contesto, decide di spendersi e quindi dalla maturazione che singolarmente e insieme decideremo di fare.

Interviene *Annalisa Silvestro*

Per quanto riguarda l'intervento della collega di Fano, che ovviamente era una condivisione di alcune esperienze che sono state evidenziate e di logiche di cui abbiamo parlato, io ribadisco che non è più pensabile rivolgere ad altri la gestione delle nostre problematicità.

Dobbiamo strutturarci, imparare e vedere come fare per averle in gestione diretta, anche perché, come dicevo nel mio intervento di prima ad integrazione di quello dei colleghi, adesso siamo arrivati al cuore dei problemi, adesso s'iniziano a toccare i veri equilibri di potere.

Rispetto al discorso della cultura dipartimentale, vorrei anch'io sottolineare una cosa.

È molto difficile entrare in una logica culturale che è quella dell'integrazione, della mobilità, della flessibilità e soprattutto di una competenza che si struttura non su un pacchetto predefinito di prestazioni ma su una professionalità che s'inserisce in un processo assistenziale.

È una cosa su cui dobbiamo cercare di spenderci mettendo in conto che non è facile.

Fra l'altro la professione infermieristica è quella che ha dimostrato più capacità di entrare in queste logiche rispetto alle altre professioni, che sono molto più collegate a pezzi particolari di un intero processo di lavoro.

In effetti, ci sono infermieri dal momento in cui si accoglie la persona fino alla dimissione o alla chiusura del caso assistenziale, se si sta facendo assistenza domiciliare, quindi siamo quelli più vicini a questa logica culturale che è la più difficile da mettere in atto, soprattutto perché la cultura imperante del nostro sistema organizzativo sanitario è di settore, non di logica e d'area ampia.

Dobbiamo prendere atto, inoltre, che è molto più facile lavorare rimanendo legati ad un pezzettino, perché questo richiede anche meno manutenzione di professionalità; è molto più difficile lavorare in una logica ampia, diparti-

mentale, d'area, di processo, perché questo necessita molta competenza, una manutenzione costante della professionalità e significa anche acquisire strumenti gestionali che fino ad ora noi, forse, abbiamo lasciato ad altri, al caposala, al dirigente, mentre in queste logiche anche l'infermiere deve acquisire strumenti d'integrazione gestionale, perché deve mettersi in relazione con gli infermieri delle diverse unità che compongono il dipartimento o l'area funzionale omogenea, ecc.

L'infermiere deve essere in grado di mettere in rete anche tutti gli operatori di supporto alle sue prestazioni professionali e deve essere in grado, cosa molto importante, di mettere in rete tutti gli altri professionisti, perché a mio parere, nel futuro sanitario, gli infermieri saranno sempre di più vicini alla logica, per farvi un esempio, che guida l'infermiere della centrale operativa del 118.

Prende la telefonata, processa la richiesta, definisce che cosa serve per gestire quel caso e mette in azione tutti i professionisti che servono.

La visione dell'infermiere sarà sempre più così.

Diamoci il tempo che ci serve, però rendiamoci conto che in quella direzione dobbiamo andare e che forse ci costringeranno ad andare se vogliamo coniugare scarsità di risorse con obiettivi e processi assistenziali di un certo tipo.

Per quanto riguarda il discorso del gettonamento, dobbiamo cominciare a prendere atto che si verificheranno sempre più di questi fenomeni.

Fra l'altro l'attuale contratto di lavoro prevedeva che uno degli elementi su cui basare l'incentivazione al personale fosse la flessibilità e disponibilità alla mobilità, perciò sia da un punto di vista organizzativo che contrattuale non sono cose che meravigliano più di tanto.

Vorrei invitare ad una riflessione, nel momento in cui a qualcuno di noi è chiesta questa disponibilità.

La richiesta è davvero necessaria a garantire risposta sanitaria e quindi raggiungimento degli obiettivi aziendali o è la conseguenza del fatto che nell'azienda in cui opero non è stata fatta alcuna opera di razionalizzazione o di ridefinizione delle funzioni improprie?

Se la disponibilità ad ore di lavoro in più, ancorché pagate, non è per un obiettivo di salute, ma perché non si ha il coraggio di sostenere che, ad esempio, tre unità di chirurgia generale nella stessa azienda sono doppioni, che quella funzione è impropria, che quegli operatori devono essere messi in rete, io credo che noi infermieri dobbiamo cominciare ad affermare che non siamo disponibili, perché la nostra attività ulteriore, il nostro carico di lavoro, ci induce a stanchezza e a maggiore probabilità d'errore, di cui personalmente rispondiamo.

È una riflessione che invito tutti a fare, dal dirigente del servizio infermieristico all'ultimo infermiere.

Nell'azienda presso la quale lavoro abbiamo sospeso l'attività di una residenza sanitaria assistenziale, con una forte polemica sulla stampa e dei sindaci arrabbiatissimi, perché la responsabile del servizio infermieristico aziendale ha ritenuto che non ci fosse garanzia di qualità assistenziale, in quanto gli infermieri presenti non erano in numero adeguato a garantirla; ha presentato

una nota al direttore generale dove chiedeva la sospensione delle attività e questo è stato fatto.

Gli infermieri che erano in quella RSA sono stati spostati in altre unità operative e forse la decisione presa non è stata del tutto condivisa da alcuni di questi colleghi.

Io in ogni modo la rivendico e sono andata avanti per la mia strada, perché alle volte è preferibile per alcuni colleghi rimanere in condizioni di lavoro disagevoli, sempre nello stesso posto, piuttosto che comprendere che spostarsi significa lavorare meglio con maggiore qualità e soprattutto con minore rischio d'errore.

Questo significa sostenere le decisioni del responsabile del servizio infermieristico; il fondo del direttore generale della mia azienda è già stato speso tutto per incentivare infermieri che si erano resi disponibili a cose che erano proprio inevitabili, però alcune lo sono.

Interviene *Carmen Bertocchi*

La puntualizzazione riguarda in pratica l'esperienza nella mia azienda riguardo alla formazione.

Io credo che non si possa partire con un progetto aziendale dipartimentale senza che ci sia una formazione adeguata.

Nella nostra azienda, siamo partiti a settembre con una giornata definita « d'inizio della stagione della formazione», cui a partecipato Silvestro e 480 infermieri.

Si sta continuando adesso con la formazione capillare di gruppi di 25 infermieri, proprio in previsione dell'obiettivo aziendale «passare da un'attività per atti ad un'attività per obiettivi».

Il primo corso è iniziato da poco, non è stato ancora terminato, vedrà la migrazione dei diversi docenti nei diversi presidi, ma abbraccerà tutto il personale coinvolto nei vari dipartimenti.

Credo che l'organizzazione dipartimentale, se inizia senza questo momento, non abbia motivo di esistere e credo sia destinata sicuramente a fallire.

XIX CONGRESSO NAZIONALE ANIARTI

ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE IN AREA CRITICA

15 novembre 2000 - Pomeriggio

OBIETTIVO

Utilizzare criteri di efficacia, efficienza ed ottimizzazione per la messa in comune delle risorse materiali nell'ambito di un dipartimento.

Moderatore: *Pierangelo Spada*

RELAZIONI

- Efficacia, efficienza ed ottimizzazione della messa in comune delle risorse materiali e tecnologiche nell'ambito del dipartimento;
- Omogeneità delle apparecchiature ad alta componente tecnologica e dei presidi sanitari nell'ambito dell'UU.OO. Dipartimentali: punti di forza e di debolezza secondo gli infermieri e secondo le diverse aziende produttrici.

Mario Castagna - IPAFD
Biglieri-Traverso - IP

De Benetti Valeggia - Medica Valeggia
Claudia Ghedini - Dar-Mallinckrodt
Alberto Castelli - Agilent
Stefano Donatacci - Abbott

DIBATTITO

INTRODUZIONE

E. DRIGO
Presidente Aniarti

Obiettivo di questa sessione pomeridiana è:
utilizzare i criteri di efficacia, efficienza ed ottimizzazione per la messa in comune delle risorse materiali nell'ambito del dipartimento di area critica.

Affronteremo il tema della scelta e dell'utilizzo delle risorse materiali nell'organizzazione dipartimentale, che riveste notevole importanza nell'attività infermieristica nelle strutture dell'area critica.

Le competenze infermieristiche si sono molto modificate nel recente passato; sicuramente si modificheranno ancora all'interno di un'organizzazione dipartimentale, nuova per il Servizio sanitario nazionale rispetto ad un'organizzazione di unità operative.

Necessariamente dovranno essere modificate le modalità di approccio all'organizzazione e le modalità con le quali si guarda alle attrezzature ed ai presidi utilizzati per l'assistenza.

Uno dei primi e principali problemi che si pongono è la presa di decisione per l'acquisizione di attrezzature e presidi. Questa decisione dovrà essere presa non più da una persona, ma dovrà essere presa da più professionisti sulla base della condivisione di quelle che sono le esigenze e le risposte che il dipartimento deve riuscire a dare all'interno dell'azienda sanitaria.

Basta riflettere sulle implicanze economiche oltre che di correttezza scientifica, per comprendere la rilevanza di questi argomenti.

Due infermieri ci presenteranno l'ottica della professione sull'argomento dell'utilizzo delle risorse nel nuovo contesto dipartimentale.

Ed avremo di seguito il punto di vista di quattro aziende produttrici di attrezzature e presidi, per iniziare un dialogo e comprendere su quali basi queste stanno approntando le strategie di approccio ad un'organizzazione che avrà sempre meno riferimenti nelle unità operative e sempre di più nei dipartimenti.

Vogliamo porre con molta chiarezza questa tematica all'interno degli argomenti congressuali, con la finalità di aiutare ad intravedere e leggere gli sviluppi possibili delle competenze infermieristiche anche in questa direzione.

Saper valutare in modo sistematico e scegliere su basi di evidenza attrezzature e presidi per l'assistenza deve diventare una costante delle competenze infermieristiche. Questo, ancora, deve inserirsi in un'ottica organizzativa che è nuova rispetto al passato.

Dobbiamo inoltre vincere la diffusa convinzione che gli infermieri siano esclusi per principio dalla scelta delle attrezzature ad elevata tecnologia.

Stamattina, nella presentazione degli sviluppi ipotizzabili, ma molto realistici della professione infermieristica, sono stati offerti molti spunti di riflessione che evidenziano il nostro nuovo ruolo nel campo della gestione della realtà sanitaria.

Le prospettive si dilatano, sono forse più indefinite rispetto al passato, saranno implicati in queste scelte sempre meno solo i medici mentre dovranno essere necessariamente resi corresponsabili più professionisti.

Questa è la logica di fondo dell'impostazione dipartimentale.

Il dibattito che seguirà, ci servirà a chiarire alcuni possibili problemi nelle relazioni con le aziende. È necessario che sviluppiamo nuove capacità di affrontare in tempi rapidi questi temi perché già fanno parte della nostra responsabilità e del nostro lavoro di oggi.

efficacia, efficienza ed ottimizzazione nella messa in comune delle risorse materiali e tecnologiche nell'ambito dipartimentale.

EFFICACIA, EFFICIENZA ED OTTIMIZZAZIONE NELLA MESSA IN COMUNE DELLE RISORSE MATERIALI E TECNOLOGICHE NELL'AMBITO DEL DIPARTIMENTO

I.P. A.F.D. M. CASTAGNA
Caposala del Blocco Operatorio Ospedale S. Leopoldo Mandic - Merate (LC)

Introduzione

L'istituzione dei dipartimenti propone agli operatori sanitari un modello organizzativo diverso da quello che siamo abituati ad applicare. Esso è volto da un lato a fornire una risposta assistenziale più integrata, dall'altro a promuovere una migliore distribuzione delle risorse umane e materiali.

Il modello di gestione del dipartimento fonda le sue basi sulla collaborazione tra le unità operative che lo compongono. Su questa base si costruisce l'erogazione di un'assistenza più ampia, che possa soddisfare le varie richieste dell'utenza più velocemente e con completezza. Ma soprattutto su questa base si fonda tutto il processo di razionalizzazione e ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e materiali affidate al dipartimento.

Ciò solleva tutta una serie di problemi tra essi concatenati.

Razionalizzazione e ottimizzazione delle risorse umane significa spesso attivare la mobilità del personale all'interno delle unità dipartimentali: uno dei maggiori ostacoli all'applicazione della mobilità, è rappresentato dall'interazione che il personale deve avere con le apparecchiature ed i presidi che trova in un'unità diversa da quella dove abitualmente lavora, soprattutto quando si parla di unità operative ad alta tecnologia.

Razionalizzazione e ottimizzazione delle risorse significa una loro gestione attenta, che da un lato permetta al dipartimento e quindi anche a tutte le unità operative che lo compongono, di poter perseguire i propri obiettivi assistenziali (purché preventivamente dichiarati) e poter avere dotazioni adeguate, dall'altro che produca un'analisi, in termini di costi-benefici, delle acquisizioni da effettuare, nell'ottica di una oculata gestione della spesa: termini come «ammortamento di un'apparecchiatura», «sostituzione di apparecchiature obsolete» o «esecuzione di una corretta manutenzione» devono ancora acquisire il giusto spazio nella mentalità amministrativa delle strutture sanitarie; nella gestione dipartimentale essi possono essere opportunamente recuperati e collocati.

In questo contesto si inseriscono gli obiettivi previsti dalla certificazione ISO 9000 (Legge Regione Lombardia 11 luglio 1997, n. 31) in materia di impianti ed apparecchiature. Essi, al fine di assicurare un'adeguata garanzia di qualità, fissano un preciso flusso di attività e di controlli volti ad ottenere quanto segue:

- adeguata identificazione degli strumenti e degli impianti;

– controllo, manutenzione e taratura periodica (se necessaria) delle apparecchiature e degli impianti per garantirne il corretto funzionamento.

– segnalazione e sospensione dell'utilizzo di impianti e strumenti che non funzionano correttamente;

– esecuzione delle operazioni di taratura, manutenzione e controllo da parte di personale competente ed addestrato o da fornitori qualificati;

È importante che anche gli infermieri prendano coscienza di questa realtà, con la quale dovranno convivere, e da essa siano capaci di estrapolare quanto c'è di positivo, promuovendosi protagonisti attivi sia del processo di istituzione dei dipartimenti che della loro gestione.

Criteri generali

Il primo passo da effettuare per poter procedere ad una corretta gestione delle risorse materiali consiste nel verificare che sussistano alcune condizioni di base:

• l'effettiva omogeneità delle unità operative che costituiscono il dipartimento. È pur vero, ed è già stato accennato più volte, che il dipartimento è per definizione un'aggregazione di unità operative tra loro omogenee. Ma nella pratica si assiste alla formazione degli insiemi più disparati (nel nostro ospedale, per esempio, è stato istituito un «dipartimento chirurgico» composto da: Chirurgia generale 1, Chirurgia generale 2, Ortopedia, Otorinolaringoiatria, Oculistica, Rianimazione, Blocco operatorio), dove l'omogeneità, per esempio, tra oculistica e ortopedia, suscita qualche perplessità. È abbastanza intuitivo che maggiore è l'affinità fra i reparti aggregati, maggiori saranno le possibilità e le occasioni di collaborazione fra gli stessi, maggiori saranno le apparecchiature che potranno essere gestite assieme e con esse le procedure comuni;

• chiarezza negli obiettivi da perseguire.

Obiettivi vaghi o troppo pretenziosi o troppo diluiti nel tempo conducono spesso solo alla dispersione delle idee e delle forze e raramente si concretizzano.

Invece obiettivi chiari, supportati da scadenze temporali ben ponderate e definite, permettono stendere piani di gestione dei presidi e delle risorse tecnologiche precisi, mirati e opportunamente diluiti nel tempo.

• Disponibilità alla collaborazione da parte dei responsabili delle unità operative.

Definire i dipartimenti e nominarne i responsabili non obbliga nessuno alla collaborazione, se con questo termine intendiamo la fattiva disponibilità ad interagire nella costruzione del dipartimento, anzi, a volte assistiamo alla nascita di moti di invidia e ostilità.

Ma per poter gestire con efficacia ed efficienza la realtà del dipartimento è determinante la collaborazione di tutte le sue componenti. Ed è ancor più indispensabile la disponibilità dei responsabili infermieristici e medici delle singole unità operative alla definizione, prima, ed al perseguimento, poi, degli obiettivi

comuni. Non è pensabile, o comunque è estremamente difficile, attuare una gestione comune delle risorse quando le figure che la devono attuare sono fra loro in ostile competizione. In tale situazione tutta l'attività dipartimentale si complica, dalla definizione degli obiettivi, all'utilizzo degli spazi e alla gestione delle risorse umane e materiali.

Gestione delle risorse – criteri di efficacia

Proponiamo ora alcuni criteri procedurali che consentono di gestire al meglio le risorse materiali e tecnologiche del dipartimento. Distinguiamo questi criteri in criteri di efficacia ed in criteri di efficienza.

Scopo dei criteri di efficacia è quello di definire e ottenere, per tutte le unità operative che costituiscono un dipartimento, risorse comuni adeguate, per quantità e qualità, tali da permettere il perseguimento degli obiettivi preposti.

Il primo passo (tab. 1) consiste nell'individuare nelle singole unità operative i presidi e le apparecchiature che possono essere oggetto della gestione comune; in pratica le risorse vengono suddivise in due aree:

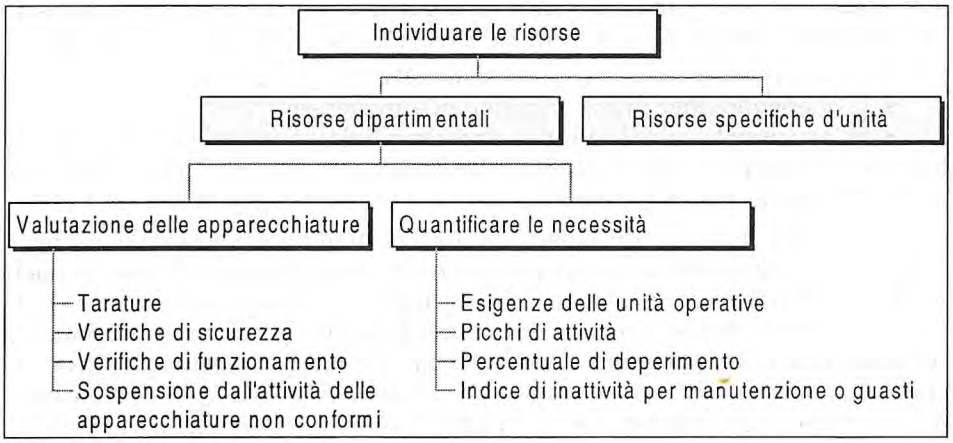
(*a*) Le risorse dipartimentali.

(*b*) Le risorse specifiche per ogni unità operativa.

È intuitivo che non tutte le risorse e le apparecchiature possono essere considerate oggetto della gestione dipartimentale; ogni unità operativa, ricca della propria specificità, ha esigenze non comuni alle altre realtà del gruppo, la cui gestione deve rimanere, necessariamente, di pertinenza dell'unità stessa.

L'importanza di tale distinzione è determinante e costituisce una fase delicata dell'intero processo: pretendere di gestire a livello comune presidi specifici di una unità operativa può diminuirne le potenzialità; viceversa togliere alla gestione comune risorse che possono esserne oggetto priva il dipartimento dei benefici che tale gestione comporta.

Tab. 1



Una volta definite le risorse da gestire, occorre operare un'attenta valutazione delle loro caratteristiche in base alle esigenze delle singole realtà operative ed al loro effettivo stato. Si tratta cioè di decidere se le risorse esistenti sono in grado, dal punto di vista qualitativo, di soddisfare i bisogni del dipartimento, valutandone l'età, lo stato di usura e di manutenzione, la corrispondenza alle normative vigenti. In ottemperanza alle indicazioni della certificazione ISO 9000 occorre cioè identificare le apparecchiature, effettuare le opportune tarature, le verifiche di sicurezza e di funzionamento, sospendendo l'utilizzo di quelle che non sono conformi.

Il bisogno di risorse del dipartimento deve poi essere quantificato. Il numero risultante deve essere oggetto di un attento calcolo: occorre considerare le esigenze delle singole unità operative, i loro picchi di attività, la percentuale di deperimento delle apparecchiature, gli eventuali periodi di inattività per la manutenzione, l'indice di inattività per i guasti. Da questo calcolo scaturisce il numero di risorse sufficiente al funzionamento dell'intero dipartimento, in base al quale dovranno essere programmate le nuove acquisizioni, stilando una lista di priorità, in relazione all'importanza ed all'urgenza degli obiettivi da perseguire e, ovviamente alle risorse economiche che il dipartimento dispone.

Gestione delle risorse – criteri di efficienza

Ma la corretta gestione delle risorse dipartimentali si attua anche applicando alcuni criteri di efficienza, il cui obiettivo è di ottenere il massimo dei risultati con il minimo delle risorse.

Una volta identificate e ottenute le risorse dipartimentali, occorre procedere alla loro distribuzione nelle unità operative. Essa deve avvenire in modo mirato e dinamico, valutando i momenti di maggiore e minore attività di ogni unità operativa, attivando un attento interscambio.

La certificazione ISO 9000 prevede la stesura di protocolli operativi per il funzionamento delle apparecchiature. La gestione dipartimentale ne permette una unica stesura, per tutte le unità del dipartimento, con notevoli vantaggi:

- si ha un risparmio di tempo e forze nella loro stesura;
- si ottengono linee di comportamento omogenee;
- si favorisce la mobilità intra-dipartimentale del personale, il quale, nel passare da un'unità all'altra, risulta avvantaggiato dalla conoscenza che ha dei protocolli e delle procedure comuni.

Il controllo delle apparecchiature e degli impianti è affidato, dalle norme di certificazione ISO 9000, alla responsabilità dell'Ufficio Tecnico, il quale ha anche il compito di stilare un programma di controllo e di manutenzione delle stesse. Le stesse norme identificano però anche un «Referente per le apparecchiature di reparto», al quale spetta il compito di verificare che venga attuata la loro corretta gestione; questa compito viene spesso svolto da un caposala o da un infermiere. Ad esso viene anche affidata la responsabilità dell'aggiornamento di un database

su cui vengono registrati gli interventi tecnici effettuati dal personale addetto alla manutenzione sulla strumentazione.

Gli stessi presidi monouso possono essere sottoposti ad una gestione dipartimentale, seguendo le stesse regole dettate per le apparecchiature; ciò permette di ottenere un migliore controllo delle giacenze e delle scadenze, diminuendo gli sprechi (per esempio sono ancora troppi i presidi monouso che vengono buttati o risterilizzati perché scaduti, anche se ciò non sarebbe consentito) e facilita la copertura delle esigenze in caso di sempre possibili ritardi nelle consegne o di dimenticanze negli approvvigionamenti.

Conclusioni

Concludendo, il dipartimento ha le potenzialità per poter apportare un miglioramento nel quadro generale della sanità. In particolare per quanto concerne le apparecchiature ed i presidi in genere esso apre nuovi scenari che possono condurre ad una gestione più oculata e più responsabile rispetto a quella che siamo stati fino ad ora abituati a vedere e, spesso, a sopportare. La formulazione degli obiettivi, la definizione delle condizioni necessarie per il loro raggiungimento e la gestione comune delle apparecchiature sono una parte importante e consistente di questo processo.

La gestione dipartimentale supportata dalle ISO 9000, costituisce un'importante occasione per il raggiungimento di un miglioramento delle condizioni lavorative a beneficio degli operatori e dei pazienti. Di questo processo innovativo gli infermieri devono esserne informati per poterne divenire parte attiva, essendone una componente determinante. Ancor più sono chiamati a parteciparvi gli infermieri d'area critica per i quali la tecnologia è pane quotidiano e per i quali è di vitale interesse avere la disponibilità di apparecchiature e presidi adeguati e in numero sufficiente.

Bibliografia

Il Dipartimento nel Servizio Sanitario Nazionale
FABRIZIO MASTRILLI, ARISTIDE PAOI, PAOLO CARINOI, ANDREA ALESINI, GIOVANNI SIMONETTI
I documenti di Panorama della Sanità n. 7/96.
Manuale delle procedure – Sistema di gestione della Qualità
Controllo delle apparecchiature
Azienda Ospedaliera di Lecco
Legge Regione Lombardia 11 luglio 1997, n. 31.

EFFICACIA, EFFICIENZA ED OTTIMIZZAZIONE NELLA MESSA IN COMUNE DELLE RISORSE MATERIALI E TECNOLOGICHE NELL'AMBITO DEL DIPARTIMENTO

I.P. A.F.D. F. TRAVERSO [1], D.D.S.I. A. BIGLIERI [2]
[1] Capo sala U.O. Rianimazione e Terapia Intensiva
[2] U.O. Personale Sanitario Assistenziale E.O. Ospedali Galliera - Genova

L'attività dipartimentale dovrebbe perseguire un utilizzazione ottimale degli spazi assistenziali, del personale e delle apparecchiature studiando l' applicazione e la verifica di sistemi (linee guida, protocolli, ecc) per conferire omogeneità alle procedure organizzative, assistenziali e di utilizzo di presidi e risorse tecnologiche.

Occorre riconoscere che si è ancora lontani dalla logica e da una effettiva realizzazione strutturale di tipo dipartimentale, tuttavia è possibile immaginare quali possano essere i vantaggi derivanti dal modello, cosi' come le difficoltà che rallentano tale processo di cambiamento.

Nel DEA la componente strumentale e tecnologica rappresenta un elemento caratterizzante e ad alta rilevanza economica, siamo quindi dell'opinione che l'interesse per questo aspetto unito alla prospettiva della realizzazione della contabilità per centri di costo aumenterà l'attenzione legata alla consistenza degli investimenti.

Ciò che si intende con il termine «omogeneità» in questo contesto potrebbe essere la possibilità di ottenere lo stesso tipo di presidio/apparecchiatura per tutte le U.U.O.O. costituenti il dipartimento.

Omogeneità comporta la possibilità che tutti gli operatori siano in grado di agire con tecnologie e presidi conosciuti per garantire qualità assistenziale,

Essere dipartimento non significa perdere identità come U.O. ma una integrazione nella logica e nella filosofia sottesa al modello organizzativo: ciò significa per esempio imparare a considerare la globalità delle esigenze dell'utente e quindi non creare percorsi tortuosi all'interno delle strutture perché nel tale reparto viene utilizzato un ecografo più moderno ma permettere (e mettersi nelle condizioni strutturali) che quell'apparecchio venga usato da più specialisti.

Dal punto di vista gestionale infermieristico questo comporta indubbiamente alcuni vantaggi così come aspetti meno positivi che cercheremo di affrontare (seppur schematicamente) come punti di forza e di debolezza.

Punti di forza:

- Viene facilitata la conoscenza approfondita delle apparecchiature/dei presidi e si abbrevia il tempo di apprendimento da parte degli operatori.

La standardizzazione delle apparecchiature porta ad una conoscenza condivisa dagli operatori.

Il modello dipartimentale favorirebbe la formazione di piccoli gruppi composti da infermieri provenienti dalle diverse unità operative per effettuare Il training iniziale normalmente fornito dalla ditta: ciò consentirebbe di migliorare l'interscambio tra gli infermieri stessi ma anche di programmare verifiche successive confrontando le diverse esperienze di utilizzo sul campo e quindi stabilire altri incontri se ritenuti necessari.

- Viene favorito il migliore utilizzo delle apparecchiature/dei presidi e quindi i migliori risultati in rapporto alle funzioni specifiche delle apparecchiature dei presidi stessi.

L'uso continuato dello stesso modello consente la conoscenza approfondita di caratteristiche, pregi e difetti dell'oggetto, e quindi la valutazione delle potenzialità e dei risultati della prestazione in rapporto al presidio/apparecchiatura utilizzato.

La formulazione di protocolli gestionali permetterebbero di sfruttare al meglio le potenzialità dell'apparecchiatura e di conseguenza il miglioramento della qualità assistenziale.

- È più semplice sostituire un'apparecchiatura/presidi o una loro parte quando sono inutilizzabili

I casi più frequenti si presentano nel momento in cui all'interno di ogni unità operativa si presenta la necessità di avere un presidio o un 'apparecchiatura in più' rispetto alla dotazione oppure quando è necessaria la sostituzione: questa avverrà senz'altro più agevolmente richiedendola in via provvisoria ad un'altra unità operativa componente il dipartimento poiché si utilizza lo stesso modello.

- Viene facilitato il riferimento ai tecnici/aziende di produzione in caso di manutenzione o soluzione degli eventuali problemi

Le segnalazioni relative alla manutenzione e all'approvigionamento sono in carico al gruppo infermieristico che ha come referente un'unica o un numero limitato di ditte, per cui ritardi o complicazioni nel sistema di fornitura e riparazione che potrebbero provocare problemi all'intervento assistenziale e disagi (a volte anche gravi) all'utenza, verrebbero risolti in modo tempestivo.

- L'omogeneità delle apparecchiature permette una contrattazione vantaggiosa sia in termini di acquisto sia in termini di manutenzione dell'apparecchiatura stessa

L'acquisto dalla stessa ditta consente all'azienda di risparmiare sulla spesa, ma anche di contrattare sulla fornitura degli accessori, sulle modalità di manutenzione con margini sicuramente più ampi e flessibili.

Punti di debolezza

- Le funzioni disponibili sono legate esclusivamente a quelle garantite dalle attrezzature stesse senza possibilità di altre funzioni, quando fossero necessarie
- Viene meno stimolata la creatività degli operatori nella ricerca delle apparecchiature e dei presidi che meglio rispondono alle esigenze anche variabili dei malati.

• Ridotta la propensione degli operatori per la ricerca delle migliori / diverse alternative ai problemi.

L'utilizzo per un tempo prolungato di un presidio/ apparecchio può in un certo senso abituare l'operatore e legarlo esclusivamente alle funzioni principali. E' più facile assistere ad un sottoutilizzo degli apparecchi che non alla loro applicazione in piena potenzialità. In quest'ottica l'omogeneità non aiuta l'operatore a sviluppare capacità di confronto e valutazione ma neanche induce a cercare questo confronto con l'utenza. Il rischio che si corre è che ciò che si possiede venga ritenuta l'unica possibile risorsa disponibile.

• Aumenta il rischio di investire molto solo su caratteristiche/tecnologie che possono rivelarsi in breve tempo superate.

Per ciò che concerne i presidi e le attrezzature di stretto interesse assistenziale esistono gruppi di infermieri, organizzati in commissioni, che predispongono schede di valutazione per testare i prodotti ottimizzando così gli acquisti.

Mentre sui presidi esiste una certa autonomia ben più complesso si presenta il discorso riguardante la tecnologia: l'acquisto risponde ad una logica spesso di convenienza economica (non sempre legata alla qualità), oppure paradossalmente l'inverso, costi elevatissimi non giustificati né da un'effettiva necessità né da un'adeguato e completo utilizzo ma solo perché rappresenta «il meglio del momento». O ancora logiche di potere e vincoli commerciali non sostenuti da una valutazione di appropriatezza, superficialità nella specifica domanda-risposta di prestazione a cui segue un acquisto non pertinente.

IL Comitato di Dipartimento tra le sue funzioni prevede la programmazione dei fabbisogni di risorse strumentali, valutandone le priorità, la gestione delle attrezzature, dei presidi e delle risorse economiche assegnate all'area dipartimentale.

A nostro parere, l'affidamento del compito di gestione al comitato di dipartimento non favorisce il criterio dell'omogeneità o perlomeno non dal punto di vista infermieristico visto che la componente stessa professionale è limitata al responsabile di gestione del personale non laureato chiamato a partecipare alle riunioni su invito a seconda della specificità delle tematiche affrontate.

Occorre sperare che la tematica dell'acquisto dei presidi e delle attrezzature sia ritenuta sufficientemente specifica per ottenere l'invito.

La lettura che se ne trae è che ancora una volta si presenta il rischio di esclusione della professione in ambito decisionale nell'ambito di competenze specifiche, per fa sì che vengano mantenuti poteri già consolidati.

Gli infermieri hanno acquisito e acquisiranno sempre più competenze e sono e saranno pronti ad assumersi la responsabilità delle scelte che si compiono in merito al sistema dipartimentale anche in questo ambito.

Bibliografia

AA.VV., *Il dipartimento nel Servizio Sanitario Nazionale-I documenti di Panorama della Sanità* n. 7/96.

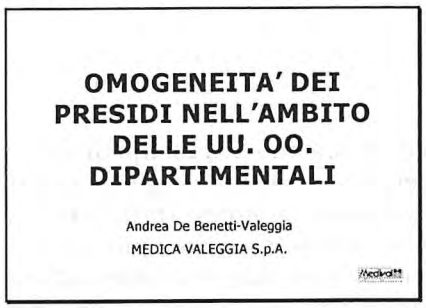
SNAIDERO, D., *Dimostrare la rilevanza del controllo di gestione nell'organizzazione dell'attività infermieristica all'interno di un dipartimento ospedaliero.*
Relazione di tirocinio professionale, Scuola diretta ai fini speciali di dirigenti e docenti di scienze infermieristiche, Università degli Studi di Genova, A.A. 1997/98.

Si ringrazia per la collaborazione il Sig. Verbanaz, perito dell'Ufficio Tecnico dell'E.O. Ospedali Galliera.

OMOGENEITÀ DEI PRESIDI NELL'AMBITO DELLE UU.OO. DIPARTIMENTALI

A. DE BENETTI
Medica Valeggia S.p.A.

Diapositiva 1



Vorrei iniziare il mio intervento con una constatazione che potrebbe sembrare banale ma che rappresenta, a mio avviso, un importante principio quando si parla di presidi.

Diapositiva 2

Il prodotto non nasce come semplice frutto di una geniale intuizione/invenzione di qualche fabbricante, ma è sempre il risultato di una *esigenza,* cioè della necessità di risolvere una determinata problematica e/o soddisfare un certo bisogno. Avviene, quindi, che sia il prodotto a «seguire» l'esigenza per soddisfarla e non viceversa.

Diapositiva 3

In alcuni casi, le esigenze sono comuni ad un elevato numero di persone. In ambito ospedaliero, per esempio, l'esigenza di proteggere le mani degli operatori quando sono a contatto con i pazienti è senza dubbio un'esigenza comune.

Diapositiva 4

Questa esigenza comune verrà, quindi, soddisfatta in modo appropriato con l'utilizzo di un prodotto standard; nel caso considerato, potranno essere utilizzati dei guanti non sterili latex-free, adatti a coprire la maggior parte delle necessità.

Diapositiva 5

In altri casi esistono diversi tipi di necessità e per una medesima esigenza comune che potremo chiamare «primaria», ce sono una serie di ulteriori e più particolari. Per fare un esempio esterno all'ambito ospedaliero, consideriamo un'automobile; la necessità primaria è quella di spostarsi da un luogo ad un altro con una relativa rapidità e, preferibilmente, al riparo dalle intemperie. È chiaro, però, che a fianco di questa esigenza di base ve ne saranno altre legate alle caratteristiche e alle abitudini di chi utilizza l'automobile: se si tratta di una persona sola che effettua spostamenti esclusivamente urbani, le necessità saranno senz'altro diverse dal caso in cui si tratti invece di una famiglia con 5 figli o, ancora, di una persona che per lavoro effettua lunghi spostamenti. Non è senz'altro possibile soddisfare le aspettative legate alle caratteristiche di queste diverse persone con un prodotto unico; sarà quindi importante poter proporre prodotti diversi per ciascuno di quei casi. Ecco perché esistono molteplici modelli di automobili, anche prodotte dallo stesso fabbricante. Trasferiamo questo esempio nell'ambito del nostro settore e consideriamo i cateteri venosi centrali con metodo Seldinger.

Diapositiva 6

Possiamo facilmente constatare che i fabbricanti di cateteri si sono trovati di fronte una diversità di esigenze, dovute alle diverse patologie per le quali il dispositivo è utilizzato e anche alle diverse scuole relative alle metodiche di utilizzo. Perciò hanno sviluppato una notevole quantità di modelli diversi partendo dallo stesso concetto di dispositivo.

Diapositiva 7

Cercare di rendere omogenei i prodotti nel tentativo di soddisfare esigenze tra loro diverse può in molti casi rivelarsi controproducente: il compromesso tra le diverse necessità porta spesso ad una scarsa soddisfazione e, in condizioni critiche, può comportare disagi e difficoltà che rappresentano un costo anche più elevato dell'eventuale risparmio economico ottenuto all'acquisto.

Diapositiva 8

Potrebbe essere il caso, ad esempio, dei sondini per aspirazione: l'utilizzo del dispositivo è molto elevato ed esteso al dipartimento; ma proprio per questo, il sondino verrà utilizzato su pazienti con patologie, condizioni ed esigenze a volte assai diverse tra loro.

Diapositiva 9

Come effettuare la scelta del dispositivo? Se si utilizzano per tutti i pazienti del dipartimento dei sondini di elevata qualità (e quindi di elevato costo) studiati per soddisfare le esigenze dei pazienti più a rischio, si avrà sicuramente uno spreco di risorse. Se, viceversa, si opterà per l'acquisto di sondini di qualità mediocre (e minore costo) si rischierà di non poter adeguatamente rispondere alle esigenze dei pazienti cri-

tici e poter provocare a lungo andare dei danni il cui costo risulterà superiore al risparmio economico ottenuto.

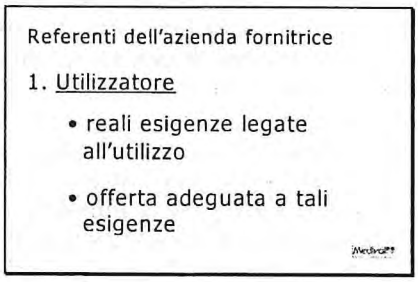
Diapositiva 10

Sarebbe pertanto auspicabile poter disporre di 2 diversi tipi di sondini, una parte di mediocre qualità per il grande consumo, ma anche una quantità, seppur limitata, di sondini di qualità superiore per quei malati particolari che, a causa delle loro condizioni, necessitano di maggior attenzione Quanto detto fin ora può sembrare logico e scontato ma la realtà è spesso diversa.

Diapositiva 11

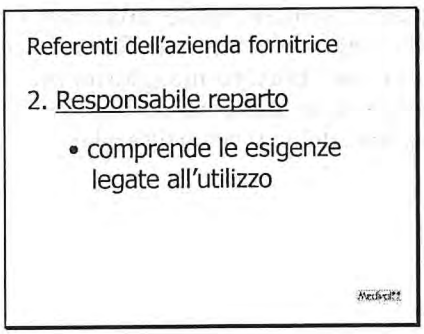
Se consideriamo la situazione attuale, durante il processo di approvvigionamento si aggiungono, infatti, delle altre componenti. Quando un'azienda fornitrice propone un presidio entra in contatto con 3 diversi tipi di referenti:

Diapositiva 12



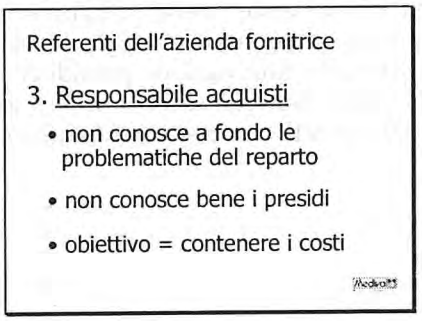
L'utilizzatore che rappresenta il contatto più importante perché permette all'azienda di cogliere le reali esigenze legate all'utilizzo del presidio e quindi adattare l'offerta a ciò di cui il cliente ha effettivamente bisogno

Diapositiva 13



Il responsabile del reparto, che effettua la richiesta all'amministrazione mediante il buono d'ordine e che comprende normalmente l'esigenza degli utilizzatori essendo a sua volta un utilizzatore

Diapositiva 14



Il responsabile della funzione acquisti che: normalmente non conosce a fondo le problematiche di un reparto o dipartimento non conosce bene i presidi e non è sempre in grado di cogliere la differenza che può esistere tra due prodotti che alla vista o per sommaria descrizione risultano molto simili ha come obiettivo primario quello di contenere i costi

Diapositiva 15

Si evidenziano dunque due distinte ottiche, da una parte quella degli utilizzatori che hanno diverse problematiche e pertanto necessitano di svariati prodotti, con caratteristiche diverse anche se simili tra di loro, dall'altra parte quella dei responsabili degli acquisti che tendono ad avere meno fornitori, meno tipologie di prodotti con maggiori quantità per poter ottenere prezzi sempre più bassi Cosa si può fare per favorire un incontro tra questi due diversi approcci?

Diapositiva 16

È necessaria, probabilmente, una maggiore collaborazione tra aziende fornitrici e utilizzatori per portare maggiormente a conoscenza delle funzioni di acquisto le reali esigenze dei vari reparti/servizi

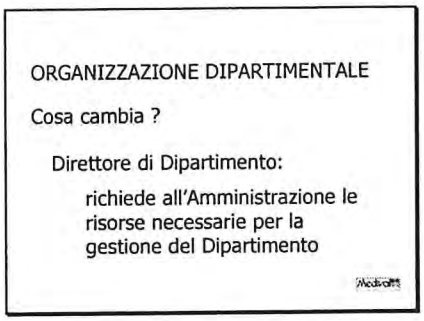
Diapositiva 17

Da parte delle aziende è necessario un impegno per far comprendere meglio le caratteristiche che differenziano presidi che possono essere tra loro simili e lo scopo per cui queste differenze sono state introdotte.

Diapositiva 18

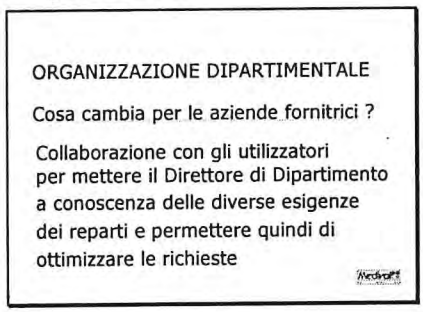
Da parte degli utilizzatori è auspicabile uno sforzo per sensibilizzare maggiormente chi decide l'acquisto sulle differenti esigenze che si riscontrano nei reparti e sulla importanza di una differenziazione degli strumenti utilizzati per soddisfare quelle esigenze.

Diapositiva 19



Quali cambiamenti ci saranno con l'introduzione della struttura organizzativa dipartimentale ? Dal punto di vista organizzativo e gestionale ci sarà la presenza di un Direttore di Dipartimento con il compito di richiedere all'Amministrazione le risorse necessarie per la gestione del Dipartimento.

Diapositiva 20



Cosa cambierà per le aziende fornitrici ? Sarà comunque molto importante per noi capire le esigenze degli utilizzatori e, anche con la loro collaborazione, mettere il Direttore di Dipartimento a conoscenza delle diverse esigenze dei reparti e permettere di ottimizzare le richieste.

Diapositiva 21

L'auspicio è dunque quello che la nuova organizzazione dipartimentale permetta di acquisire risorse omogenee là dove esistono esigenze comuni, ma anche garantisca la disponibilità di risorse differenziate dove le specifiche necessità e problematiche degli utilizzatori lo richiedono

OMOGENEITÀ DELLE APPARECCHIATURE AD ALTA COMPONENTE TECNOLOGICA E DEI PRESIDI SANITARI NELL'AMBITO DELLE UU.OO. DIPARTIMENTALI: PUNTI DI FORZA E DEBOLEZZA

C. GHEDINI
Mallinckrodt

Diapositiva 1

Omogeneità delle apparecchiature ad alta componente tecnologica e dei presidi sanitari nell'ambito delle UU.OO. dipartimentali: punti di forza e debolezza

19° Congresso Nazionale Aniarti
Genova, 15-17 novembre 2000

Dott. Claudia Ghedini
Mallinckrodt Italia

Diapositiva 2

L'organizzazione dipartimentale pone l'azienda fornitrice di apparecchiature e presidi difronte ad esigenze del cliente più articolate e complesse da affrontare e soddisfare

Diapositiva 3

Come interagire con l'organizzazione dipartimentale? Di fronte ad un interlocutore con maggior potere contrattuale derivato da un'organizzazione più complessa, una soluzione vincente per l'azienda fornitrice può essere la disponibilità di una gamma più ampia ed integrata di prodotti

Diapositiva 4

La filosofia Mallinckrodt: fornire tutto ciò che occorre per il paziente che necessita di assistenza respiratoria, dal ventilatore polmonare al tubo endotracheale

Diapositiva 5

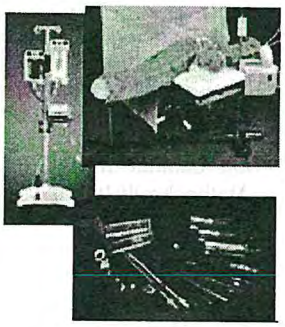
La storia di Mallinckrodt: costruire un'azienda di riferimento nell'anestesia e rianimazione, integrando ditte specializzate in uno specifico campo e sviluppando nuovi prodotti, per rispondere nel modo migliore a tutte le richieste del dipartimento

Diapositiva 6

Mallinckrodt Respiratory:
Tubi endotracheali e cannule tracheostomiche Tracheosoft

1991 Shiley cannule tracheostomiche speciali

1992 Prodotti per la gestione della temperatura corporea del paziente in anestesia e terapia intensiva



Diapositiva 7

1993: DAR Filtri/HME's, circuiti respiratori, maschere per anestesia

1998: Nellcor-Puritan Bennet, monitor e sensori per saturimetria e ventilatori polmonari

2000: Mallinckrodt entra a far parte di Tyco Healthcare

Diapositiva 8

Approvvigionarsi da un unico fornitore può comportare vantaggi per l'organizzazione dipartimentale:

- standardizzazione
- facilità di apprendimento nell'utilizzazione dei prodotti
- assistenza tecnica agevolata
- perfetta integrazione dei prodotti

Diapositiva 9

È necessario però minimizzare i possibili svantaggi: all'interno del dipartimento convivono comunque esigenze diverse. Per essere accreditata come unico fornitore, l'azienda deve necessariamente essere in grado di garantire soluzioni appropriate per esigenze diversificate, mantenendo il giusto grado di flessibilità.

Diapositiva 10

La flessibilità può essere spinta fino alla cosiddetta «customizzazione» del prodotto: ciò significa che il prodotto viene fabbricato secondo le specifiche dettate dal cliente utilizzatore, *ad hoc*. Indubbiamente ciò comporta problemi organizzativi per l'azienda, ma la risoluzione di questi si traduce per il cliente in un servizio esclusivo.

OMOGENEITÀ DELLE APPARECCHIATURE AD ALTA COMPONENTE TECNOLOGICA E DEI PRESIDI SANITARI NELL'AMBITO DELLE UU.OO. DIPARTIMENTALI: PUNTI DI FORZA E DEBOLEZZA

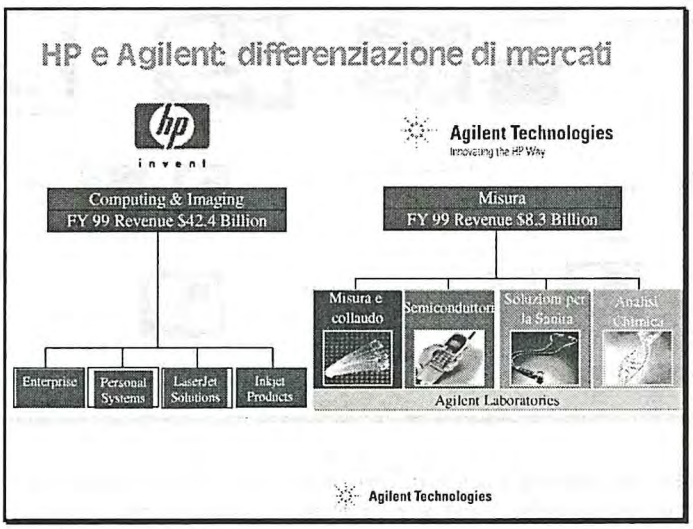
A. CASTELLI
Agilent

Diapositiva 1

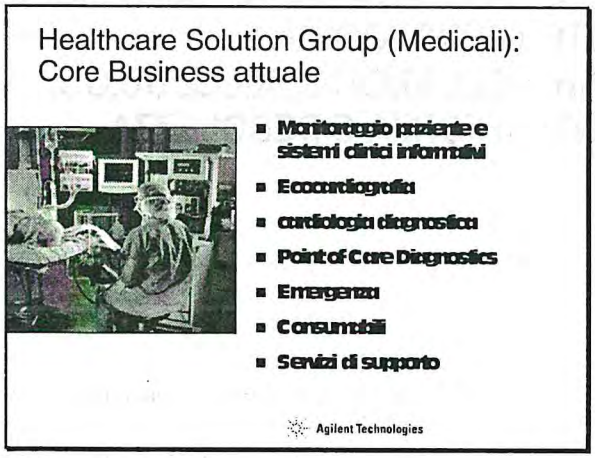
- Agilent Technologies proviene dalla scissione HP avvenuta nel 1999
- Agilent diviene indipendente da HP nel giugno 2000
- Agilent si focalizza nel mercato ad alta crescita tecnologica

This is how the two companies now look.
Hewlett Packard continues to represent *computing and imaging products:* enterprise and personal computers, LaserJet, and InkJet products. Agilent Technologies focuses on *measurement products.* Our groups include test and measu-rement and semiconductor products, which have a large interest in the cellular telephone and other *telecom-munications* businesses. And, of course, the areas we've been discus-sing today, the business of *Life Sciences,* in which includes Health-care Solutions and Che-mical Analysis groups both play a role.

Diapositiva 2

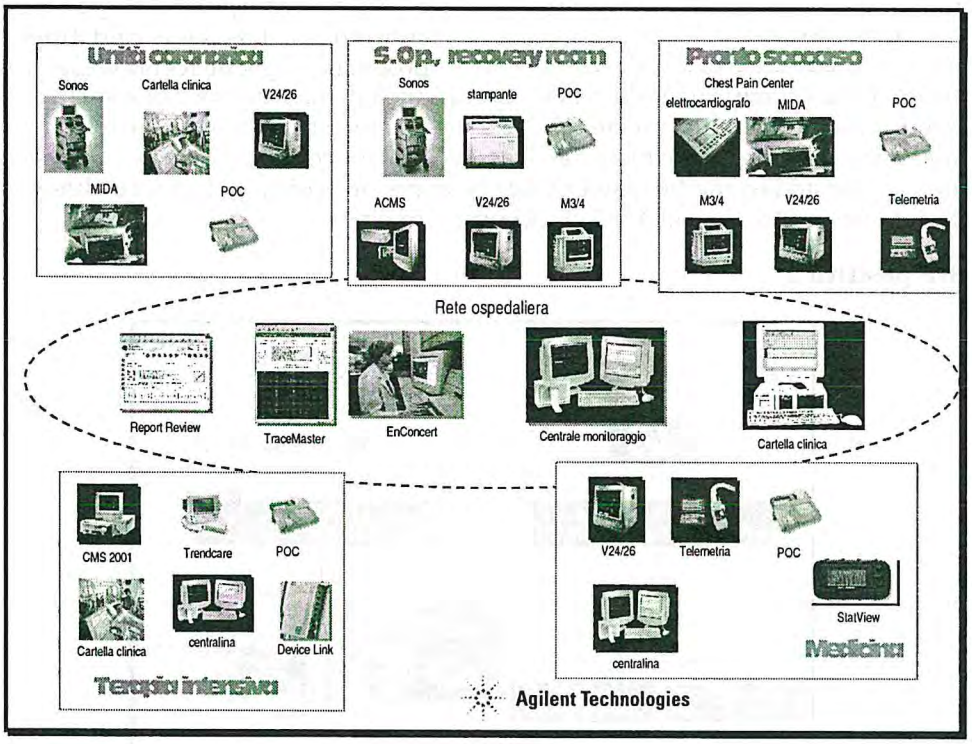


Diapositiva 3



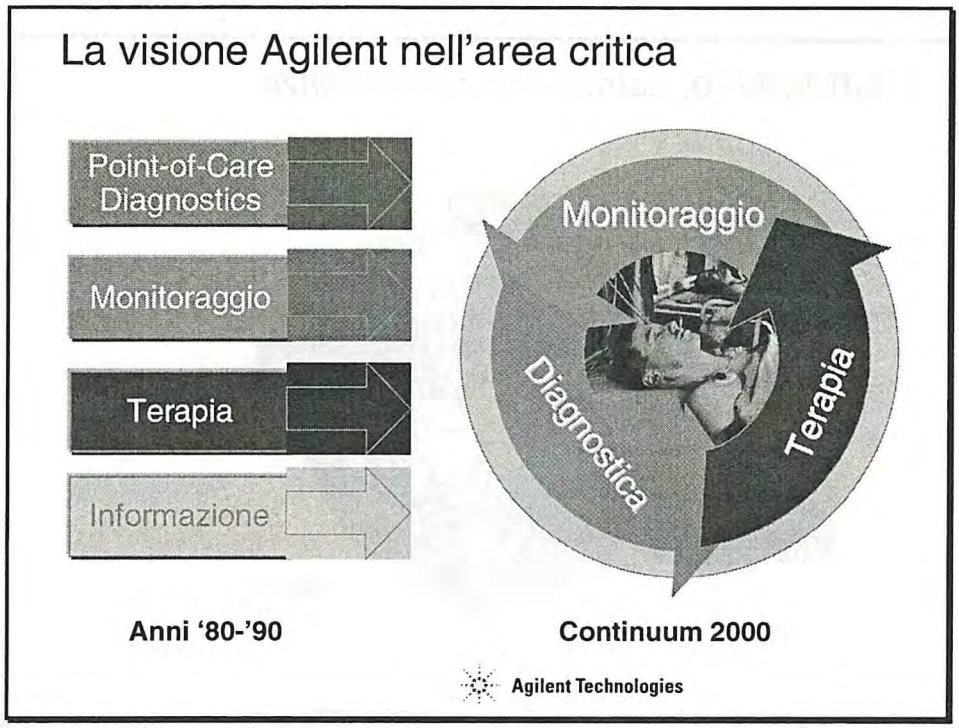
These are our core businesses

Diapositiva 4



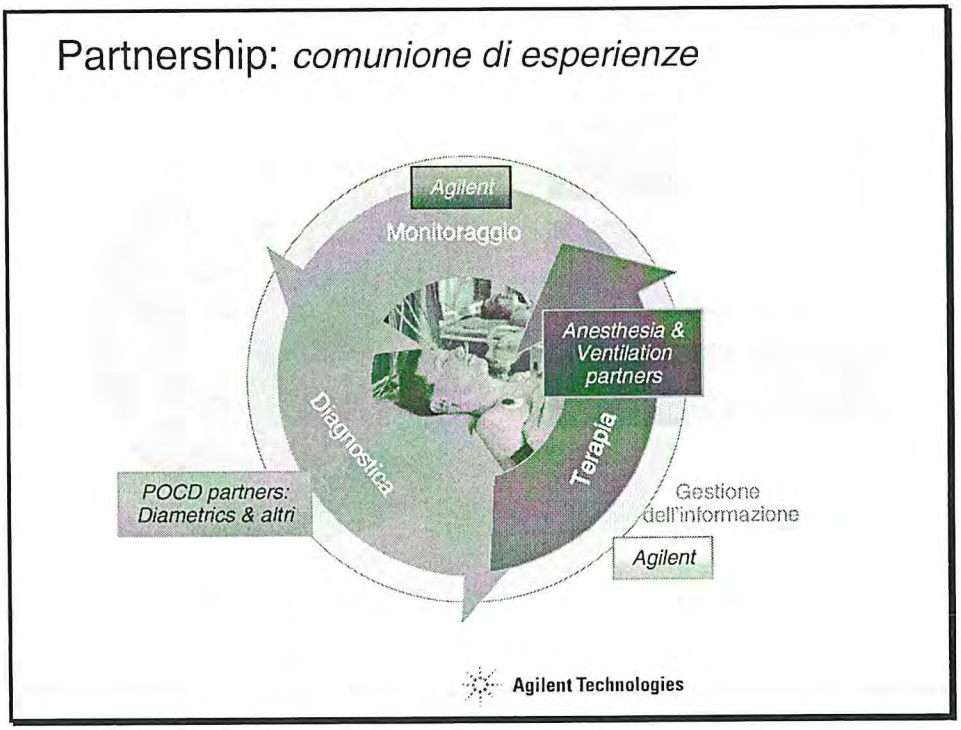
You can take the patient's information with you. This slide shows how HP can meet your needs anywhere in the continuum, from point of crisis to home.

Diapositiva 5



That is where the innovation has been going. In the 80s it was still separated. In the 90s we combined diagnostics and monitoring. But, there's still a piece left in the patient assessment picture. Let's look at how you assess a patient. You do the diagnostic workup, you do a series of tests, you form your hypothesis to come up with a diagnosis. You start the treatment plan, and monitor to see how well the therapy is received. Then 1-2, 5-10, 24 hours later you find out that the patient is not moving in the direction you'd like. So, you re-evaluate your hypothesis. Now you need further diagnostic workup, reinitiate different therapies and continue to monitor. Today's therapies and drugs are so potent you just can't administer these without understan-ding what the effects on the patient is going to be. That's why you're seeing more and more merging of technologies in the in-dustry: pharmaceutical and diagnostics are starting to merge; diagnostics, therapeutics and monitoring are starting to merge. We're doing more and more significant things to patients, so you want to make sure your doing what's most appropriate. That's where the future is going.

Diapositiva 6



(Speaker's notes)
With the products and philosophy of HP Viridia Anesthesia Care in mind, let's look back at the anesthesia/surgery care continuum to see how it all works together. Viridia monitors begin gathering vital patient information even before the patient enters Pre-OP. For example, the new Viridia Patient Care System offers comprehensive patient monitoring and information management to all areas of your healthcare environment – from the OR to the laboratory to the emer-gency department. So once patient data is in the system, it moves with the patient. This means that when an anesthetic professional conducts the Pre-OP interview, he has access to critical patient information.
ORVue Pre-OP then offers a convenient and consistent way to perform the interview and capture that data. ORVue Pre-OP also provides instant access to pre-anesthetic records and speeds the care management process. The result: more efficient patient asses-sment and more accurate and tho-rough documentation, which can re-sult in increased reimbursements.

Diapositiva 7

U.o. target:
- terapia intensiva
- unità coronarica
- sala operatoria
- neonatologia
- pronto soccorso/osservazione

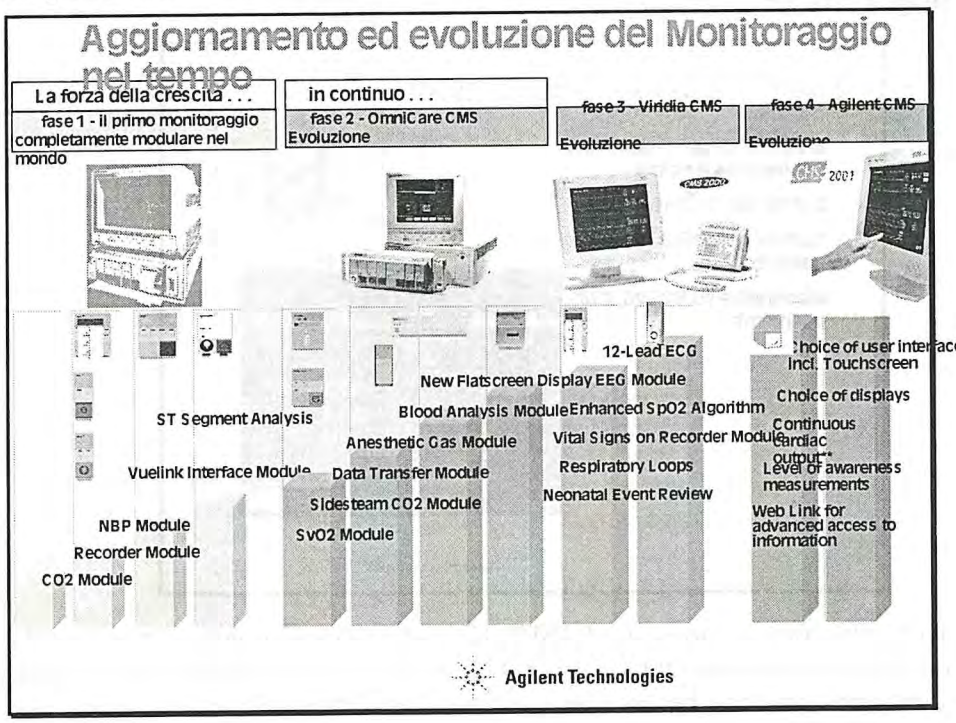
Caratteristiche e aree di differenziazione:
- aggiornamento: evoluzione nel tempo
- personalizzazione e modularità
- integrazione informatica
- diagnostica d'urgenza

Agilent Technologies

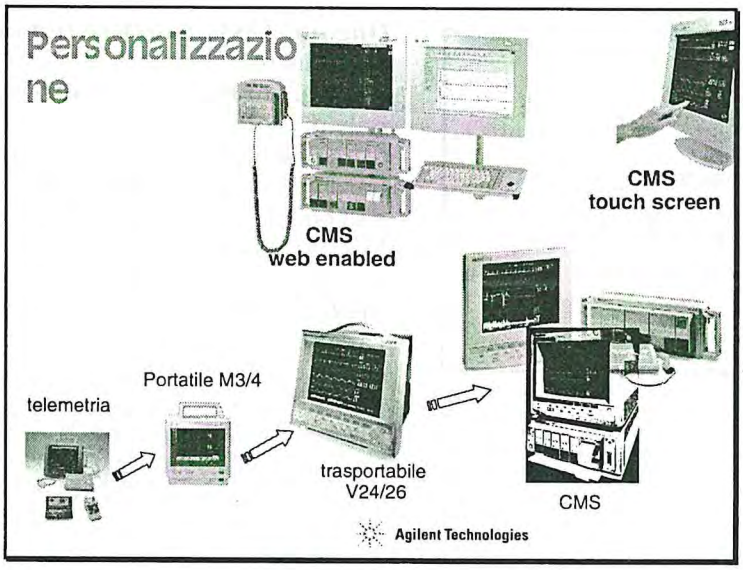
Ongoing Updateability/Component Modularity

The Agilent Patient Monitors are the only modular systems that allow you to readily update your software and hardware to meet changing clinical and business needs. Our «Monitor for Life» philosophy allows you to invest in state-of-the-art technology and protect that investment. As new capabilities become available, you can update your system by adding the new technology or applications. Over the past decade, thousands of Agilent customers around the world have benefited from our «update, don't replace» strategy.

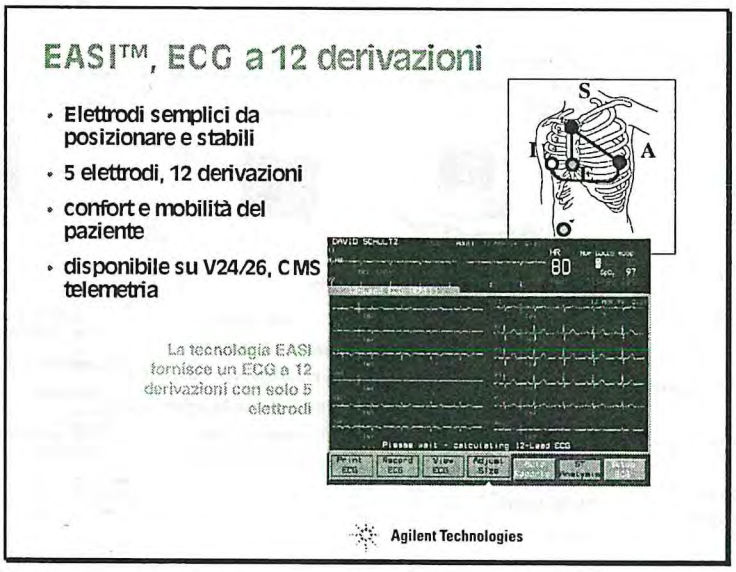
Diapositiva 8



Diapositiva 9



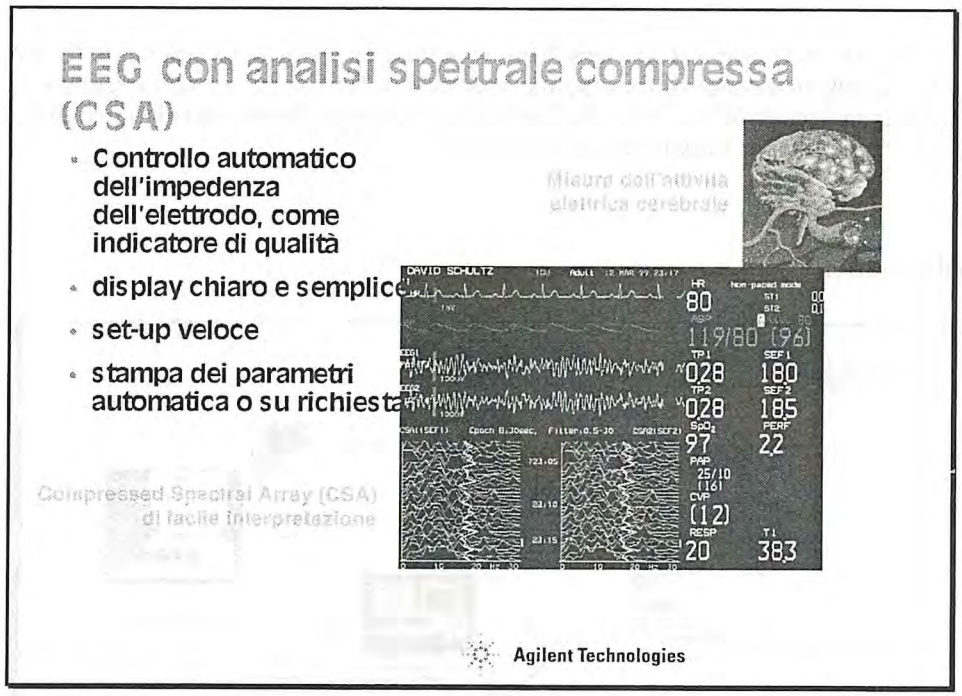
Diapositiva 10



The CMS 2001 features the EASI™ 12-lead ECG technology, a unique ECG monitoring solution that derives a 12-lead ECG from only five easy-to-place electrodes, and can be used as a practical and integral part of patient care.

EASI delivers essential clinical information that can be readily implemented by nurses to provide enhanced patient comfort. The EASI 12-lead solution uses five electrodes and three vectors to derive a 12-lead ECG. The innovative five-lead hook-up utilizes easy-to-find landmarks to improve application compliance and patient comfort. In addition, the EASI lead placement generates smaller amounts of movement artifact than does a 10-electrode lead set. Up to three con-tinuous ECG waveforms can be displayed on the monitor screen along with other monitored parameters, and a 12-lead ECG can be displayed at any time. The system can be configured to print a 12-lead ECG automatically in the event of an alarm and at regularly scheduled intervals.

Diapositiva 11



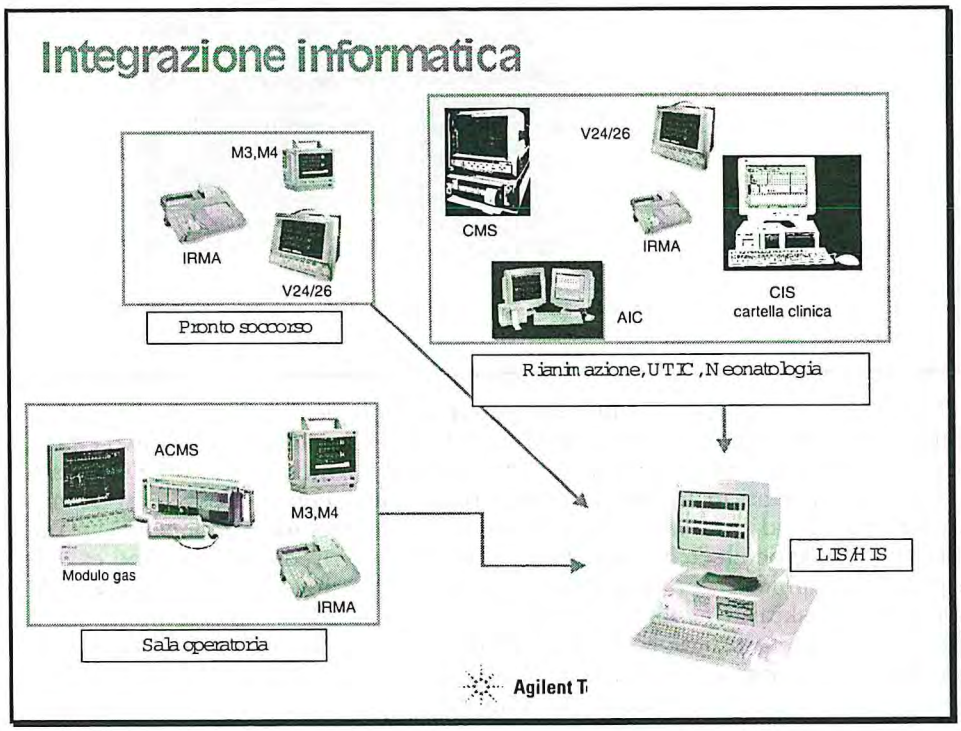
The EEG module enables fully integrated neurological monitoring for critical and cardiac, anesthesia, and neonatal care. The EEG module features two-channel raw wave and Compressed Spectral Array (CSA), which displays EEG data for ease of interpretation, including derived parameters, continuous electrode impedance check, and manual or scheduled report capability to local or central printer. Five user-specific electrode montages can be configured for quick and east set-up, with graphical representations of electrode locations, as well as real-time electrode-to-skin impedance-level indication. The EEG module monitors the patient's cerebral function by measuring the electrical activity of the brain. It produces two channels of EEG real-time waves and calculates eight numerics, two of which can be selected for continuous display, trending, and recording.

(Note to presenters: the points below are to familiarize you with an EEG and may not necessary if speaking to a medical audience) By monitoring the patient's electroence-phalograph (EEG), you are able to:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

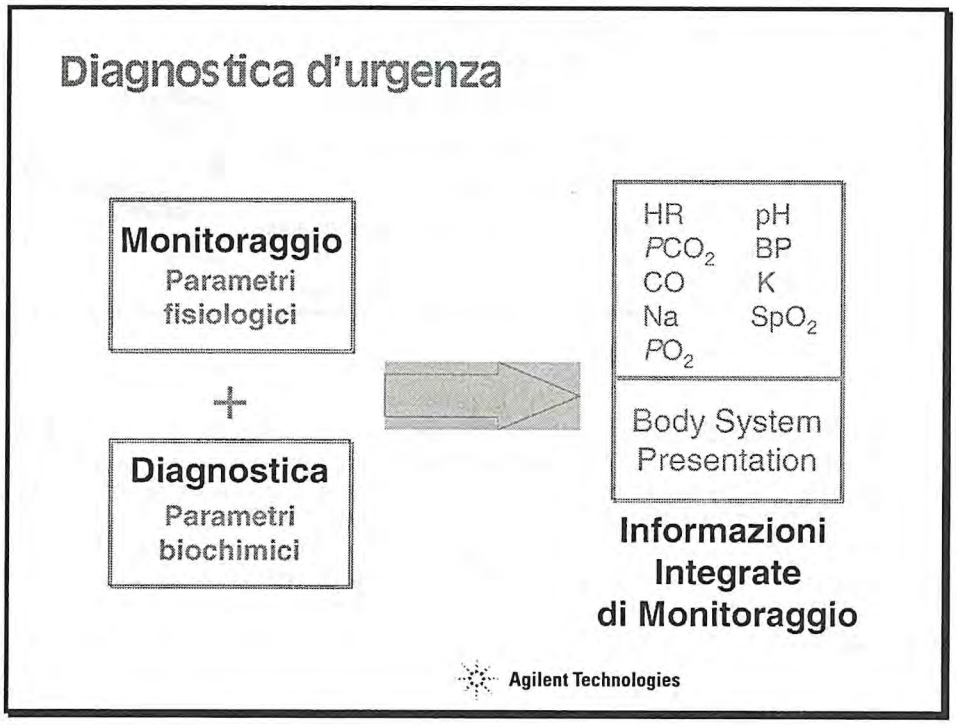
Identify neurological changes Prevent brain damage by early warnings Titrate the appropriate dosage of therapeutic medication Determine coma prognosis or the extent of cerebral insult Synthesize neurological and physiological information Recognize changes in patient consciousness.

Diapositiva 12



I sistemi diagnostici, posizionati nei vari settori del DEA (Terapia intensiva, Pronto soccorso, Sale operatorie) sono interfacciati fra loro in modo che i risultati siano visibili al clinico; I sistemi poi afferiscono via rete locale (LAN) o con Modem al sistema di gestione centralizzato del laboratorio (LIS) e/o ospedaliero (HIS).

Diapositiva 13

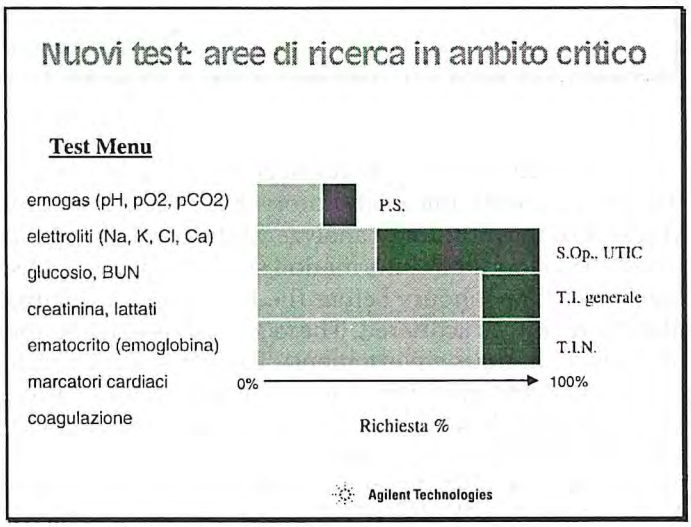


Too often there's a disconnect be-tween the availability of physio-logical information and clinical laboratory data. If you need physio-logical information, you look at the monitor to analyze vital signs, but to get lab information you turn to the LIS (laboratory information system) terminal. In some cases, that means a wait of 1, 2, or 3 hours before the lab work is available. In the mean-time, the clinical team has scattered. These scenarios can't be tolerated in today's quality and cost-conscious environment. To truly lower costs, lower lengths of stay and improve patient outcomes, the integration of these pieces of information need to be closer and closer. The team's to-gether the patient's presenting, you want all the information, right there-right then, right now Hunting for or retrieving information is obsolete. That's what we mean when we say The Power to Know. Now., when we talk about HP's point-of-care diagnostics products.

Diapositiva 14

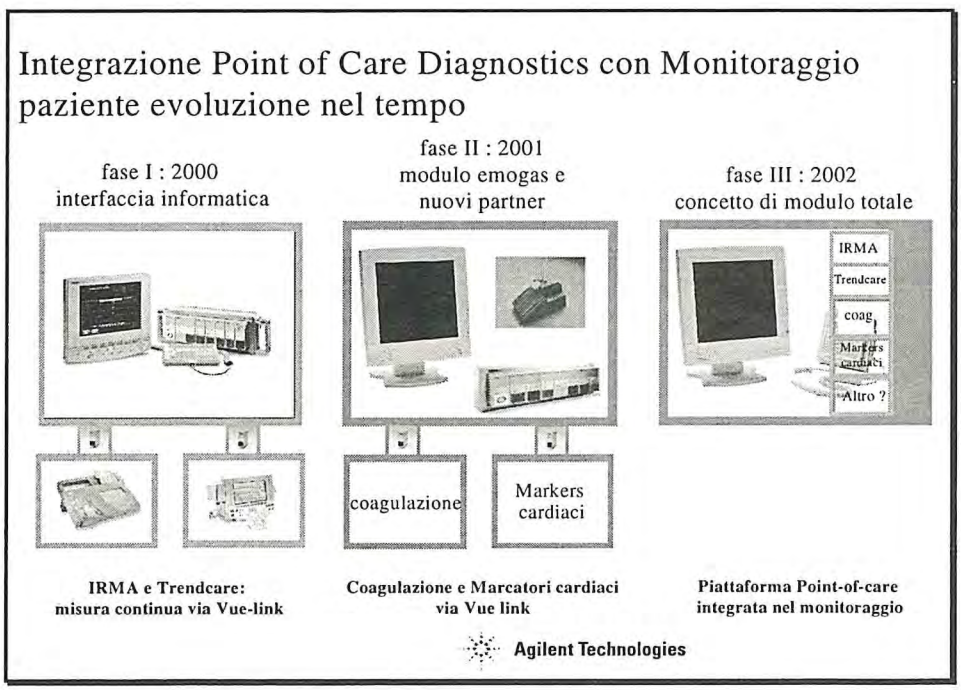
While costs and outcomes have always been important, the 1990s have seen difficult challenges. Today you are forced to balance costs with outcomes. To respond we've brought the clinical laboratory to your patient's side and taken it one step further with the HP Blood Ana-lysis Module, which I'll touch on in a moment. We're not building te-chnology for technology's sake. Here the key is using technology as an e-nabler to help you diagnose and treat quicker, reduce costs, improve efficiencies and improved patient outcomes.

Diapositiva 15



As we add new assays to our menu, they will address needs of the intensive care market where rapid access to test results will enable a higher degree of therapy management and the active titration of drug therapy. For example, the introduction of specific markers of disease at the point of care, such as cardiac mar-kers, will give clinicians more control of therapy. The question we ask ourselves during test development and partner acquisition is simple: What information will streamline protocol and make a clinical contribution in therapy management? Moving forward, we intend to add other such assays for trauma and emergency; surgical; and adult, pediatric, and neonatal intensive care applications. For example, coagulation results may not be required stat all the time; however, for certain populations, such as ER patients, rapid access to coag results at the point of care will add an unsurpassed level of convenience and control for assessing condition/status. Point of care diagnostics has comparable accuracy and precision as large laboratory instrumentation. Point of care diagnostics can contribute to decreased overall costs. The addition of measurements like coagulation, also illustrate the *convenience and control benefits point of care delivers.* The point of care menu of the near future will not be complete, but in many care areas, it will closely match the menu of the tests where rapid access to results can make a significant clinical difference through increased control.

Diapositiva 16



Agilent's *present* information interface includes a VueLink cable interface between our point of care solutions [both IRMA and Trendcare] and the patient monitor. [Phase I] Moving forward, we will offer configured module for the IRMA/blood analysis system. We will provide VueLink cable interfaces for measurement from our new partners. [Phase II] And ultimately, as this diagram illustrates, our phased plan progresses toward a *fully modular* system where measurements and functionality will become part of an *integrated point of care measurement platform* used at the patient's side [Phase III] [Note: the integrated point of care measurement platform will include two parts: the «plug-in» module and a cable-connected «station.» [pictured, center]. [Do not to equate the old I-STAT BAM and the new measurement platform formats. The new «integrated point of care measurement platform» will look different and have a somewhat different use model. It will, however, be integrated with Agilent's monitoring system].

OMOGENEITÀ DELLE APPARECCHIATURE AD ALTA COMPONENTE TECNOLOGICA E DEI PRESIDI SANITARI NELL'AMBITO DELLE UU.OO. DIPARTIMENTALI: PUNTI DI FORZA E DEBOLEZZA

S. DONATACCI
Abbott

Diapositiva 1

ANIARTI XIX CONGRESSO NAZIONALE

Genova 15-17 novembre 2000

Mercoledì 15 novembre 2000
sessione pomeridiana

Efficacia, efficienza ed ottimizzazione nella messa in comune delle risorse materiali e tecnologiche nell'ambito del dipartimento

Omogeneità delle apparecchiature ad alta componente tecnologica e dei presidi sanitari nell'ambito delle UU.OO. dipartimentali

ABBOTT

Diapositiva 2

ANIARTI XIX CONGRESSO NAZIONALE

Genova 15-17 novembre 2000

ABBOTT

Stefano Negro	District Manager *Abbott Divisione Ospedaliera*
Stefano Donatacci	Product Manager *Abbott Divisione Ospedaliera* *Abbott Divisione Nutrizionale*

Diapositiva 3

ANIARTI XIX CONGRESSO NAZIONALE

Genova 15-17 novembre 2000

Le innovazioni tecnologiche possono influenzare il sistema organizzativo Dipartimentale?

- Possono influenzare la *strategia* organizzativa
- Possono essere *influenzate/influenzare* le *strutture*
- Hanno un impatto sui *processi gestionali*

ABBOTT

Diapositiva 4

ANIARTI XIX CONGRESSO NAZIONALE

Genova 15-17 novembre 2000

Le apparecchiature ed i presidi devono rappresentare un reale supporto

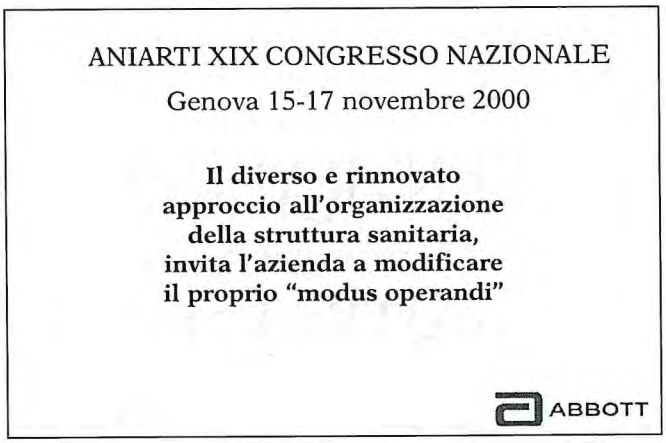
- Al miglioramento della qualità di vita del paziente
- All'ottimizzazione degli aspetti assistenziali
- Alla crescita professionale dell'utilizzatore

ABBOTT

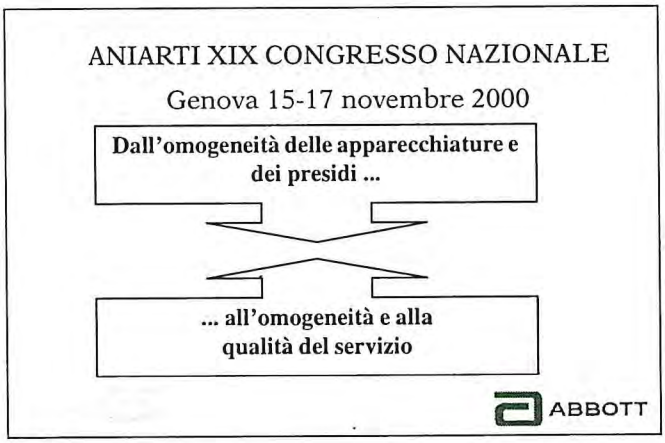
Diapositiva 5

Diapositiva 6

Diapositiva 7

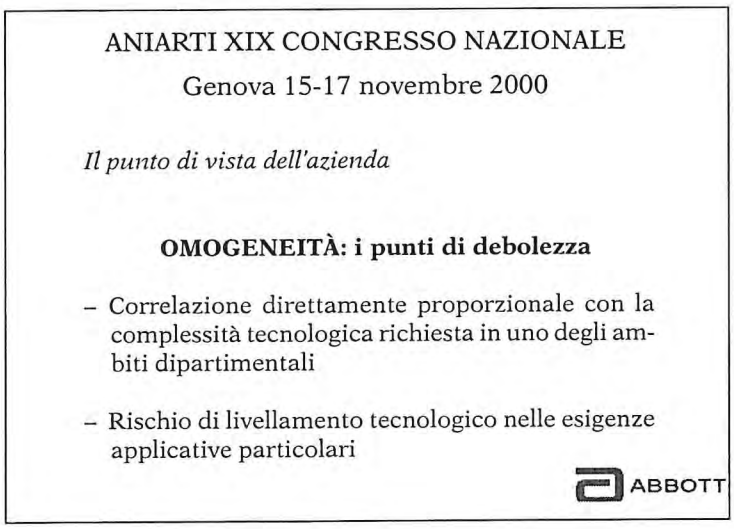


Diapositiva 8

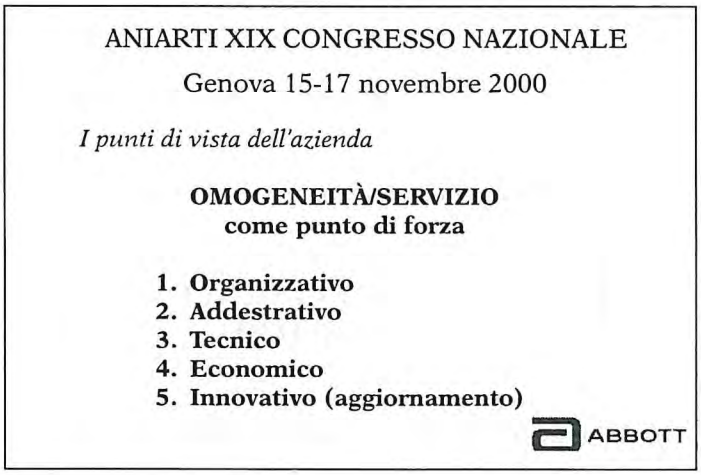


Diapositiva 9

Diapositiva 10



Diapositiva 11



DIBATTITO

Mercoledì, 15 novembre 2000, *pomeriggio*

Nome e cognome
Professione
Provenienza: *Ospedali Riuniti di Bergamo*

Per l'utilizzo dei presidi, non c'è il rischio di una monopolizzazione su ordine di materiale unico?

Questo può essere utile per la versatilità, però può determinare il monopolio da parte di una ditta sola.

Nome e cognome:
Professione: *Infermiera*
Provenienza: *Pronto Soccorso Ospedale San Martino di Genova*

Vorrei avere qualche chiarimento sulle altre forme di utilizzo delle apparecchiature per il monitoraggio, tipo noleggio e service.

Cosa bisogna fare per avere queste apparecchiature?

Interviene *Stefano Donatacci* - Abbott

Non voglio essere banale, però la monopolizzazione c'è quando sul mercato esiste una sola ditta e non quando si acquista da un unico fornitore.

Sta nella capacità, sia di colui che amministra l'azienda sia di colui che sceglie i prodotti da acquistare, far sì che non ci sia una monopolizzazione.

Mi spiego meglio.

Il fatto che una ditta fornisca per un tot di tempo, che può essere anni o mesi, una serie di prodotti, non implica che questa ditta per tutta la vita dovrà continuare a farlo.

Alla ditta stessa sarà richiesto un adeguamento di tecnologia, di prezzi, di prestazioni; se quest'adeguamento non c'è, il mercato, fortunatamente, farà sì che questa ditta sia esclusa o sia sostituita.

È quello che poi in realtà succede ad ognuno di noi quando va al supermercato.

Il supermercato ha tutto, ma non tutti andiamo nello stesso, perché ognuno sceglie quello che più gli interessa secondo le sue esigenze.

Non lo vedo come un rischio reale, è un fantasma che a volte aleggia ma fortunatamente, come ditte, non siamo così potenti da potere fare queste cose.

Interviene *Claudia Ghedini* - Mallinckrodt

Esistono delle procedure d'acquisto che garantiscono una pluralità d'offerta, garantiscono alle aziende tutte la possibilità, quando i prodotti corrispondono alle esigenze tecniche che sono specificate dagli utilizzatori, d'avere accesso ad una determinata trattativa o procedura d'acquisto da parte dell'ospedale; tutto è fatto in modo piuttosto trasparente.

Il nostro è un settore in cui la concorrenza è vivace e questo è una garanzia per voi che non ci sia, in effetti, la possibilità di monopolio di un'azienda rispetto alle altre.

Interviene *Mario Castagna*

Per quanto riguarda il service, ad esempio, nel nostro ospedale sino ad un anno fa avevamo delle pompe infusionali di ditte diverse.

Da qualche mese a questa parte è stata fatta una gara per le pompe infusionali ed è stato stipulato un contratto di service in due lotti, per la via primaria e per la doppia via, quindi tenendo conto sia del fatto di omogeneizzare il prodotto sia delle diverse esigenze delle unità operative.

Le nostre esigenze come rianimazione erano diverse, ad esempio, da quelle dell'unità coronarica.

Di conseguenza si è potuto risparmiare sul materiale di consumo e quindi sui deflussori.

Per quanto riguarda il noleggio, mi viene in mente l'esempio del letto antidecubito.

Si può standardizzare, ma in alcune situazioni si possono avere necessità diverse, tali da richiedere il noleggio da parte di una ditta che fornisce quel particolare letto o presidio antidecubito, con un costo giornaliero.

Interviene *Stefano Donatacci* - Abbott

A proposito della differenza tecnica fra noleggio, service ed acquisto, posso spiegare che si può avere l'acquisto diretto dell'apparecchiatura, con trattativa privata o no, in cui è valutato l'apparecchio dal punto di visto economico ed è scelto; nell'affitto c'è una quota a parte in cui l'apparecchio rimane in ogni modo di proprietà della ditta appaltatrice e l'ente paga un affitto mensile o annuale, comprensivo o no dell'assistenza secondo la trattativa.

Il service è possibile quando il costo del materiale accessorio all'apparecchiatura è superiore rispetto al costo dell'apparecchiatura stessa.

L'esempio che faceva prima il caposala è questo: il costo delle pompe è sicuramente accessorio al costo dei deflussori che l'ospedale deve sostenere per mantenere le pompe stesse.

A questo punto si può attuare un contratto, regolato da norme di legge, per cui la ditta fornisce le attrezzature, che rimangono di sua proprietà senza poter vantare nessun tipo di richiesta per l'assistenza, mentre l'azienda ospedaliera s'impegna a comprare un determinato numero di disposable, deflussori, device.

Alla fine del contratto le apparecchiature sono materialmente prelevate.

Quando ricomincia un nuovo service la ditta subentrante deve riallocare e ricostituire il parco attrezzature dell'ospedale.

Queste sono fondamentalmente le tre forme d'acquisto che di solito attuano le aziende ospedaliere.

Nome e cognome: *Michele*
Professione
Provenienza: *Rianimazione Lecce*

Noi siamo grati alle ditte fornitrici delle apparecchiature ospedaliere, perché senza le loro attrezzature non potremmo lavorare, ma vorrei fare un'osservazione.

Sono i primari a decidere dell'acquisto o della necessità dell'attrezzatura nel reparto, ma credo che voi sappiate quanto me che chi usa i presidi che voi fornite all'ospedale siamo noi.

Cosa vi costerebbe, una volta che l'ospedale ha acquistato, su consiglio del primario, l'attrezzatura, visto che la formazione oggi è tanto attuale, fare dei corsi?

Noi siamo costretti, molte volte, ad imparare l'uso della macchina solo ed esclusivamente con la nostra volontà, cercando di carpire qualcosa dai manuali o da chi in qualche modo la sa usare.

Nome e cognome: *Castaldi*
Professione
Provenienza: *Blocco operatorio*

Vorrei rispondere al collega.

Tutte le volte che è stato acquistato qualche presidio o macchinario, che sia stato acquistato dal primario, dal dirigente di secondo livello, dal capo dipartimento, noi infermieri siamo sempre stati coinvolti e le ditte, ogni volta che è stato chiesto loro di venire ad informare gli infermieri, si sono sempre presentate a fare corsi d'aggiornamento, direttamente anche in sala operatoria, per più giorni.

Quindi io non condivido molto quanto ha rilevato il collega, proprio perché noi dalle ditte abbiamo sempre avuto un grosso supporto.

Interviene *Stefano Donatacci* - Abbott

Io vedo le cose in un'altra ottica.

Un anno fa l'Abbott fece un'indagine attraverso la quale era chiesto agli infermieri, specialmente quelli d'area critica e rianimazione, qual era la frequenza dei corsi d'aggiornamento.

Abbiamo cercato di indirizzarci in questo senso, vale a dire non soltanto fare un training sull'apparecchiatura, ma cercare di avere degli incontri d'aggiornamento per ingenerare e consentire una crescita professionale nostra e spero anche vostra.

I riscontri sono stati positivi, pur con sostanziali differenze.

In alcune situazioni abbiamo trovato un'ottima collaborazione da parte degli enti ospedalieri, che hanno fatto proprie queste iniziative addirittura rendendole obbligatorie.

In altri casi abbiamo avuto difficoltà ad avere un contatto diretto con l'ente e quindi abbiamo dovuto organizzare queste attività al di fuori dell'ente ospedaliero, in maniera autonoma.

Vorrei sapere da voi qual è la disponibilità, in questo senso, ad organizzare l'aggiornamento professionale in genere, per poi arrivare al training sull'apparecchiatura.

Vorrei sapere il vostro punto di vista è qual è l'attività che fanno i diversi ospedali e realtà.

Nome e cognome
Professione: *Infermiera*
Provenienza: *Rianimazione Santa Maria Annunziata di Firenze*

Vorrei sapere da parte delle aziende qual è il rapporto con gli uffici tecnici che fanno la manutenzione sugli apparecchi elettromedicali, perché purtroppo spesso ci sono dei grossi problemi, dovuti al fatto che non sono abbastanza preparati per loro carenze formative o, nel rapporto con le aziende, anche per avere il materiale.

Interviene *Andrea De Benetti* - Medica Valeggia

Per quanto riguarda la nostra esperienza, sia che si tratti d'apparecchiature, sia che si tratti ci presidi, il problema della formazione dell'utilizzatore è fondamentale.

La nostra filosofia è quella di assicurare sempre le condizioni migliori perché l'utilizzatore del dispositivo abbia tutte le conoscenze sullo stesso, per poterlo utilizzare in maniera ottimale.

Per questo noi organizziamo molto spesso, quando è il caso di farlo, delle attività che noi definiamo di in-service, cioè delle attività di vero e proprio affiancamento agli utilizzatori, durante le quali si spiega in maniera esplicita ed

anche nell'operatività il funzionamento del dispositivo o dell'apparecchiatura.

Questo noi lo facciamo normalmente affiancando tutti gli utilizzatori, quindi rispettando i vari turni, in modo che tutti coloro che utilizzano il nostro dispositivo abbiano una conoscenza almeno di base sul suo funzionamento.

Il problema è molto sentito da parte nostra, perché credo che tutto sommato anche le aziende fornitrici abbiano un vantaggio se l'utilizzatore riesce ad utilizzare il dispositivo al meglio, perché ne valorizza sicuramente le caratteristiche; se è utilizzato in maniera impropria chiaramente perde il suo valore.

Interviene *Alberto Castelli* - Agilent

Per quanto riguarda Agilent bisogna distinguere tra le diverse tipologie di training.

Per esempio quando noi diamo delle apparecchiature nuove, quindi sull'acquisto, offriamo training, aggiornamento, diciamo a tempo indeterminato, in pratica fino a quando il cliente lo chiede.

Noi siamo assolutamente disponibili a supportare il cliente stesso fino a quando è proprio lui ad assicurarci che è in grado di continuare da solo, quindi non c'è una limitazione in questo caso.

Un altro discorso, invece, per quanto riguarda il supporto e il training, come diceva il signore nel precedente intervento, si ha quando le apparecchiature hanno già un po' d'anni e quindi, ovviamente, c'è anche un ricambio di personale nell'unità stessa.

In questo caso, parte proprio dall'ospedale la richiesta specifica di fare un training dimensionato e appropriato per quest'unità operativa.

In questo senso, è il cliente stesso che lo chiede e a quel punto noi dimensioniamo un programma d'aggiornamento in relazione all'evoluzione delle macchine e agli infermieri stessi che le utilizzano.

Interviene *Stefano Donatacci* - Abbott

In ogni modo, quando viene fatta una trattativa per apparecchiature, nella stragrande maggioranza dei casi, sul capitolato di gara, quindi su quel documento con cui noi rispondiamo a determinate caratteristiche, c'è l'obbligo, al di là della buona volontà della ditta, di dover fare training ai reparti, di metterli in condizioni di utilizzare al meglio il prodotto.

Inoltre ha ragione il collega sul fatto che se un presidio o un'attrezzatura è utilizzata al meglio, se ne valorizzano le caratteristiche.

Sull'assistenza il discorso è molto più complicato perché, senza entrare in una polemica abbastanza facile sulla capacità e competenza dei vari uffici tecnici, c'è anche un problema strettamente legato al modo in cui sono stipulati i vari accordi.

È chiaro che se un'apparecchiatura non è di proprietà dell'azienda, l'uffi-

cio tecnico purtroppo non può metterci le mani sopra perché non è di sua competenza, e quindi dovrebbe coordinare solamente la partenza e la riconsegna dell'apparecchiatura dalla ditta al reparto stesso.

È chiaro che ognuno di noi conosce le proprie realtà e quindi non possiamo generalizzare.

Quello che sostanzialmente mi sento di dire è che l'ufficio tecnico spesso e volentieri non può intervenire sulle apparecchiature, specialmente se molto sofisticate, anche solamente per mancanza di materiali di ricambio o di sostituzione.

Interviene *Claudia Ghedini* - Mallinckrodt

Mi associo sostanzialmente ai colleghi per quanto riguarda la formazione.

Penso che tutte le aziende che sono qui a questo tavolo siano perfettamente consapevoli di quanto la formazione è importante, per tutte le ragioni che sono già state esposte.

Noi riscontriamo come azienda, in ogni caso, una grandissima disponibilità, soprattutto da parte degli infermieri che sono i primi utilizzatori dei prodotti, nel richiedere e nell'aiutarci poi ad organizzare questi corsi di formazione

Noi, appunto, cerchiamo sempre di dare la massima disponibilità, quindi anche per quanto riguarda i turni.

Molto spesso è il caposala o l'infermiere che ci chiede di organizzare queste sessioni di formazione e che poi magari ci aiuta anche a far sì che ci sia la partecipazione di tutti quelli che possono essere interessati.

Magari noi non conosciamo direttamente tutti i potenziali utilizzatori, invece con la circolazione interna delle informazioni viene fatto un corso che riesce a coprire le esigenze di gran parte del personale del reparto.

Interviene *Alba Biglieri*

Annalisa stamattina era stata piuttosto esplicita nell'affermare che il problema della formazione all'interno delle aziende oggi è un problema nodale, cruciale.

D'altro canto mi preoccupa anche sentire un collega che afferma che s'impara ad utilizzare un presidio o una tecnologia con il manuale, o addirittura in maniera del tutto empirica.

Dall'altra parte c'è il paziente, questo è molto preoccupante, non ci deve arrivare il primario a chiedere il training, dev'essere il gruppo infermieristico, non dev'essere sempre il medico, perché i contatti con le ditte li abbiamo anche quotidianamente, soprattutto in area critica.

Abbiamo ricordato che la tecnologia è un elemento caratterizzante del nostro settore, quindi credo che nessuno meglio di noi e prima di noi debba avere dei contatti con le ditte.

Siamo noi gli utilizzatori, loro hanno una primaria attenzione verso di noi, quindi io credo che questo rapporto vada cercato, se non c'è, coltivato, ma nella coscienza comunque che abbiamo a che fare con degli utenti; è una serietà che dobbiamo avere.

Interviene *Mario Castagna*

Vorrei spezzare un'ulteriore lancia, semmai ce ne fosse bisogno, a favore dell'organizzazione dipartimentale che, secondo me, può essere un ulteriore momento per promuovere formazione, soprattutto dal punto di vista infermieristico.

È vero che le ditte fanno spesso e volentieri formazione gratuitamente, ma è altrettanto vero che spesso e volentieri fare formazione significa, in ogni modo, trovare degli spazi, trovare dei tempi, e quindi investire delle risorse.

È importante garantire che nell'ambito dell'organigramma dipartimentale entrino a far parte delle figure di responsabili infermieristici, nel momento di definizione degli obiettivi dipartimentali, che comprendano anche la formazione del personale.

In questo senso il dipartimento può essere sicuramente un passo avanti per favorire la formazione.

XIX CONGRESSO NAZIONALE ANIARTI

ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE IN AREA CRITICA

16 novembre 2000 - Mattino

Evidence based nursing

Lettura magistrale
– Il dolore nella quotidianità
Daria Da Col

– Stato dell'arte degli studi sui bisogni dei familiari di un paziente ricoverato in un reparto di terapia intensiva
Alessandra Magotti

Presentazione di indagini descrittive ANIARTI in ambito nazionale:

- L'uso di analgesici durante l'esecuzione di manovre/interventi dolorosi nei pazienti ricoverati nelle terapie intensive.
- I bisogni dei familiari dei pazienti ricoverati nelle terapie intensive.
- La valutazione della stomatite e dei problemi del cavo orale e della loro gestione nelle terapie intensive.
- Documentazione della variabilità dei comportamenti assistenziali di fronte a problemi comuni.
  Revisione della bibliografia, protocollo d'indagine e presentazione dei primi risultati.

Gruppi di lavoro ANIARTI

Moderatore: *Paola Di Giulio*

IL DOLORE NELLA QUOTIDIANITÀ ASSISTENZIALE

I.I.D. D. DA COL
Scuola Italiana di Medicina e Cure Palliative (SIMPA), Milano

Chi prende i colpi ha un'esperienza diversa da chi li conta.
Proverbio arabo

Introduzione

Nell'assistenza quotidiana sono ancora molti i malati che vivono la tragedia del dolore evitabile e non voluto, non riconosciuto e non trattato. Non riconosciuto, perché a questa esperienza si collega l'umiliazione della sofferenza: il malato subisce gli effetti del dolore sul corpo, sul sé, sulla vita personale, e talora anche gli sguardi indagatori di chi, da osservatore esterno, giudica irreali o esagerate le manifestazioni di sofferenza. Non trattato, perché farmaci analgesici sono in grado di controllare il dolore (1), eppure, molte persone continuano a sperimentarlo inutilmente, anche in ospedale, dove gran parte dei ricoverati riferisce di avere dolore non controllato. Gli studi di prevalenza effettuati negli Stati Uniti (2-4), in Canada (5), in Inghilterra (6) e in Olanda (7), indicano che la percentuale di malati con dolore durante il ricovero varia dal 45% al 79%. Questi risultati sono confermati in Italia da una ricerca trasversale realizzata negli ospedali della Liguria (8): al momento della rilevazione il 40% dei malati aveva dolore, 56.6% nelle ultime ventiquattro ore, e di questi il 61% e il 29% rispettivamente avevano un'intensità massima e un'intensità media superiore a cinque su una scala da zero a dieci. Questi dati sono preoccupanti, se assumiamo il controllo del dolore come un indicatore di qualità delle cure. I numerosi studi sulle ragioni dello scarso trattamento del dolore (9-11), permettono di individuare tre gruppi di cause che coesistono nei diversi paesi e nei diversi gruppi professionali. Vi sono le cause ideologiche, connesse alla cultura di sopportazione della sofferenza; quelle istituzionali, legate alla scarsa integrazione delle prestazioni sanitarie e alla severa legislazione che ostacola l'uso terapeutico della morfina a domicilio; e quelle connesse alla formazione dei professionisti, carente e fonte di opinioni sbagliate sul dolore e sul suo trattamento.

Gli aspetti cruciali su cui la letteratura ha posto l'attenzione sono da un lato la tendenza degli operatori a sottostimare e sottotrattare il dolore, dall'altro i timori infondati e i pregiudizi comuni per i quali il cittadino rinuncia ad esprimere il proprio dolore, ad accettare di trattarlo prima che insorga, a seguire gli schemi terapeutici efficaci.

Il dolore e la sua valutazione: la parola al malato

La letteratura infermieristica non fa eccezione rispetto ai numerosi studi che documentano una discordanza tra l'intensità del dolore riferita dal malato e quella stimata dai curanti (12-14). In particolare è poco applicata la raccoman-

dazione di domandare sempre al malato, e di accettare la sua valutazione. I fattori che sembrano influenzare la richiesta e l'accettazione del parere del malato sono l'età, i segni vitali e il comportamento doloroso: i neonati, i bambini piccoli e le persone con disturbi intellettivi sono particolarmente a rischio di non essere interpellati, valutati e capiti nel loro dolore; al malato è richiesta (e viene accettata) la sua valutazione del dolore soprattutto se la mimica del volto è accentuata, se sono presenti i segni di iperattività del sistema nervoso periferico e se il comportamento doloroso è quello culturalmente atteso (15).

La cultura prescrive al malato come deve percepire, esprimere, comunica il dolore e come deve comportarsi nella sofferenza. La cultura stabilisce anche come la medicina deve valutare e curare il dolore. Il sistema sanitario è un sottosistema culturale che motiva le proprie decisioni cliniche con due assunti fondamentali: uno tecnico scientifico, l'altro morale.

L'assunto tecnico scientifico sul modo di interpretare il dolore crea l'aspettativa del professionista, ma anche quella del malato, e l'interazione delle due può portare sia alla collaborazione sia all'incomprensione. Quando il dolore ha una causa organica, l'infermiere tende ad accettarne la descrizione se è nei termini che si aspetta per quella lesione, e a rifiutarla se non è non coerente con la sua visione scientifica. Quando invece la causa del dolore è psicogena, l'infermiere accetta una descrizione che non corrisponde a una lesione, ma è il malato che respinge una valutazione non spiegabile in termini organici.

L'assunto morale si basa sul fatto che i problemi psicologici sono meno rispettabili di quelli fisici. Il dolore psicogeno non è unanimemente accettato dalla comunità scientifica e il malato stesso ricerca una spiegazione organica del suo dolore, rifiutando un poco rispettabile riferimento ai toni dell'umore e alla psiche. Il dolore psicogeno è difficilmente distinguibile da quello causato da danno tessutale se si considera il racconto soggettivo, ma se le persone considerano la loro esperienza come dolore e la riportano nello stesso modo del dolore causato da danno tessutale, si dovrebbe accettarla come dolore

L'incomprensione tra infermiere e malato si risolve in un solo modo: l'esperienza del malato, comunque descritta, deve essere considerata come dolore. È questa la posizione espressa nella definizione dell'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP) (16): «Il dolore è una esperienza sensoriale ed emozionale, associata ad un danno tessutale reale o potenziale, o descritta in termini di tale danno». Il dolore è tutto ciò che il malato afferma che sia (17); reale o immaginario, e per quanto insignificante possa sembrare all'osservatore esterno, il malato non ha dubbi sulla sua esistenza e importanza (18).

Prima di riconoscere che un dolore viene lamentato in buona fede, siamo invece portati a controllare il valore dell'evidenza organica o funzionale (19). *In assenza di elementi obiettivi ci poniamo il dubbio se il malato stia simulando, se il dolore sia psicogeno. Inoltre il dolore può precedere di molto l'evidenza di segni clinici e strumentali che dimostrino obiettivamente una lesione: succede spesso nei tumori. Sprechiamo molta energia per capire se il dolore è reale eppure i malati che dicono di avere dolore quando non lo hanno sono una piccolissima minoranza. Possiamo scegliere tra il sospettare tutti i malati, e sbagliare in moltissimi casi, o credere a tutti ed essere in errore in pochissimi.*

Ad uno stimolo doloroso si associa costantemente una componente emotiva, ed è attraverso questo filtro che il dolore diventa sofferenza. Di tale sofferenza qualcosa traspare sempre nell'atteggiamento dell'individuo, anche se incosciente, e questa espressione, l'atteggiamento doloroso, è tutto quanto possiamo percepire della sofferenza. Da osservatori esterni ed estranei possiamo quantificare solo l'inizio e la fine di questo processo: l'entità dello stimolo doloroso e l'atteggiamento doloroso (20). Per quanti sforzi si possano fare, l'esperienza del dolore altrui non può essere compresa se non se non in maniera remota.

Misurazioni soggettive a dimensione singola: l'intensità del dolore

La misura del dolore non è data da quanto gli altri pensano che la persona soffra, ma da quanto il malato dice di soffrire. A questo criterio devono uniformarsi la valutazione e il trattamento. L'autovalutazione del malato è il singolo indicatore più attendibile di intensità del dolore (21,22) e non può essere sostituita dall'osservazione dei comportamenti e dalla rilevazione dei segni vitali. I lamenti, le smorfie, i gesti come quello di tirare una sonda o allontanare da sé una mano che tocca, i segni di iperattività del sistema nervoso periferico nel dolore acuto e le variazioni nel sonno o d'alimentazione nel dolore cronico, il pianto nel bambino e i cambiamenti nella continenza dell'anziano, *suggeriscono* la presenza di dolore, si possono analizzare e quantificare, ma non danno indicazioni certe sull'intensità del dolore (23).

È quasi sempre possibile avere un'autodescrizione che integra l'osservazione del comportamento, anche se l'autodescrizione verbale è preclusa, se la coordinazione visiva e motoria è compromessa o non ancora sviluppata, se le capacità intellettive e percettive sono ridotte. Un mezzo semplicissimo di ampio e sicuro utilizzo per indicare l'intensità del dolore è la scala analogica visiva: una linea lunga dieci centimetri una un'estremità della quale indica l'assenza di dolore e l'altra il peggiore dolore immaginabile (24). Ha delle varianti adatte per i bambini (25), quella con una serie di espressioni facciali che vanno dal viso sorridente al pianto, e per le persone con difficoltà cognitive (scala dei grigi). La presenza di una di queste scale nella documentazione clinica è considerato un fattore fondamentale di qualità dell'assistenza dei malati con dolore (26).

Misure soggettive multidimensionali

Comprendono il diario del dolore, cioè l'esposizione personale orale o scritta con annotazione del dolore in relazione ad esperienze e comportamenti quotidiani; le mappe del dolore, che consistono in un diagramma che rappresenta una figura umana sul quale sono riportate la sede e l'irradiazione del dolore avvertito; i questionari, composti da un elenco di parole che descrivono la dimensione affettiva, sensoriale, e cognitiva del dolore; le scale, che danno un a indicazione numerica. Ciascuna misura ha vantaggi e limiti; ad esempio il limite principale

dei questionari è di essere lunghi ed utilizzare termini non conosciuti, che non rientrano nel linguaggio comune. Un mezzo semplice ed efficace è lo schema di intervista PQRST (20), facile da ricordare perché richiama le onde dell'elettrocardiogramma (Tabella 1): cosa lo provoca (e cosa lo allevia), qualità (punge, strappa, opprime), irradiazione (dov'è e dove si irradia), severità o intensità, tempo (continuo, discontinuo, si accentua di notte).

Tabella 1 - *Schema PQRST per valutare il dolore (da G. Frova 20)*

	Domanda
Provocato da	Cosa lo fa peggiorare?
	Cosa lo fa migliorare?
Qualità	A cosa assomiglia?
I**R**radiazione	Dov'è il dolore?
	Dove si sposta?
Severità	Quanto è forte?
Tempo	C'è sempre o va e viene?

Il dolore e il suo trattamento: le opinioni infondate

Valutare il dolore anziché giudicarlo è la premessa, ma non la garanzia, di un buon trattamento. Un esempio relativo al dolore cronico è che, nonostante siano disponibili molti strumenti di valutazione ampiamente validati, il dolore da cancro viene trattato solo nel 50% dei casi nei paesi avanzati e nel 20 % nei paesi in via di sviluppo (9). Un esempio relativo al dolore acuto è che nonostante il dolore postoperatorio abbia una causa organica chiara nell'incisione dei tessuti e nella manipolazione dei visceri, una significativa parte della popolazione chirurgica non ha un trattamento efficace di questo tipo di dolore (27, 28).

Nel trattamento del dolore alcune categorie di persone sono particolarmente a rischio: neonati e bambini (29 -31), anziani (13, 32) e donne (16). Le motivazioni scientifiche sottostanti e note, nonché infondate, sono che i neonati non sentono il dolore, i bambini lo dimenticano e le persone anziane lo sentono meno. Ricerche americane evidenziano un inadeguato controllo del dolore nei dipartimenti d'emergenza (33) e che i malati ricevono meno analgesici se sono neri o ispanici (34).

La revisione letteratura e la sistematica raccolta di esperienze di infermieri esperti (36) testimoniano l'esistenza di problemi nel trattamento del dolore, specie se con oppiacei (35, 18), e consentono di elencare le opinioni infondate che rappresentano un serio ostacolo ad un efficace trattamento del dolore. Ecco alcuni esempi di convinzioni erronee dei malati e dei loro familiari che hanno un corrispettivo in timori presenti negli infermieri anche se scientificamente o moralmente infondati: «*devo aspettare il più a lungo possibile prima di chiedere*

analgesici; è meglio fare iniezioni che prendere pillole; se ho bisogno di una dose maggiore vuol dire che sono dipendente; la morfina si usa solo in casi estremi: solo i farmaci sono abbastanza forti per controllare il dolore».

Aspettare che il dolore si manifesti

Alcuni malati rinunciano alle misure efficaci per evitare che il dolore si manifesti o accettano di curarlo solo quando non sono più in grado di sopportarlo. Questi comportamenti hanno ragioni diverse, ma tutte accettabili per il fatto che il malato ha il diritto di decidere secondo i suoi valori e ciò che giudica il suo migliore interesse. Se il malato vuole cercare di sopportare il dolore, il professionista deve rispettarne la decisione senza tentare di modificarla, anche se gli pare irrazionale, e tuttavia deve porsi il problema di comprendere le cause del comportamento del malato, per due ragioni. La prima è che è inammissibile non rispettare una persona sul cui corpo si sta per intervenire, ma per rispettarla è indispensabile fare qualcosa per conoscerla, per sapere cosa è per lei il dolore, di cosa ha paura, qual è il benessere cui aspira.

La seconda ragione è che la scelta deve esser informata, il malato deve sapere che può chiedere analgesici in qualsiasi momento, anche prima che il dolore insorga, e che il ritardo nella terapia e il peggioramento del dolore implicano la necessità di usare dosaggi più elevati di farmaco. Ma anche un malato informato può avere dubbi, può essere combattuto perché vuole mantenere una certa immagine di sé o perché si pone interrogativi morali inquietanti (37).

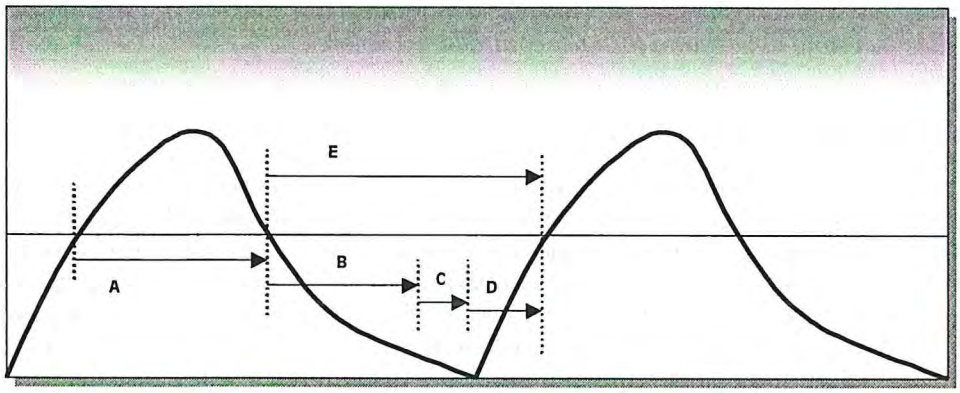
Un altro scopo dell'informazione al malato è evitare l'errore della terapia analgesica al bisogno Questo modo di somministrare i farmaci non è accettabile né nel dolore acuto né nel dolore cronico, perché porta a richiedere farmaci solo quando il dolore è insopportabile.

Il malato è teso per diverse ragioni: perché non vuole assumersi la responsabilità di sollecitare la somministrazione, perché l'intervallo tra la richiesta e la somministrazione provoca ritardo nell'analgesia, perché la sua stessa tensione aumenta il dolore (Figura 1). Per le successive somministrazioni è probabile che il malato, sperimentato il ritardo nell'analgesia, chieda il farmaco in anticipo rispetto alla comparsa del dolore o al suo peggioramento. Ed è probabile che il suo comportamento si interpretato come un segnale di sviluppo di «assuefazione».

È dimostrato che, se il dosaggio è distribuito regolarmente, la quantità totale di analgesici nelle ventiquattro ore è inferiore a quella dei farmaci al bisogno, e che sono minori gli effetti collaterali dovuti alle concentrazioni plasmatiche di picco che si ottengono con la singola somministrazione (20).

La terapia del dolore al bisogno però non si verifica solo per ignoranza scientifica: l'idea di somministrare farmaci solo quando il dolore è insostenibile implica che il dolore o la sofferenza abbiano qualche valore positivo. Ma se anche questo fosse vero, non lo è certamente se avviene per decisione del professionista.

Figura 1: *Terapia al bisogno* [da: *Medical Care of the Dying* (38), modificata]

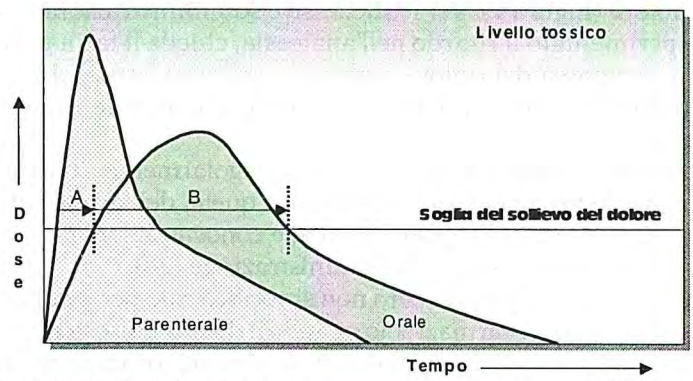


A. Il malato non ha dolore
B. Torna il dolore, il malato aspetta che il dolore passi
C. l malato chiede il farmaco e aspetta
D. Il malato aspetta che il farmaco faccia effetto
E. Tempo totale con dolore

Le vie di somministrazione e l'effetto placebo

Esaminando i livelli plasmatici nel tempo di un farmaco analgesico somministrato per via parenterale e dello stesso farmaco somministrato per via orale (figura 2), si desume che in entrambi i casi, se la dose è appropriata, si supera la soglia di sollievo del dolore: gli analgesici per via orale, a dosi equianalgesiche sono potenti come quelli somministrati per via parenterale. Il guadagno in rapidità d'azione della via parenterale si accompagna ad uno svantaggio in durata e al rischio di raggiungere la soglia degli effetti tossici, cioè di andare oltre la finestra terapeutica, rischio che con la somministrazione orale è ridotto (38).

Figura 2: *Terapia orale e parenterale* [da: *Medical Care of the Dying* (38), modificata]



A. Ritardo dell'effetto della via orale **B.** Durata dell'effetto della via orale

La via endovenosa è indicata per il trattamento nel dolore postoperatorio, mentre se il malato non vomita, può deglutire e non ha dolore acuto, la via orale è da preferire perché efficace, semplice, ben accettata e non causa ulteriori fastidi. Le iniezioni accrescono il disagio e nei bambini possono portare ad un rifiuto della terapia, in alcuni casi aumentano la possibilità di lesioni della cute, e obbligano l'individuo, se già non è costretto, a dipendere da altri.

La via intramuscolare può essere richiesta e proposta per varie ragioni, tra cui la suggestione o effetto placebo, che funziona anche in altri modi, per esempio: due capsule di placebo sono più efficaci di una e una capsula grande è più efficace di una piccola.

L'uso del placebo è, salvo rarissime situazioni, un non senso, un errore sul piano clinico ed etico. È dimostrato che un terzo di tutti i malati che ricevono un placebo attiva le proprie sostanze endogene simili alla morfina, le endorfine, ed ha un sollievo dal dolore. Il meccanismo di risposta al placebo è complesso ed è sempre attivo in ogni situazione terapeutica, farmacologica e non, a prescindere dalla terapia del dolore. Non vi è dunque una giustificazione razionale dell'uso del placebo nemmeno per evidenziare la potenziale natura psicogena del dolore. I placebo dovrebbero essere usati unicamente in pochi studi farmacologici controllati, con il consenso informato del soggetto (39).

L'effetto placebo è una risposta fisiologica che fa diminuire l'ansia, se il malato crede nel trattamento o nel professionista. Il fenomeno però tende a non durare, il malato si accorge dell'inganno, si arrabbia, e perde la fiducia nei curanti. L'uso del placebo è un errore sul piano etico e sottomette l'individuo ad un rapporto che lo rende oggetto di sospetto e inganno piuttosto che soggetto che chiede aiuto e comprensione. Il codice deontologico dell'infermiere enuncia, nel punto 4.14: l'infermiere si impegna a ricorrere all'uso di placebo solo per casi attentamente valutati (40), eppure l'uso frequente del placebo testimonia quanto il dolore sia poco rispettato. «Nulla è così facilmente sopportabile come il dolore degli altri», diceva La Rochefoucauld.

Dipendenza e tolleranza

La paura di prendere gli oppiacei e in particolare la morfina è provocata principalmente dal timore della dipendenza. L'esagerata paura dei curanti di causare dipendenza contribuisce a rallentare l'uso degli oppiacei (41, 42) tanto quanto la confusione sui termini: «dipendenza», «tolleranza», «assuefazione» possono essere sinonimi nel linguaggio del malato e dei familiari, ma non devono esserlo in quello dei medici e degli infermieri. Tra i possibili fattori in grado di accrescere la preoccupazione che insorga dipendenza per effetto della terapia con oppiacei (età del malato, tipo di farmaco usato – codeina o morfina –, causa del dolore cronico – cancro o altra malattia – e durata della somministrazione), quello che influenza maggiormente gli infermieri sembra essere la durata del trattamento (15). Una In realtà quando gli oppiacei sono usati per la terapia del dolore la dipendenza è molto rara (minore dell'1%), anche se la durata del trattamento è di

un mese o più. La tolleranza e la dipendenza fisica, invece, rare se il trattamento dura pochi giorni, si verificano nella maggior parte dei malati che assumono oppiacei per un mese o più (43). La dipendenza fisica che gli oppiacei provocano è un fenomeno reversibile e ben distinguibile dalla *dipendenza psicologica* cioè dall'atteggiamento compulsivo di ricerca del farmaco per scopi ulteriori rispetto al sollievo del dolore. La *dipendenza fisica* è la necessità di non interrompere bruscamente il trattamento pena l'insorgenza di effetti indesiderati. I malati in trattamento con oppiacei per il controllo del dolore sono dipendenti (fisicamente) dal farmaco così come lo sono i diabetici in trattamento con insulina, per i quali la sospensione della terapia può comportare un coma diabetico. Il malato che ha bisogno di aumentare la dose degli oppiacei per il controllo del dolore non sta diventando dipendente, può essere che stia dimostrando *tolleranza*: l'organismo richiede dosi crescenti di farmaco per mantenere gli stessi effetti. Alcuni studi sui malati di cancro indicano che la causa principale dell'aumento delle dosi sia l'aumentare del dolore dovuto alla progressione del tumore: persone con malattia stabilizzata rimangono con le medesime dosi per lungo tempo (44,45). D'altra parte sono spesso gli errori nell'uso degli analgesici, dovuti a sotto dosaggio, che causano una «tolleranza precoce» e danno la falsa impressione di dover aumentare continuamente e inutilmente le dosi.

Un'insieme di disinformazione e paure fa sì che a differenza di quanto accade per altri farmaci analgesici gli effetti collaterali della morfina vengano esagerati fino alla deformazione e che sia considerata un farmaco da usare in «casi estremi». La definizione di «farmaco estremo» è fuori luogo perché la morfina viene usata da anni per lenire i dolori che accompagnano il decorso dell'infarto miocardio acuto e nel post operatorio; nel cancro trova indicazione non solo per affrontare le sofferenze gravi che segnano la fase terminale, ma anche per placare dolori oncologici precoci.

Terapie farmacologiche e non farmacologiche

La terapia del dolore agisce a vari livelli delle vie del dolore: i farmaci posso agire a tutti livelli, da quelli più periferici (recettori) a quelli più centrali (corteccia), a livello intermedio agiscono le terapie fisiche e manuali come la ginnastica, il massaggio, la magnetoterapia, il laser, gli ultrasuoni; a livello centrale i metodi di rilassamento e distrazione, come il rilassamento muscolare, la meditazione, la visualizzazione guidata e la musicoterapia. L'utilità di queste tecniche nasce dalla constatazione che le soglie del dolore sono influenzate anche dai processi emotivi e cognitivi della corteccia, e che molte situazioni di stress e tensione funzionano da amplificatore degli stimoli dolorosi. Quando si è soli, preoccupati, malinconici o in preda a cupi sentimenti, la sensazione dolorosa può essere resa insopportabile anche da blandi stimoli luminosi o acustici. Il collegamento tra dolore e stati d'animo impone tuttavia una certa cautela. L'ansia e la depressione possono far crescere le sensazioni dolorose ma accade frequentemente anche il contrario, cioè che il dolore provochi tensione e insonnia, che isoli l'individuo da familiari e amici, che lo rin-

chiuda nel proprio corpo e gli impedisca pensare ad altro: «mettiti questa palla di cannone nell'intestino e vedi quanto puoi preoccuparti del chiaro di luna sulle dune di sabbia» *(46).*

Può darsi però che il malato non abbia il concetto di terapia multidimodale del dolore o che

non riconosca come terapie le tecniche fisiche e manuali che impiega nel quotidiano come il riscaldamento o il massaggio della parte dolente. E può darsi che non conosca l'uso antalgico dei metodi come il rilassamento muscolare, la visualizzazione guidata, la musicoterapia. Queste terapie sono ormai recepite dall'*evidence based nursing, e* malgrado la dimostrata efficacia non trovano grande impiego in Italia se non con i bambini. E anche laddove gli infermieri, in ambito pediatrico, utilizzano un ventaglio di tecniche non farmacologiche, spesso il bambino ha un ruolo passivo (47). Esistono invece evidenze anche per l'impiego nell'adulto. Uno studio americano descrive gli effetti positivi della visualizzazione guidata nel periodo postoperatorio di adulti con bypass coronarico (48). Negli hospice, i luoghi di ricovero per i malati terminali, la visualizzazione guidata, la musicoterapia, l'arte terapia sono un capitolo importante della strategia di controllo del dolore, insieme ai farmaci (49).

Le ragioni per cui queste tecniche sono poco usate sono probabilmente molte, ma e c il linguaggio stabilisce una potente gerarchia: terapie farmacologiche e *non* farmacologiche.

Il dolore e la sofferenza: il sentimento della persona

Sofferenza è temine che indica una dimensione antropologica del dolore, un vissuto negativo nel quale la coscienza è direttamente implicata (50). La sofferenza è propriamente sentimento della persona, inevitabilmente la coinvolge: i corpi non soffrono, le persone soffrono (51). La sofferenza non è solo il dolore, è un'insieme di sensazioni negative, di sentimenti e pensieri che fanno male, è dolore esperito come peso, minaccia, contraddizione rispetto all'ideale di vita umana. La sofferenza può prescindere dal dolore, e non sempre vi è una proporzione tra dolore e sofferenza: vi sono situazioni in cui la consistenza obiettiva del dolore è significativa, ma la sofferenza percepita è minima, mentre esistono sofferenze profonde che hanno minimo rapporto col dolore fisico.

Il dolore connesso ad una malattia o un trauma ha una componente somatica sui cui si innestano risonanze emotive, culturali ed esistenziali; è sempre fisico, ma non è mai solo fisico perché ad esso si può aggiungere un insieme di altre sensazioni negative. Non sempre è chiaro se i farmaci siano buoni o cattivi, migliori o peggiori di altre opzioni, ma i farmaci per la terapia del dolore sono sicuramente efficaci, di migliore efficacia antalgica rispetto ai trattamenti analgesici invasivi, che trovano indicazione in pochi casi. Nessuno studio inoltre ha mai correlato uno scarso controllo del dolore allo scarso uso dei trattamenti non farmacologico, per quanto ne sia riconosciuto il valore.

La terapia con farmaci analgesici è la modalità più efficace di controllare

molte forme di dolore, da quello postoperatorio a quello a cancro. L'utilizzo di farmaci analgesici è un problema che certamente non riguarda solo gli infermieri ma riguarda anche gli infermieri, che possono e debbono mettere in atto anche degli interventi indipendenti per almeno tre ragioni.

La prima è che talune persone non hanno possibilità di esprimere il loro dolore e non hanno la possibilità di esprimere una legittima richiesta di farmaci antalgici: «il dolore spesso non riesce a farsi sentire; facciamo in modo che chiami ed abbia risposta attraverso la voce, le richieste e le azioni degli infermieri» (52). La seconda: i malati che possono dar voce alla loro esperienza non sempre hanno le informazioni necessarie per scegliere e chiedere i trattamenti che riducano il dolore. Fornire loro queste informazioni, è un impegno di grande civiltà per tutti i professionisti della sanità e l'infermiere non fa eccezione. La terza ragione è che talora l'uso dei farmaci è un mezzo per essere al servizio della persona e dei suoi bisogni, il mandato prioritario di un infermiere.

La somministrazione di farmaci è chiaramente parte dell'attività infermieristica, e la somministrazione di analgesici, eliminando o riducendo il dolore, contribuisce a realizzare un ulteriore scopo: aumentare il benessere della persona, cioè ridurre la sua sofferenza.

La sofferenza certo non è solo collegata al dolore. La sofferenza è anche vedere che il proprio dolore non è riconosciuto, non sentire il sapore dei cibi, avere sete, non riuscire a parlare, sentire l'odore delle proprie feci, non poter vedere le persone care, dover rimanere a letto o su una carrozzina. L'impiego dei farmaci può non bastare, come possono non bastare le terapie non farmacologiche e l'aiuto di Socrate, Confucio o Sant' Agostino. In alcuni casi, per alcuni malati, i farmaci e gli altri mezzi di cui la terapia del dolore dispone nonché una fede solida sono d'aiuto; in molti casi e per molti malati sarà d'aiuto una competente attenzione ai loro bisogni.

Una ricerca sui familiari di persone morte per varie cause, ha mostrato che i familiari associano un inadeguato controllo del dolore al fatto di essere stati poco coinvolti nelle cure, al fatto che i bisogni quotidiani del malato – come l'alimentazione – non erano stati sufficientemente soddisfatti, e che il malato non aveva ricevuto abbastanza sollievo per disturbi come la bocca secca (53).

Alcuni problemi etici

L'azione dell'infermiere deve tendere a realizzare prestazioni di sicura efficacia e benessere e ad evitare sofferenze inutili. L'infermiere, in ragione del suo ruolo professionale, può provocare dolore, specie in ambiti come i centri per ustionati, anche solo pungendo la cute, togliendo un bendaggio adesivo, medicando una ferita. Pochi studi hanno considerato le reazioni dell'infermiere a questa situazione (54). Alcune ricerche evidenziano il disagio degli infermieri di area critica quando le terapie provocano sofferenza senza dare benefici proporzionati (55-57).

L'infermiere, specie in area critica, applica una tecnologia invasiva, in grado di salvare la vita ma anche di provocare dolore e sofferenza. L'infermiere compie una valutazione etica e non ha dubbi sulla cosa giusta da fare, né quando mantiene le

funzioni vitali con mezzi aggressivi, né quando fa il monitoraggio dell'attività dell'organismo frequentemente e con mezzi invasivi. Ma l'infermiere è capace anche di una valutazione etica sulla qualità della vita. E se il monitoraggio richiede la manipolazione dei presidi applicati oppure uno spostamento del malato, valuta la possibilità di dilazionare il controllo, assumendo così una prospettiva che riunisce in sé l'attenzione per la vita (nel senso biologico) e per chi la vive. Il problema si pone quando non solo un monitoraggio invasivo ma anche gran parte degli esami di routine, non solo la rianimazione ma anche la nutrizione artificiale, sono inappropriati e fonte di dolore e sofferenza inutili.

Tra i fattori che danno una forte connotazione etica a un caso clinico, almeno due sono tipicamente presenti in area critica: una è l'emergenza – urgenza; l'altra è l'impossibilità di informare il malato se è incompetente, cioè incapace di scegliere razionalmente, di manifestare la sua scelta, di comprenderne le conseguenze. Tuttavia, in emergenza-urgenza o no, che il malato sia competente o non lo sia, alcuni trattamenti non si devono offrire né attuare. Si tratta dei trattamenti futili, che danno un beneficio illusorio, come la nutrizione parenterale totale nello stato vegetativo persistente; di quelli molto onerosi o rischiosi rispetto ai benefici, come la ventilazione per una dispnea da tumore polmonare; di quelli che non danno un beneficio neanche in termini di qualità di vita.

> *Un uomo con tumore della testa o del collo può morire per disfagia, asfissia, emorragia, polmonite. Gli effetti della disfagia si possono evitare con una gastrostomia: il malato vivrà abbastanza da avere una ostruzione tracheale, che si può risolvere con una tracheostomia. Allora vivrà ancora fino ad avere una emorragia, e se si praticano delle trasfusioni fino ad avere una polmonite, curabile con antibiotici. Il malato avrà ricorrenti emorragie una delle quali sarà fatale.*

I trattamenti che risolvono un evento critico permettono al malato di vivere fino ad un evento peggiore del precedente. Se si considera «proporzionato» ciò che serve alla continuazione del processo biologico, non c'è accanimento; se invece che al processo biologico si pensa alla qualità di vita la sproporzione è manifesta. Nel codice deontologico dell'infermiere, al punto 4.15, è indicato che «l'infermiere tutela il diritto a porre dei limiti ad eccessi diagnostici e terapeutici non coerenti con la qualità di vita del malato (40).

In area critica si presentano situazioni estreme come la sospensione delle terapie salva vita e delle terapie infusive, e la sedazione terminale

> «... *si verificò in Norvegia il più grave incidente ferroviario che la storia di quel Paese ricordi. Tra le lamiere inestricabilmente contorte rimasero prigioniere, ma ancora vive, alcune vittime del disastro, che non avevano possibilità alcuna di essere estratte. L'opinione pubblica norvegese si commosse del fatto che i medici accorsi sul luogo dell'incidente decisero, compassionevolmente, di somministrare morfina a quanti, tra atroci dolori, si trovavano lì intrappolati*» (58).

Una solida argomentazione portata dal mondo cattolico legittima la sedazione terminale per evitare una morte tra atroci dolori. È la teoria del doppio effetto, secondo la quale se l'intenzione del professionista è togliere il dolore e la sofferenza, la perdita di coscienza e l'eventuale abbreviazione della vita possono essere accettate come conseguenza indiretta. È la posizione espressa da Pio XII nel 1957 (59) e ribadita dal concilio vaticano II.

Togliere il dolore, anche in queste circostanze, è un dovere scientifico ed etico. A livello scientifico valgono le evidenze, e bisogna stabilire se la terapia del dolore è efficace e migliore di altre opzioni. Sono ormai molte le segnalazioni in letteratura degli effetti deleteri del dolore sul decorso clinico oltre che sulla qualità di vita. Il controllo del dolore è un elemento importante per migliore il cosiddetto *outcome* chirurgico, sentire dolore ha effetti negativi sulla situazione emotiva attuale e a distanza, il dolore accentua i limiti relazionali che già di per sé la condizione di malato e di degente comporta.

A livello etico valgono le argomentazioni. I pareri dei comitati etici e i testi del Magistero Cattolico, la letteratura bioetica, dimostrano che il dibatto c'è già stato e che togliere o limitare il dolore e la sofferenza comincia ad essere considerato un dovere fornito di adeguate basi etiche oltre che scientifiche. In questi due campi l'azione dell'infermiere può essere immediata.

Due cose che l'infermiere può fare subito

Ogni cittadino ha il diritto di sottrarsi alla tragedia del dolore inutile e all'umiliazione della sofferenza (60). Ha anche il diritto che la valutazione del dolore sia «appropriata», non solo nel senso che il professionista debba essere competente, ma anche in quello che sia considerata la sua «propria» esperienza. L'infermiere può impegnarsi per evitare ulteriori ritardi nella garanzia di questi diritti, così come garantisce una attenzione competente ai bisogni delle persone, soprattutto di quelle che non hanno mezzi per difendersi. Ha almeno due modi concreti attuabili subito: il primo è migliorare la propria capacità di valutare i casi anche dal punto di vista etico; il secondo è conoscere i dati scientifici correnti per correggere le opinioni sbagliate.

Bibliografia

1. Zech DFJ, Ground S, Lyjnch J, Hertel D, Lehmann KA, *Validation of World Health Organization for cancer pain relief: a 10 year prospective study. Pain* 1995, 63
2. Donoram M, Dillon P, McGuire L, *Incidence and characteristics of pain in a sample of medical surgical inpatients, Pain* 1987, 30
3. Xian Gu, Belgrade MJ, *Pain in ospitalized patients with medical illnesses.* J Pain Symptom Manage, 1993, 8
4. Mc Neill JA, Sherwood GD, Starck PL, Thompson CJ, *Assessing clinical outcomes patient satisfaction with pain management.* J Pain Symptom Manage, 1998, 16
5. Abbot FV, Gray-Donald K, Sewitch MJ, Johnston CC, Edgar L, Jeans ME, *The prevalence of pain in hospitalized patients and its resolution over six months.* Pain 1992, 50
6. Bruster S, Jarman J, Bosanquet N, Weston D, Erens R, Delbanco TL, *National survey of hospital patients.* BMJ 1994, 309
7. Dorrepaal K, Aaronson NK Van Dam FSAM, *Pain experience and pain management among hospitalized cancer patients. Cancer* 1989, 63.
8. Gruppo ligure per un ospedale senza dolore, *Il dolore nei pazienti ricoverati. Metodologia, organizzazione e risultati preliminari di uno studio in Liguria.* RiCP vol. 2 n. 1/2000
9. Redmond K, *Barriers o the effective management of pain,* Int Jour of Palliative Nursing, vol. 4 n. 6, 1998.
10. Drayer RA, Henderson J, Reidenberg M, *Barriers to better pain control in hospitalized patients,* J Pain Symptom Manage, 1999 Jun 17:6
11. Good M, *Acute pain,* Annu Rev Nurs Res, 1999, 17
12. Nekolaichuk CL, Bruera E, Spachynski K, MacEachern T, Hanson J, Maguire T, *A comparison of patient and proxy symptom assessment in advanced cancer patients.* Palliat Med 1999 Jul 13:4
13. Hall Lord ML, Larsson G, Sten B, *Pain and distress among elderly intensive care unit patients: comparison of patients' experience and nurses' assessment,* Heart Lung, 1998 Mar, 27:2
14. Hovi SL, Lauri S, *Patients' and nurses' assessment of cancer pain,* Eur J Cancer Care, 1999, 8
15. McCaffery M, Ferrel BR, *Nurses' knowledge of pain assessment and management: how much progress have we made?* J of Pain and Symptom Management vol. 14 n. 3, Sept 1997
16. Watt-Watson JH, Ivers Donovan M, *Pain management, Nursing perspective,* Mosby Year Book, 1992
17. International Association for the study of Pain, Pain terms: a list with definitions and notes on usage, Pain, 6, 1979
18. Mc Caffery M, *Nursing the patient in pain,* Lippincott Nursing Series, Harper e Row, London, 1983
19. Engelhardt H Jr, *Manuale di bioetica.* Nuova edizione, Il Saggiatore, Milano, 1999
20. Frova G, *Terapia del dolore da cancro,* Lombardo Ed., 1994
21. Agency for Healh Care Policy and Research (AHCPR). Acute pain management in adults: operative procedures. Quick references guide for clinicians. AHCPR Pub. N. 92-0019, Rockville, MD: AHCPR, 1992
22. Jacox A, Carr DB, Payne R et al., *Clinical practice guideline* n. 9, AHCPR Pub. N. 92-05942, Rockville, MD: AHCPR, United States Department of Health and Human service, Public Health Service,1994
23. Frank AJM, Moli JMH, Hort JF. *A comparison of three years of measuring pain.* Rheumatol Rehabil 1982; 21:21 I- 217
24. Dixon JS, *Agreement between horizontal and vertical visual analogue scales.* Br J Rheumatol 1986; 24:415-416. Letter.

25. Beyer JE, Levin CR, *Issue and advances in pain control in children,* Nurs Clin North Am 1987 Sept, 22(3)
26. American Pain Society – quality of care committee, Quality improvement guide-lines for the treatment of acute pain and cancer pain, J Am Med Assoc, 1995
27. Cohen FL, *I,* Pain, 9, 1890
28. Donovan M, Dillon, McGuire L, *Incidence and characteristics of pain in a sample of medical – chirurgical inpatients,* Pain 30, 1987
29. Twycross A, *Perceptions about children's pain experience,* Prof nurse, 1998 Sept 13:12
30. Weissman DE, Matson S, *Pain assessment and management in the long term care setting.* Theor Med Bioeth 1999 Jan 20:1
31. Beyer J, DeGood DE, Ashley LC, Russel GA, *Patterns of post operative analgesic use with adults and children following cardiac surgery.* Pain 17, 1983
32. Faherty BS, rier MR. Analgesic medication for elderly people post surgery. Nurs Res 33, 1977
33. Beel TL, Mitchiner JC, Frederiksen SM, cCormick J, Patient preferences regarding pain medication in the ED, Am J Emerg Med 2000 Jul 18:4
34. Todd KH, Deaton C, D'Adamo AP, Goe L, Ethnicity and analgesic practice, Ann Emerg Med 2000 Jan 35:1
35. McCaffery M, Ferrel B, O'Neil-Page E, Lester M, Nurses' knowledge of opioid analgesic, drugs and psycological dependence. Cancer nurs 1990, 13
36. Scuola italiana di medicina e cure palliative, Analisi di focus group, dati non pubblicati
37. Toscani F, Gradi di difficoltà delle scelte del malato, Quaderni di Cure Palliative, 1/94
38. Medical care of the dying, Victoria Hospice Society, 2nd ed 1993, Victoria BC
39. Agostoni A, il dilemma etico del placebo, Recenti progressi in medicina, vol 91, n.11, novembre 2000
40. Il codice deontologico degli infermieri,Federazione Nazionale Collegi IPASVI, Roma1999
41. Ward SE, Goldberg N, Miller-McCauley V, Mueller C, Nolan A, Pawlik-Plank D, Robbins A, Stormoen, Weissman DE, *Patient relate barriers to management of cancer pain,* Pain, 52, 1993
42. Vortherms R, Ryan P, Ward S, *Knowledge of attitudes toward, and barriers to pharmacologic management of cancer pain in a statewide random sample of nurses.* Res Nurs Health, 15, 1992
43. American pain society. Principles of analgesic use in treatment of acute pain and cancer pain, 3rd ed. Skokie, IL: American pain Society 1992
44. Twycross G, *The use of narcotic analgesics in terminal illness,* J Med Ethics, 1, 1975
45. Kanner RM, Foley KM, *Pattern of narcotic drug use in cancer pain clinic,* Ann NY Acad Sci, 362, 1981
46. Regnard CFB, Tempest S, Toscani F, *Manuale di medicina palliativa.* II Ed. italiana, Ed., Milano, 1999
47. Salantera S, Lauri S, Salmi TT, Helenius H, *Nurses' knowledge about farmacological and nonpharmacological pain management in children.* J Pain Symptom Manage 1999 Oct 18:4
48. Deisch P, Soukup SM, Adams P, Wild MC, Guided imagery: replication study using coronary artery bypass graft patients Nurs Clin North Am, 2000 Jun 35:2
49. Rankin-Box D, Hancock C, *The nurses' handbook of Complementary Therapies,* Churchill Livingstone, New York, 1995
50. Cattorini P, Reichlin M, *Quando la sofferenza ha un senso?* Quaderni di cure palliative, 2/96
51. Cassel EJ, *The nature of suffering and the goals of medicine,* New York, 1991; cit. in Cattorini P, Reichlin M, *Quando la sofferenza ha un senso?* Quaderni di cure palliative, 2/96

52. Silvestro A., *Un'alleanza contro il dolore,* L'infermiere 3/2000
53. Miettinen TT, Tilvis RS, Karppi P, Arve S, *Why is the pain relief of dying patients often unsuccessful? The relatives' perspective.* Palliat Med 1998 Nov, 12 (6)
54. Nagy S, *Strategies used by burns nuses to cope wih the infliction of pain on paients.* J Adv Nurs, 1999 Jun 29:6
55. Penticuff JH, *Infant suffering and nurse advocacy in neonatal intensive care.* Nurs Clin North am 1989 Dec 24(4)
56. Stein Parbury J, McKinley S, *Patients' experiences of being in an intensive care unit: a select literature review.* Am J Crit care, 2000 Jan 9:1
57. Kirchhoff KT, Beckstrand RL, *Critical care nurses' perceptions of obstacles and helpful behaviors in providing en of life care o ding patient,* Am J Crit care, 2000 Mar 9:2
58. Angeloni G., L'infermiere 2/2000
59. Pio XII, *Problemi religiosi e morali dell'analgesia* (1957) in Verspieren P. Biologia, medicina ed etica. Testi del magistero cattolico. Brescia: Queriniana 1990
60. Santosuosso A., *Il diritto di non soffrire,* Quaderni di cure palliative, vol. 4 n. 2/96

L'ANALGESIA PER LE PRATICHE DOLOROSE NELLE TERAPIE INTENSIVE

D.D.S.I. S. SEBASTIANI [1], P. DI GIULIO [2]

[1] Dipartimento Anestesia Rianimazione Terapia Intensiva e Terapia Antalgica - UO Anestesia Rianimazione Cardiochirurgica - Azienda Ospedaliera di Bologna Policlinico Sant'Orsola Malpighi

[2] Gruppo di lavoro ANIARTI

Il problema del controllo del dolore nelle terapie intensive è molto sentito, anche se relativamente poco indagato. Il dolore viene generalmente mal gestito (1) e l'uso di sedativi è limitato rispetto al livello di dolore provato ed ai bisogni dei pazienti (2).

Il dolore e l'impossibilità di dormire sono stati riportati come i principali fattori di stress da 50 pazienti ricoverati in unità coronarica (3). Wipple et al (4) hanno analizzato l'adeguatezza del controllo del dolore in 17 pazienti traumatizzati gravi in terapia intensiva ed il 47% riportava di avere dolore elevato e nel 58% dei casi gli infermieri somministravano dosaggi inferiori al massimo della dose massima consentita. Il controllo del dolore è parte integrante della gestione del paziente perché un dolore non controllato può portare a complicanze ed incidere sugli esiti (1, 3-6). Capuzzo (7) et al in un'intervista a 130 pazienti ricoverati in terapia intensiva riportano invece un buon controllo del dolore postoperatorio.

I dati generali testimoniano però un inadeguato controllo del dolore, per diversi motivi, tra i quali quello di una inadeguata valutazione da parte degli infermieri e dei medici. Le cause di dolore durante il ricovero possono essere legate sia alla partologia che ai trattamenti invasivi. Lo studio presentato nasce dall'esigenza di capire meglio l'uso dell'analgesia nelle nostre terapie intensive, luoghi ove si compiono spesso manovre invasive-dolorose.

Spesso, con la giustificazione che, l'urgenza delle manovre e/o le condizioni particolari della persona (intubato, sedato, non comunica) non lo consentono oppure non lo richiedono, non si pensa all'analgesia non ponendo la giusta attenzione al dolore provocato dalla manovra sulla persona assistita.

Obiettivi dell'indagine sono:

- stimare la prevalenza delle manovre ed interventi che provocano dolore nei pazienti ricoverati in strutture intensive;
- descrivere l'uso dell'analgesia per alcune manovre invasive e/o dolorose;
- valutare la percezione degli infermieri sulla necessità di analgesia.

Materiali e metodi

I dati sono stati raccolti in una giornata indice, scelta nel periodo dal 20 al 30 settembre 2000, nei tre turni di lavoro (mattina, pomeriggio e notte). Sono stati osservati i pazienti sottoposti ad una serie di pratiche-manovre invasive

considerate dolorose. Le 14 voci selezionate sulla scheda erano: inserimento di un catetere venoso centrale mobilizzazione di un paziente con fratture o ferite che provocano dolore, broncoaspirazione senza tubo endotracheale, posizionamento o sostituzione di un tubo oro-nasotracheale, esecuzione di una tracheostomia, inserimento o rimozione di un drenaggio toracico, posizionamento di una trazione transcheletrica, esecuzione di una toracentesi, di una puntura lombare, arteriosa, medicazione dolorosa (lesione da decubito, ferita chirurgica aperta). Le manovre sono state scelte da un gruppo di operatori delle terapie intensive perché eseguite di routine e considerate dolorose o potenzialmente tali. Chi compilava la scheda poteva aggiungere altre manovre considerate dolorose. La scheda prevedeva la raccolta di dati di minima sul paziente, sul suo livello di coscienza (scala di Ramsey), la rilevazione della somministrazione di analgesici sia già in corso che somministrati *ad hoc* e il parere dell'infermiere sulla possibilità di somministrare altri analgesici.

Risultati

Sono state reinviate 230 schede da 27 centri prevalentemente del centro-nord. 24 schede sono state scartate perché non erano compilate correttamente o, diversamente da quanto veniva richiesto dal protocollo, non venivano riportate manovre considerate (dagli stessi infermieri che avevano compilato la scheda) dolorose. Le analisi sono state pertanto effettuate su 106 schede. Nella Tabella 1 vengono riportati i centri partecipanti e le schede pervenute da ciascun centro.

Tabella 1. *Centri partecipanti e numero di schede valide*

Bologna S.Orsola (Rian, Cardioch, TI Cardioch)	61
Padova (NCH, Cardioch, TI)	30
Napoli (SS. Annunziata, Rian. Cardiol, Ospedale Pellegrini, Ascalesi)	24
Salerno	12
Nuoro	12
Caserta	11
San Remo	10
Bari	9
Perugia Silvestrini (TI e Postop)	9
Pordenone	7
Maddaloni (LE)	6
Cagliari (Brotzu e SS Trinità)	6
Empoli	5
Savigliano	5
S. Vito al Tagliamento	3
Napoli (Monaldi)	3
Isernia	3
Loreto a mare	1

Hanno partecipato all'indagine 128 infermieri, 44 maschi 34.3% e 84 donne 65.7% (di 2 non era segnalato il sesso). L'età media maschi era di 37.2 anni, range 25-47 anni, delle donne 33.5 anni (range 24-54 anni). L'anzianità di lavoro in terapia intensiva era di 8.2 anni per i maschi (range da pochi mesi a 26 anni) e di 6.2 anni per le femmine (range da pochi mesi a 32 anni). Gli anni di diploma erano invece di 11.2 anni per gli uomini e 10.8 per le donne.

Nella tabella 2 sono riportate le manovre identificate ed il numero di segnalazioni per manovra.

Tabella 2. *Manovre identificate (in ordine di frequenza)*

	N	%
Mobilizzazione di paziente con fatture, ferite o problemi che provocano dolore	47	22.8
Puntura arteriosa	45	21.8
Inserimento di un CVC da vena centrale	27	13.7
Broncoaspirazione/lavaggio bronchiale *	25	12.1
Medicazione di una ferita aperta e/o toilette lesione (solo2)	15	7.3
Posizionamento/sostituzione tubo endotracheale/broncoscopia*/SNG laringoscopio *	14	6.7
Rimozione di un drenaggio toracico	9	4.4
Inserimento di un drenaggio toracico	8	3.8
* Incanulazione arteria radiale o femorale	4	1.9
Toracentesi	3	1.3
* Rimozione contropulsazione aortica	2	0.9
Altro	7	3.3
Totale	206	100.0

Le manovre raggruppate sotto altro sono state segnalate solo una volta: Puntura lombare; Inserimento PEG Inserimento catetere dialisi femorale*; Svuotamento rettale*; Biopsia epatica*; Apertura stoma in colostomia* Eco transesofagea*.*

Le voci segnate con l'asterisco sono quelle identificate dagli infermieri nella parte libera della scheda.

Nella tabella 3 vengono riportate le caratteristiche dei pazienti

Tabella 3. *Le caratteristiche dei pazienti*

	M		F	
	N	%	N	%
Sesso	126	61.2	80	38.8
Età in anni	59.6		66.9	
Stato di coscienza				
Sveglio (collaborante o agitato)	64	50.8	53	66.2
Risponde solo ai comandi/risposta vivace	11	8.7	9	11.2
Lenta risposta allo stimolo tattile/doloroso	21	16.6	9	11.2
Nessuna risposta stimolo doloroso	19	15.0	3	3.7
Intubato	70	55.5	24	30.0
Modalità di esecuzione della manovra				
Pianificata/routine	89	70.6	61	76.2
Urgenza	33		16	
Turno				
Mattino	55	43.6	45	56.2
Pomeriggio	41	32.5	25	31.2
Notte	29	23.0	10	12.5
Analgesici già in corso	**50**	**39.7**	**19**	**23.7**
Oppioidi (Morfina, Fentanest)	31		17	
Anestetici generali (Propofol, Ipnovel)	23		21	
Fans (Lixidol)	4		–	
Anestestici locali (xilocaina, carboc, clor. etile)	2		2	
Benzodiazepine	1		–	
Altro (Nimbex, Norcuron)	6			
Ai pazienti poteva essere somministrato più di un prodotto				
Analgesici somministrati *ad hoc*	**56**	**44.4**	**27**	**33.7**
Oppioidi	24		14	
Anestetici locali	25		8	
Anestetici generali	9		4	
Fans	9		1	
Altro	2		6	
Necessità di somministrare analgesici	**26**	**20.6**	**22**	**27.5**

Segue

Continua

	M		F	
	N	%	N	%
Motivi della non necessità di somministrazione di analgesici				
Analgesia efficace	52	52.0	22	37.9
Manovra non dolorosa	12	12.0	20	34.4
Paziente già sedato	25	25.0	5	8.6
Effetti collaterali degli analgesici	2	2.0	2	3.4
Manovra breve	5	5.0	1	1.7

Le somme non corrispondono sempre al totale e le percentuali a 100 a causa dei dati mancanti per alcuni pazienti

Come si può osservare dalla tabella 3, l'età media delle donne è superiore rispetto a quella degli uomini, e lo stato di coscienza migliore (infatti è intubato anche un minor numero di donne). Un minor numero di donne ha analgesici in corso come anche analgesici somministrati *ad hoc* per la manovra. Gli infermieri ritengono invece che un maggior numero di donne avrebbe bisogno di ricevere analgesici (27.5 vs 20.6%). Il dato diventa ancora più rilevante se si escludono le donne che sono state sottoposte a prelievo arterioso, manovra relativamente dolorosa, in particolare quando eseguita più volte al giorno, ma per la quale non si somministrano analgesici.

82 pazienti (39 %) al momento dell'esecuzione della tecnica non ricevevano alcuna forma di analgesia: 38 uomini (30.1%) e 44 donne (55%). 34 di questi (16 uomini e 18 donne) secondo gli infermieri avrebbero dovuto ricevere analgesici.

Le manovre eseguite senza alcun tipo di analgesia sono riportate nella tabella 4. Nel 50% dei casi questa manovra viene eseguita senza alcuna forma di analgesia nelle donne (rispetto al 31% degli uomini). Le differenze permangono, anche se con numeri molto limitati, anche per le altre manovre. Sembra quindi che nei confronti delle donne ci sia meno attenzione alla sedazione del dolore da manovra invasiva.

Tabella 4. *Le manovre eseguite senza alcuna forma di analgesia*

Manovre eseguite	**M**	**F**
Mobilizzazione con fratture o problemi che provocano dolore	8/26	10/21
Puntura arteriosa	9/23	19/22
Inserimento CVC da vena centrale	3/20	2/7
Broncoaspirazione/lavaggio bronchiale	13/17	4/5
Medicazione dolorosa	-/7	2/8
Inserimento Tubo Endotracheale	-/6	4/8
Rimozione/inserimento Drenaggio toracico	4/14	2/3
Toracentesi	-/1	1/2

Per meglio comprendere le differenze tra chi esegue la manovra con e senza alcun tipo di analgesia, nella tabella 5 le due popolazioni vengono messe a confronto.

Tabella 5. *Differenze tra i pazienti che eseguono la manovra con e senza analgesia*

	Maschi (%)		Femmine (%)	
Analgesia	**Si (88)**	**No (38)**	**Si (36)**	**No (44)**
Sesso	69.9	30.1	45.0	55.0
Età	57.7	59.6	66.3	66.1
Stato di coscienza				
Agitato ma collaborante	46.6	60.5	66.6	65.9
Risposta vivace ai comandi	9.0	7.8	19.4	4.5
Lenta risposta a stimolo tattile/doloroso	19.3	10.5	-	20.4
Nessuna risposta stimolo doloroso	17.0	10.5	-	9.0
Intubato	56.8	52.6	36.1	25.0
Modalità di esecuzione della manovra				
Pianificata/routine	67.0	78.9	83.3	70.4
Urgenza	29.5	18.4	16.7	15.9
Turno				
Mattino	39.7	52.6	55.5	56.8
Pomeriggio	37.5	21.1	38.8	25.0
Notte	21.5	26.3	5.5	18.2
Necessità di somministrare analgesici	18.3	42.1	55.5	40.9
Motivi della non necessità di somministrazione				
Analgesia efficace	57.9	4.5	61.1	–
Manovra non dolorosa	2.2	45.4	–	76.9
Paziente già sedato	23.8	18.2	11.1	3.8
Effetti collaterali degli analgesici	5.2	9.0	5.4	3.8
Manovra breve	–	9.0	2.7	3.8

Le somme delle percentuali non corrispondono sempre a 100 a causa dei dati mancanti per alcuni pazienti

Il numero limitato di casi non consente di valutare le differenze di comportamento per singola manovra e pone dei limiti anche al commento della tabella. Sembra che la variabile principale che influenza questi comportamenti sia il sesso, perché, salvo che per le donne con un livello di coscienza più compro-

messo (in coma o con lenta risposta agli stimoli), che vengono sedate di meno, non si osservano differenze rilevanti tra il gruppo di pazienti sedati e non sedati. Gli infermieri percepiscono una maggiore necessità di somministrare analgesici aggiuntivi sia nelle donne che negli uomini.

Discussione

Il numero di casi limitato non consente di analizzare con sicurezza le differnze tra gruppi (pazienti sedati e non sedati) né le differenze di comportamenti tra i centri, o di politica di sedazione per la stessa manovra.

L'indagine ha consentito di esplicitare quali manovre sono percepite come dolorose dagli infermieri. Manovre di routine quali il prelievo arterioso, sono state riportate tra le manovre dolorose che avrebbero bisogno della somministrazione di analgesici (ad esempio il lavaggio bronchiale la broncoscopia, l'esplorazione rettale). Questo indica attenzione, da parte degli infermieri che hanno raccolto i dati, al dolore del paziente.

Le manovre percepite dolorose vengono eseguite più volte nell'arco della giornata, ed anche sullo stesso paziente. L'utilizzo di analgesici non sembra essere influenzato né dal turno (mattino, pomeriggio o notte), né dal fatto che la manovra venga eseguita di routine o di urgenza.

Complessivamente le donne ricevono meno analgesia rispetto agli uomini: quando si osservano le differenze tra i gruppi di pazienti sedati e non sedati non sembrano emergere variabili che spieghino questo comportamento.

Per gli uomini si rileva un dato apparentemente paradossale: vengono eseguiti meno analgesici ai pazienti «svegli». Questo dato si conferma anche in letteratura dove medici ed infermieri sono riluttanti ad eseguire anlagesici per la paura di depressione respiratoria e di non poter osservare le reazioni del paziente (3-4, 8).

Il comportamento di sedare di meno le persone con un livello di coscienza alterato (presente in particolare tra le donne) non trova giustificazioni in letteratura perché anche se non cosciente il paziente continua comunque a percepire dolore e si dovrebbero adottare le precauzioni che si dovrebbero utilizzare di routine anche per il paziente cosciente.

Sarebbe interessante replicare questa indagine su un numero più elevato di pazienti per poter avere dati per meglio comprendere questo fenomeno, documentare l'eventuale variabilità di comportamenti e di percezione/sensibilità degli infermieri per lo stesso tipo di problema, e poter esprimere delle raccomandazioni. In particolare sarebbe utile capire in quali casi e perché, manovre dolorose ed eseguite di routine, quali la mobilizzazione dei pazienti con problemi che provocano dolore, o l'inserimento di CVC da vena centrale, o l'introduzione di un drenaggio toracico vengono eseguite in pazienti svegli e senza alcuna orma di analgesia, anche in situazionipianificate e di routine.

Bibliografia

1. Caswell DR, Williams JP, Vallejo M, Zaroda T, McNair,. Keckeisen M, Yale C, Cryer HG. *Improving pain management in critical care.* Joint Commission Journal on Quality Improvement 1996 ; 22:702-12.
2. Dasta JF, Fuhrman TM, McCandles C. *Use of sedatives and analgesics in a surgical intensive care unit: a follow-up and commentary.* Heart & Lung 1995; 24:76-8.
3. Novaes MA, Aronovich A, Ferraz MB, Knobel E. *Stressors in ICU: patients' evaluation.* Intensive Care Medicine 1997; 23:1282-5.
4. Whipple JK, Lewis KS, Quebbeman EJ et al. *Analysis of pain management in critically ill patients.* Pharmacotherapy 1995;15:592-9.
5. Ferguson J, Gilroy D, Puntillo K. *Dimensions of pain and analgesic administration associated with coronary artery bypass grafting in an Australian intensive care unit.* Journal of Advanced Nursing 1997; 26:1065-72.
6. Kroll W, List WF. *Pain treatment in the ICU: intravenous, regional or both?*.European Journal of Anaesthesiology 1997; S 15:49-52.
7. Capuzzo M, Bianconi M, Contu P, Cingolani E, Verri M, Gritti G. *Memory for postoperative pain six months after discharge from the hospital.* Minerva Anestesiologica 1997; 63:39-45.
8. Di Giulio P, Crow R. *Cognitive processess nurses and doctors use in the administration of prn (at need) analgesic drugs.* Scand J Car Sci 1997; 11: 12-19.

LA VALUTAZIONE DELLA STOMATITE E DEI PROBLEMI DEL CAVO ORALE E DELLA LORO GESTIONE NELLE TERAPIE INTENSIVE

G. DE PAOLI, P. DI GIULIO
Gruppo di lavoro Aniarti

La gestione dei problemi del cavo orale è una delle pratiche raccomandate non solo per il comfort del paziente ma anche per prevenire infezioni e stomatiti. La pulizia del cavo orale in terapia intensiva è particolarmente importante perché la maggior parte dei pazienti non è in grado di provvedervi autonomamente; i pazienti, intubati e sedati hanno una riduzione della secrezione salivare e si alterano i normali meccanismi fisiologici utili per mantenere il cavo orale sano (idratazione, salivazione, movimenti della lingua, masticazione) (1). La deposizione di placca provoca irritazione gengivale. La mancanza di igiene orale la deposizione di placca, alterazioni del pH, infiammazione ed irritazione. De Walt e Haines (2) hanno dimostrato che la mucosa del cavo orale si deteriora velocemente in particolare quando il paziente respira con la bocca, viene aspirato o respira ossigeno con cannule nasali. Dopo 4 ore le labbra di fissurano, si formano lesioni agli angoli della bocca, la lingua si ricopre di patina, si formano vescicole biancastre e si riduce la produzione di saliva. Anche i farmaci contribuiscono a queste alterazioni. Ad esempio antidepressivi, antistaminici, antispastici, steroidi ed antibiotici ad alte dosi provocano alterazione dell'attività delle ghiandole salivari; i pazienti anemici sono più a rischio di glossite, gengivite ed emorragie (1).

La maggior parte delle conoscenze sul problema derivano dalla letteratura oncologica (3-4); come anche le linee guida prodotte si riferiscono soprattutto alla prevenzione e trattamento della mucosite da chemio e radioterapia. Nonostante i numerosi studi disponibili (4), non è sempre semplice, anche per i pazienti oncologici, capire cosa fare e come comportarsi (6).

Nonostante gli infermieri di terapia intensiva siano consapevoli dell'importanza della corretta gestione del cavo orale per i pazienti ricoverati, non esistono indicazioni specifiche e gli studi (anche epidemiologici) pubblicati sul problema sono veramente pochi. Per questo motivo si è valuta eseguire una prima indagine per valutare la variabilità delle pratiche di trattamento dei pazienti con problemi del cavo orale ed avere una stima dell'incidenza del problema.

Obiettivo dell'indagine è quello di:

a) stimare la prevalenza percepita di problemi del cavo orale nei pazienti ricoverati in rianimazione;

b) descrivere i problemi del cavo orale di un campione di pazienti, la gravità ed il dolore che provocano;

c) descrivere i trattamenti utilizzati;

Metodo

L'indagine si è svolta nelle terapie intensive e rianimazioni, dove è frequente la presenza di pazienti intubati e trachoestomizzati e con infezioni del cavo orale, ed hanno aderito le terapie intensive disponibili, che facevano parte della rete di terapie intensive dell'ANIARTI (Associazione Nazionale Infermieri di Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva).

In una giornata indice, scelta dal reparto, nel periodo dal 15 agosto al 15 settembre sono stati valutati tutti i pazienti degenti in terapia intensiva, per identificare la presenza di stomatite, herpes, candidosi o problemi del cavo orale (di qualunque entità). I pazienti con problemi sono stati identificati esaminando (*con pila e spatola*) il cavo orale. I dati sono stati raccolti con una scheda suddivisa in due parti:

la prima parte riguarda le abitudini per la pulizia del cavo orale del reparto; la seconda parte prevedeva la rilevazione dei dati su un massimo di 3 pazienti con problemi del cavo orale. Se erano presenti più di 3 pazienti con problemi del cavo orale (stomatite, Herpes, candidosi), i dati sono stati raccolti solo sui 3 con problemi più gravi.

Secondo la scala di valutazione dell'OMS, è stata definita *Stomatite* un'alterazione del cavo orale che si manifesta con gengive biancastre e dolore lieve la cavo orale (*grado I*). Se presenti anche Eritema, ulcere superficiali, afte o presenza di placche biancastre la stomatite è di *grado II*. I pazienti generalmente hanno dolore ma riescono a mangiare e bere.

Stomatite grave: ulcere profonde, eritema intenso, necrosi delle mucose, emorragia e presenza di placche (*grado III*). Il paziente ha dolore grave e non riesce a mangiare né bere.

Herpes simplex. Infezione provocata dal virus dell'Herpes Simplex. Si manifesta con eruzioni vescicolari sulla bocca, gengive, lingua e palato. La gengiva, anche se non colpita, diventa molto arrossata e dolente. Alla rottura delle vescicole si formano delle erosioni che possono infettarsi. La bocca ha un odore fetido.

Candidosi. La Candida Albicans è un fungo che appartiene alla normale flora batterica. Si manifesta con la formazione di placche biancastre, paragonate a latte cagliato. La lesione può essere singola o multipla ed interessare parti più o meno estese di mucosa. Quando la placca viene rimossa la zona sottostante è eritematosa, dolente e sanguina.

Il livello di sedazione dei pazienti è stato valutato con la scala di Ramsey (7), che prevede la valutazione dello stato di coscienza in sette stadi: da paziente sveglio ed ansioso a paziente in coma che non risponde agli stimoli dolorosi.

Risultati

Hanno partecipato allo studio 28 terapie intensive e rianimazioni di 18 diverse città. Nella giornata di osservazione erano ricoverati 219 pazienti e secondo il giudizio degli infermieri 39 (17.8%) avevano problemi del cavo orale (stomatite, herpes o candidosi). I pazienti con problemi erano distribuiti in 14 centri.

Le abitudini di pulizia del cavo orale variano da centro a centro e sono riportate nella tabella 1.

Tabella 1. *Frequenza della pulizia del cavo orale nei diversi centri*

Frequenza	*Numero di centri*
1 volta al giorno	13 (in 6 casi si modifica la frequenza in base alle condizioni del paziente)
2 volte al giorno	6
– 2 volte	5 (in un centro il cavo orale viene pulito 8 volte al giorno)
Non esistono routine fisse	1 (si decide la frequenza in base alle con dizioni del paziente)

In 11 centri (39.2%) esistono protocolli sulla pulizia del cavo orale. Nella tabella 2 vengono riportati i presidi utilizzati

Tabella 2. *Presidi utilizzati di routine per la pulizia del cavo orale dei pazienti*

Presidi utilizzati e centri in cui vengono usati

Pinze	sterili	15	monouso	1
Batuffoli	sterili	8	puliti	14
Spazzolini	individuali	6	monouso	13
Altro	Spazzolini ad aspirazione (1); Super dental swab (2)		spugnetta con dentifricio	(3)

Ciascun centro usa più di un presidio

I prodotti usati di routine per pulire il cavo orale sono i più vari. Anche in questo caso ciascun centro poteva segnalare più di un prodotto (Tabella 3)

Tabella 3. *I prodotti utilizzati per la pulizia del cavo orale*

Prodotti e concentrazione di uso	
Colluttorio (**1** non dice nome, Galenico (Benzidamina, alcool e glicerina) **2**, Oraseptic **3**, Froben **1**, Antoral **2**, Betadine **1**; Oralfit **1**)	11
Clorexidina (0.2% **3**; 2% **3** ; 3% **1**; 0.05% **3**)	10
Benzidamina 0.15 (Tantum)	8
Bicarbonato (10% **1**, 1:6 **2**; 10 mEq in 100 ml **1**, **1** non specifica concentrazione)	5
H_2O_2 (2 non specifica concentrazione; 3% **2**)	4

(solo in un centro si utilizza la soluzione fisiologica, in tutti gli altri acqua di rubinetto)
(Oraseptic= Esetidina; Froben= Flurbiprofene Antoral = Tibenzonio cloruro 0.5 Oralsan= Clorexidina)

Il controllo quotidiano del cavo orale nel paziente intubato viene fatto in 23 centri. Nessun centro usa scale di valutazione per il cavo orale.

I 39 pazienti osservati erano 20 maschi e 19 donne, con un'età media di 51.7 anni (range 1-80). Tutti erano intubati o tracheostomizzati (in 4 casi il dato non era segnalato).

Dodici pazienti avevano una diagnosi per problemi neurologici; 9 respiratori, 5 cardiovascolari; 4 gastrointestinali, 3 per trauma, 3 per latri motivi ed in 4 casi il dato non era segnalato.

I pazienti erano ricoverati in media da 21.5 giorni (range 1-120). I dati sul ricovero sono riportati nella tabella 4. I pazienti erano intubati da 18.2 giorni in media (range 1-116). Quindici pazienti da meno di una settimana (per 5 la segnalazione del problema coincideva con il giorno dell'intubazione); 6 da 8-15 giorni, 8 da 15 giorni-1 mese e 4 da più di un mese (per 4 casi il dato non era segnalato). Diciassette pazienti erano coscienti; 8 rispondevano solo ai comandi e 12 erano in coma (in due casi il dato non è stato riportato).

Tabella 4. *La durata del ricovero e nel campione di pazienti osservato*

Durata del ricovero	
≤ 1 settimana	14
8gg 15 gg	9
15 g 1 mese	7
> mese	6
Non specificato	3

Sedici pazienti avevano una candidosi, 11 una stomatite, 7 un herpes (un caso stomatite associata ad herpes) ed in 7 casi il problema non è stato segnalato.

È complesso fare una diagnosi precisa di stomatite o candidosi, questo è forse il motivo per cui in molti casi non è stata data una risposta. La candidosi (con i problemi relativi alla formazione di placca, al dolore ed ai trattamenti da somministrare) sembra essere il problema più frequente.

La gravità delle condizioni del cavo orale del paziente per ciascuno dei problemi riportati viene illustrata nella tabella 5.

Tabella 5: *Condizioni del cavo orale dei pazienti in base al problema individuato*

Pazienti con	**candidosi (16)**	**Stomatite (11)**	**Herpes (7)**	**Non segnalato (7)**
Condizioni del cavo orale				
Eritema minimo	3	5	2	2
Eritema intenso con echimosi o ulcere	2	1	2	1
Non segnalato	*9*	*5*	*3*	*4*
Dolore				
Assente	3	2	1	
Lieve		3	1	1
Moderato	1	1	1	2
Non valutabile	4	4	1	2
Non segnalato	*8*	*1*	*1*	*1*
Placca	4	3		
Facile sanguinamento		3		

L'elevato numero di segnalazioni assenti non consente una valutazione delle condizioni del cavo orale dei pazienti. Indipendentemente dal problema si rileva che la maggior parte dei pazienti ha solo eritema lieve e la correttezza della valutazione sembra essere confermata dalla relativa assenza di segnalazione di dolore (11 pazienti hanno un dolore assente o lieve). L'elevato numero di pazienti in coma o che rispondono solo ai comandi rende difficile valutare questo parametro.

I dati della tabella 6 fanno vedere come non esistano strategie mirate per il trattamento dei problemi. I prodotti vengono infatti usati indifferentemente per la stomatite, la candidosi o per l'herpes. La frequenza della pulizia dipende dalle condizioni del cavo orale del paziente. Infatti solo in un caso la pulizia del cavo orale viene eseguita solo una volta, per 16 pazienti la frequenza è due volte al giorno, negli altri 14 casi il cavo orale viene pulito dalle 3 alle 6 volte al giorno (in 8 casi non è stata segnalata la frequenza).

Tabella 6. *Sostanze usate per la pulizia del cavo orale*

Pazienti con	**Candidosi**	**Herpes**	**Stomatite**	**Altro**
Benzidamina 0.15%	5	1	1	1
Mycostatin	2		2	1
Acqua ossigenata 3%	1	1	2	
Clorexidina 0.2%; 0.12%		1		1
Colluttorio disinfettante	3		1	2
Antoral + mycostatin	1			
Bicarbonato	1^	2*"	3°	
Non Specificato	3	2	2	2

* Bicarbonato 20 ml in 100 ml di acqua; ° Bicarbonato 1.6% + Tantum; ^Bicarbonato, Betadine; Colluttorio e 10 ml di acqua ossigenata in 50 ml di acqua; " Bicarbonato 1 cucch in 50 ml + betadine colluttorio

Anche in questo caso, la scelta della sostanza dipende da una valutazione delle condizioni del cavo orale del paziente. Si ha l'impressione però che i vari prodotti usati per la pulizia (Tabella 6) vengano indifferentemente usati indipendentemente dal problema segnalato.

Tabella 7. *Trattamenti specifici utilizzati*

Trattam. specif. della	**Candidosi**	**Herpes**	**Stomatite**	**Altro**
Nistatina	9	–	2	1
Fluconazolo/Miconazolo + Nistatina	3	1		1
Fluconazolo	1			1
Aciclovir		2		
Aciclovir + Fluconazolo		1		
Cortifluoral			2	
Aciclovir, Bactrim, Vancom, Tenacid			1	
Non specificato	3	3	6	4

La tabella 7 invece indica una maggiore omogeneità di comportamenti per i trattamenti. Infatti l'aciclovir viene utilizzato esclusivamente per i casi dichiarati di herpes, la nistatina prevalentemente per i casi dichiarati di candidosi. Riesce difficile spiegare l'associazione riportate nella riga in fondo alla tabella ma, ancora una volta, non è possibile esprimere valutazioni senza conoscere la situazione del paziente ed in presenza di un elevato numero di dati mancanti.

Commento

La mancanza di dati sulla prevalenza di problemi del cavo orale nelle terapie intensive e rianimazioni non consente di commentare la prevalenza rilevata né di fare confronti con altri centri.

Si possono invece fare alcuni commenti sulle abitudini dei reparti. La pulizia del cavo orale va garantita a tutti i pazienti. Dato che non era stato richiesto, molti centri non hanno specificato quanto vengono seguiti rigidamente i protocolli. Il fatto che 6 centri su 13 abbiano segnalato che la frequenza quotidiana viene modificata, lascia ipotizzare che i protocolli servano come riferimento ma che i comportamenti vengano modificati in base alle condizioni del paziente.

I materiali utilizzati sono corretti. 24 centri su 28 utilizzano lo spazzolino o altri presidi che consentono di spazzolare i denti e rimuovere meccanicamente la placca. Sono gli unici presidi efficaci (3-5): i soli batuffoli infatti non rimuovono efficacemente la placca e dati i presidi attualmente disponibili (spazzolini con aspirazione, monouso) non dovrebbero essere quasi più utilizzati.

I colluttori non sostituiscono la normale pulizia. Dovendo scegliere però, soprattutto se usati per pazienti con lesioni del cavo orale, è preferibile evitare i colluttori (galenici o commerciali) che contengono alcool, che può provocare bruciore). Gli sciacqui con benzidamina sono efficaci per prevenire o alleviare i sintomi della mucosite da terapia radiante, ma non si hanno informazioni sulla sua efficacia per altri tipi di mucosite (5).

Anche per la clorexidina, le informazioni si basano sugli studi fatti per i pazienti oncologici: sembra che una cura sistematica del cavo orale sia più efficace di qualsiasi soluzione per gli sciacqui (clorexidina, benzidamina, iodopovidone) (5).

Un discorso a parte merita l'acqua ossigenata: uno studio randomizzato su volontari (8) indica che è più efficace l'acqua ossigenata allo 0.75% di quella all'1.5% per la riduzione della carica batterica ma i soggetti che facevano sciacqui con acqua ossigenata avevano alterazioni importanti della mucosa, tanto che gli autori raccomandano di non usare acqua ossigenata di routine per la pulizia del cavo orale dei pazienti.

La scarsità dei dati sulle condizioni del cavo orale non consente di valutare se la frequenza della pulizia sia adeguata alla gravità della situazione. Dalle poche informazioni che è stato possibile incrociare sembra che questo sia un elemento che porta ad intensificare la frequenza della pulizia.

Purtroppo l'esiguo numero di casi e l'elevato numero di dati mancanti rendono difficile anche la descrizione. Si possono però fare alcune considerazioni:

a) il problema merita ulteriori approfondimenti perché, in particolare per i pazienti ricoverati in terapia intensiva, mancano dati sia sulla prevalenza che sulla distribuzione e gravità dei problemi del cavo orale;

b) sarebbe utile fare uno studio di incidenza dei problemi. Interessante infatti notare che in 5 pazienti la stomatite compare il giorno stesso dell'intubazione. Non esistono dati né griglie di valutazione affidabili per valutare i pazienti a rischio

c) una maggiore attenzione a questo problema potrebbe forse portare anche ad un suo migliore trattamento. La pulizia del cavo orale due volte al giorno in pazienti nei quali è stata osservata una stomatite è ancora insufficiente

d) sarebbe utile replicare questa indagine su un maggior numero di centri, e raccogliere anche dati sulla data di insorgenza del problema.

Bibliografia

1. Jenkins DA, *Oral care in the ICU: an important nursing role.* Nurs Standard 1989; 4(7): 24-28.
2. De Walt E, Haines A. *The effect of specified stressors on healthy oral mucosa.* Nurs res 1969; 18: 124-30.
3. Giraudi A., *Il trattamento dei problemi del cavo orale: una revisione della letteratura.* Riv Inf 1994; 13: 26-31.
4. Salgarello MC Marchioro F, Bastianello D. *Prevenzione e trattamento delle mucositi da chemio e radioterapia: una revisione della letteratura.* Riv Inf 1997; 16: 201-14.
5. The Joanna Briggs Institute. *Prevention and treatment of oral mucositis in cancer patients.* Best Practice 1998; 2 (3): 1-5.
6. Gibson F, Horsford J, Nelson W. *Oral care: ritualistic practice reconsidered within a framework of action research.* J Cancer Nurs 1997: 1: 183-90.
7. Ramsey
8. Thombes MB, Gallucci B. *The effects of hydrogen peroxide rinses on the normal oral mucosa.* Nurs res 1993; 42: 332-7.

DIBATTITO

Giovedì, 16 novembre 2000, *mattino*

Nome e cognome: *Antonio Pallotta*
Professione: *Infermiere Professionale Anestesia - AUSL 8 Marche Recanati*

Vorrei portare il mio apporto alla discussione.

Paola di Giulio si meraviglia che le donne siano sedate meno, secondo me è una cultura atavica, pensiamo a come voi donne partorite.

Per quanto riguarda il parto indolore, ad esempio, nella mia realtà c'è tanto di delibera, ma viene un po' avversato da diverse persone, dal personale medico, ostetrico, ecc.

Ho poca esperienza d'analgesia in centri di rianimazione, ma posso portare la mia esperienza di vent'anni d'attività in anestesia e terapia antalgica.

Noi tendiamo ad effettuare tutte le manovre invasive, posizionamento d'arteria, CVC, SNG, catetere vescicale, sul paziente addormentato.

C'è una cultura che un po' va contro l'analgesia; ad esempio, dopo anni di domiciliare, mi sono reso conto che c'è difficoltà a prescrivere analgesici da parte del medico di famiglia e anche dei parenti del paziente ad accettarli, in quanto probabilmente vedendo il loro caro più sedato, meno partecipe alle attività della famiglia, lo sentono meno loro.

Negli ospedali sicuramente si effettua poca terapia antalgica nel postoperatorio, si spera che la tendenza inizi a cambiare.

Nome e cognome: *Rigon*
Professione
Provenienza: *Padova*

Abbiamo appena terminato una tesi di diploma universitario, che sarà discussa la settimana prossima, sul «Dolore in un Pronto Soccorso di tipo Ortopedico in pazienti con patologia minore che non necessitano di ricovero».

Il dato che emerge è esattamente congruente con quanto affermato oggi, se non addirittura peggiorativo; in pratica non vengono effettuate manovre antalgiche, rispetto invece a tutta una serie di manovre dolorose.

Noi sappiamo che nella patologia ortopedica minore ci sono manovre antalgiche che evitano sostanzialmente di ricorrere a farmaci.

Si è rilevato che sia l'infermiere sia il medico, per tutta la durata del trattamento, dal triage alla radiodiagnostica, all'immobilizzazione attraverso il bendaggio o attraverso altri strumenti, non effettuavano alcuna manovra antalgica e solo in un caso su 24 veniva effettuato un farmaco antalgico minore, sempre su ripetuta richiesta del paziente.

Nome e cognome: *Lisa Marcazzan*
Professione
Provenienza: *Terapia Intensiva neurochirurgica*

A mio avviso nel nostro dipartimento il paziente viene sedato adeguatamente.

Il paziente ha continuamente bisogno della valutazione del Glasgow, che prevede anche la risposta allo stimolo doloroso.

Viene valutato questo parametro al momento della visita, poi si effettua la sedazione, soprattutto se ci sono delle manovre invasive da effettuare.

Questo discorso non vale però per gli anestesisti, che effettuano tutte le loro manovre senza alcuna pratica antalgica.

Nome e cognome: *Simonetta Cesa*
Professione
Provenienza: *Ospedale di Bergamo*

Per riuscire ad interpretare avrei bisogno di alcuni dati, il numero dei centri, il rapporto tra rianimazioni e terapie intensive, come sono stati scelti i centri, come sono stati contattati, chi è il referente dello studio, com'è stato preparato il compilatore delle schede.

Interviene *Paola Di Giulio*

I centri partecipanti erano 16, con 22 diversi reparti; il rapporto tra Terapie Intensive e Rianimazione non sono in grado di dirlo, perché tutti i centri hanno partecipato con uno o due casi e quindi non aveva molto senso suddividerli.

Per ciascun centro poteva partecipare a quest'indagine anche un solo infermiere, magari in turno, perché era un'indagine di prevalenza, e il responsabile dell'indagine, che era la caposala o comunque una persona responsabile nel centro, aveva il compito di ordinare e raccogliere le schede.

Non è stata prevista nessuna preparazione particolare per i rilevatori, perché non c'erano dati complicati da raccogliere e non si doveva valutare il dolore nel paziente, si dovevano solo raccogliere dei dati sulla manovra, sulla terapia analgesica in corso ed eseguita ad hoc, sullo stato di coscienza del paziente con la scala di Ramsey, illustrata nel retro della scheda.

L'indagine è stata di prevalenza, detta in gergo «campione di convenien-

za», in quanto ci sono stati dei centri che hanno dato volontariamente l'adesione.

È quindi uno spaccato particolare, non è detto che sia rappresentativo, comunque, i dati emersi ci devono stimolare ad allargare lo studio ad un campione più ampio.

Nome e cognome: *Diasi*
Professione
Provenienza: *Verona*

In merito all'indicazione alla terapia con il placebo, sono rimasta impressionata dalla limitazione che lei ha dato.

Forse è anche un problema nostro, di una certa cultura che parte dal presupposto che siamo noi i padroni della gestione del dolore.

È l'unica indicazione al placebo, la sperimentazione scientifica, o ci possono essere altre indicazioni, che fanno riferimento ad esempio alla necessità di non sovraccaricare di particolari farmaci il paziente in certe situazioni cliniche?

È stato valutato il dolore del paziente nelle attività di base, cambio lenzuola, igiene, che possono sì essere fatte in maniera da limitare il dolore, ma che spesso in alcuni tipi di pazienti sono molto dolorose?

Volevo complimentarmi per l'indagine, che ci ha dato modo di vedere come le cose che noi facciamo, e riteniamo banali, tutti in giorni, sono in realtà esperienze molto forti per queste persone.

Nome e cognome
Provenienza
Professione: *Caposala - Rianimazione Ospedale di Magenta*

Faccio anch'io i complimenti per l'indagine fatta dai colleghi dell'ANIARTI, però io sostengo che l'infermiere in area critica molto spesso, se non trova un rianimatore sensibile, difficilmente può incidere su queste cose.

Alcune volte bisogna lottare e farsi carico di grosse responsabilità, perché il problema dolore durante alcune manovre sia affrontato.

L'infermiere fino a dove può arrivare, per dare voce ad un ammalato che non può parlare?

Nome e cognome: *Grazia Manzato*
Professione
Provenienza: *Provincia di Treviso*

Volevo far presente quanto spesso viene confusa l'analgesia con la sedazione; il paziente con il diazepam sente dolore, però sta fermo.

Spesso mi sembra che vengano usati sedativi solo perché il paziente stia fermo, anche se in realtà sente dolore.

Credo sia un dovere nostro fare presente a chi deve prescrivere che c'è questo problema.

Nome e cognome: *Alessandra*
Provenienza
Professione: *Rianimazione - Viareggio*

Ho notato che le manovre dove viene più praticata l'analgesia sono quelle effettuate in collaborazione con il medico, come ad esempio l'inserzione di CVC, mentre l'analgesia non è praticata quasi mai per le broncoaspirazioni.
Ci può essere una spiegazione a questo?

Nome e cognome: *Maria Carramba*
Professione
Provenienza: *Istituto nazionale dei tumori*

Vorrei chiedere se, tra i 16 centri in campione, si è preso in considerazione il dolore del paziente oncologico in terapia intensiva.

Interviene *Stefano Sebastiani*

Per quanto riguarda il dolore oncologico non ci sono centri che si siano occupati prevalentemente di questo, non so dire se è rientrato qualche paziente oncologico.

Interviene *Paola Di Giulio*

Il dolore preso in esame con quest'indagine era relativo solo all'esecuzione d'alcune particolari manovre invasive che sono quelle che avete visto, non si trattava di gestione complessiva del dolore; sono d'accordo in ogni caso con la collega, quell'argomento sarà sicuramente da prendere in considerazione per future indagini.

Interviene *Daria Da Col*

Rispetto al placebo, è vero che ci sono alcune indicazioni specifiche per il suo utilizzo, che vanno anche oltre la ricerca, ma il punto è che con l'utilizzo del placebo si pone l'individuo in una situazione in cui è un soggetto da sospettare e poi quindi da ingannare.

Il placebo viene utilizzato ancora largamente persino nel dolore da cancro e postoperatorio.

Interviene *Paola Di Giulio*

Rispetto all'efficacia del placebo, va detto che il placebo è efficace, è il farmaco più potente che esista.

Vanno però fatte alcune considerazioni.

Al placebo non risponde il paziente incosciente: hanno provato a somministrare soluzione fisiologica e analgesici ai pazienti sotto anestesia per valutare il consumo successivo d'analgesici e si è visto che quelli che avevano fatto il placebo avevano, in effetti, più dolore e richiedevano più analgesici.

È documentato, anche, dalla ricerca, che l'iniezione produce un effetto superiore rispetto alla pillola, perché il paziente fa un investimento e collega il sollievo del dolore ad una sofferenza iniziale; anche il farmaco più amaro è più efficace, ha un effetto placebo maggiore rispetto al farmaco dolce.

In effetti, il rilassamento, il pensare che c'è qualche cosa che fa bene ed il credere nell'infermiere produce un aumento della produzione d'endorfine, quindi c'è efficacia.

Il problema a causa del quale non va utilizzato il placebo è quello che diceva Daria, perché si crea altrimenti l'immagine del paziente che finge.

Il paziente non finge, ha dolore.

Allora, è efficace la fisiologica che gli diamo, o il fatto che noi andiamo lì e dandogli la fisiologica gli diciamo che quello è un farmaco che fa bene, che gli farà passare il dolore?

Qual è l'effetto placebo reale?

In letteratura ormai si dice che bisogna cambiare la definizione di placebo.

Placebo è uguale ad assenza d'intervento; andare dal paziente, parlargli e fargli qualche cosa che non è farmacologicamente efficace, ma che comunque ha un effetto, non significa somministrare un placebo, significa fare un intervento.

Va comunque utilizzato in situazioni assolutamente particolari, concordate e valutate con il medico, perché una delle definizioni più belle di dolore, che era ricordata anche da Daria Da Col, è questa: il dolore è qualunque cosa il paziente dica che esso sia ed esiste quando il paziente dice che esiste.

È vero che spesso noi e i medici confondiamo sedazione e analgesia.

Daria conosce molto bene questo problema, molto spesso il dolore nei pazienti terminali si seda con alte dosi di diazepam.

Alte dosi di diazepam non sedano il dolore, il paziente non ha più la capacità di reagire al dolore ma continua comunque a sentirlo, e questa è una cosa su cui dovremmo riflettere.

L'infermiere non può incidere sul dolore, se c'è una politica d'analgesia scorretta.

Questo però può non essere vero se c'è una politica infermieristica corretta del dolore, in quanto il medico deve poi confrontarsi con l'équipe.

Una cosa che volevo sottolineare rispetto a quest'indagine, è che gli infermieri reputano che gli analgesici debbano essere somministrati anche se hanno effetti collaterali.

Questa mi sembra una cosa molto importante, l'eventuale presenza d'effetti collaterali provocata dagli analgesici non è per gli infermieri un fattore che dovrebbe ostacolare la somministrazione.

Un'indagine su 180 pazienti non rappresentativi ci ha dato uno spaccato interessante, ci ha consentito di confermare dei dati che erano già presenti in letteratura.

Sarebbe molto bello se si ripetesse in maniera più formale, su un campione rappresentativo, con un coinvolgimento maggiore d'infermieri, quest'indagine.

Si dice «dare voce al paziente»: descrivere quello che succede e rendere questi dati pubblicabili e degni di discussione è uno dei modi, stamattina ci abbiamo provato.

Nome e cognome: *Mariangela*
Professione:
Provenienza: *Rianimazione Trieste*

Il nostro centro sta partecipando, assieme ad altri italiani, ad un progetto che monitorizza e cerca di prevenire le infezioni.

La nostra esperienza sicuramente è positiva, perché siamo riusciti a debellare quasi completamente le infezioni del cavo orale.

Il trattamento segue queste fasi: pulizia una volta al giorno, molto profonda, con materiali non sterili, utilizzando degli spazzolini monopaziente e delle spugnette monouso, una soluzione di bicarbonato al 5% e una soluzione galenica.

Gli altri interventi non sono codificati in quanto variano da paziente a paziente.

Quattro volte al giorno applichiamo nel cavo orale una pasta poliantibiotica fornitaci dalla nostra farmacia interna, costituita da mycostatin, colimicina, e nebicina.

Nome e cognome
Professione
Provenienza: *Terapia intensiva neurochirugica Ospedali riuniti di Bergamo*

Vorrei porre un problema di tipo pratico.

Stamattina si è parlato di prevenzione di stomatiti e problemi del cavo orale, intervenendo ogni due ore.

Non credo che questa metodica, in questi tempi, possa essere effettuata.

Noi interveniamo sul cavo orale ogni otto ore con una soluzione iodata, acqua ossigenata e presidi non sterili.

Mi chiedo quanta sia la discrepanza tra teorico e pratico e cosa ci possa essere di veramente applicabile, sulla base anche dei vostri studi; in più vorrei dei chiarimenti sull'uso dell'acqua ossigenata, se è efficace o meno.

Interviene *Paola Di Giulio*

L'esperienza che proponeva la prima collega è molto importante, infatti, è stata dimostrata l'efficacia di compresse sciolte nel cavo orale a base di mycostatin, polimicina e anfotericina proprio per la riduzione della carica batterica.

Questa è una pratica di documentata efficacia ed, infatti, lei afferma che non ci sono, quasi, problemi al cavo orale dei loro pazienti.

Sarebbe importante in ogni modo divulgare i risultati di questi studi, per dare ad altri la possibilità di attuare questi comportamenti.

Rispetto alla pulizia del cavo orale eseguita ogni due ore, sono vent'anni che affermiamo che un paziente immobilizzato deve essere girato ogni due ore, ma queste due ore sono un intervallo che va tenuto per tutti i pazienti o solo per alcuni?

Due ore sono un tempo teorico che sta ad indicare che, di fatto, la pulizia del cavo orale dovrebbe essere una pratica eseguita frequentemente; che poi tutti i pazienti debbano avere una pulizia del cavo orale ogni due ore è tutto da dimostrare, com'è anche da dimostrare che tutti i pazienti immobilizzati devono essere spostati ogni due ore.

Questo dipende molto dalla valutazione delle condizioni del cavo orale, dal fatto che il paziente respiri a bocca aperta, che sia intubato, che abbia precedenti infezioni, ecc.

Qual è l'intervallo accettabile?

Sicuramente il buon senso, vale a dire che il cavo orale dei pazienti intubati sia ispezionato e valutato almeno una volta al giorno e rispetto alla valutazione fatta si pianifichi cosa fare.

Probabilmente si definirà di farlo spesso oppure si definirà di farlo meno spesso.

Ci sono evidenze contrastanti sull'acqua ossigenata, in ogni caso un unico studio ha dimostrato che la soluzione al 3% va diluita ad una base di 1 a 4, e non 1 a 2, in quanto meno efficace.

Se dovessimo parlare con il linguaggio delle linee guida che dicono che una raccomandazione di tipo A è una raccomandazione di documentata efficacia, non ce ne potrebbe essere nessuna per la pulizia del cavo orale, l'unica raccomandazione di tipo A è che la presenza di un protocollo di pulizia del cavo orale e pulizie frequenti vanno meglio di prodotti specifici usati in maniera casuale.

Quindi è importante la frequenza della pulizia con prodotti specifici, va benissimo l'acqua di rubinetto, non è necessaria la soluzione fisiologica, va benissimo utilizzare prodotti e presidi puliti perché siamo tutti consapevoli del concetto un po' aleatorio di sterilità, soprattutto per queste zone che sono di per sé contaminate, non sono sterili e quindi è inutile utilizzare sostanze che lo sono.

Si deve ispezionare spesso il cavo orale, preferibilmente concentrandosi su pochi pazienti cui serve veramente, non fare indiscriminatamente una pratica su tutti, limitando evidentemente il tempo da dedicare a chi ne ha veramente bisogno.

STATO DELL'ARTE DEGLI STUDI SUI BISOGNI DEI FAMILIARI DI UN PAZIENTE RICOVERATO IN UN REPARTO DI TERAPIA INTENSIVA

A. MAGOTTI
Diploma Universitario per Infermiere - Trento

In questa relazione viene presentata una revisione della letteratura rispetto agli studi che hanno indagato a livello internazionale «i bisogni dei familiari dei pazienti ricoverati in un contesto di Terapia Intensiva», allo scopo di offrire degli spunti di riflessione per la pratica quotidiana e per capire e confrontare i risultati dello studio effettuato dall'Aniarti sui bisogni dei familiari, che ripropone una ricerca effettuata nelle rianimazioni del Trentino dalla sottoscritta assieme a Luisa Saiani e Maria Luisa Drigo (1).

Il ricovero in terapia intensiva rappresenta un evento critico, un momento drammatico nella vita di una persona e dei suoi familiari. La sua criticità non è solo legata alla grave situazione clinica ma anche al fatto che il più delle volte accade senza preavviso, compromettendo notevolmente la capacità d'adattamento del nucleo familiare.

In vari studi (2-3) *l'esperienza di avere un proprio caro ricoverato in un reparto di terapia intensiva viene descritta dai familiari come molto stressante. Le emozioni più frequenti provate dai familiari sono: paura, rabbia, incertezza rispetto a cosa è successo e cosa succederà, sensi di colpa e frustrazione. Nello studio di Titler at all i familiari riferivano che il ricovero del loro caro in terapia intensiva aveva comportato sulla famiglia:*

distruzione della routine domestica, cambio delle relazioni fra i familiari (per alcuni in senso positivo con aumento dell'unità familiare e occasione di crescita personale, in altri in senso negativo con effetti disgreganti e di conflittualità), conflitto di ruolo con senso di frustrazione di molti coniugi nel conciliare il ruolo di coniuge, genitore, lavoratore, e di persona di sostegno per il paziente e gli altri membri della famiglia.

L'infermiere si trova quotidianamente coinvolto nella relazione fra paziente e familiare: concilia le visite dei familiari con le esigenze assistenziali, incide nel creare un ambiente che favorisca la relazione fra familiare e paziente, fornisce informazioni sugli aspetti assistenziali, organizzativi, chiarisce le informazioni ricevute dal medico. La relazione con i familiari non è sempre facile, sia per limiti di tempo e di spazi che non favoriscono la comunicazione, sia perché il rapportarsi con i familiari di un paziente in terapia intensiva risulta molto spesso faticoso e non privo di momenti di conflittualità. Può essere, infatti, difficile riuscire a capire quali siano i bisogni dei familiari, gestire la loro paura e preoccupazione per la gravità della situazione, vincere l'abitudine di allontanare i familiari.

Numerosi sono gli studi che negli ultimi 20 anni hanno descritto quali erano

i bisogni dei familiari di un paziente ricoverato in un reparto di terapia intensiva. I quesiti di ricerca che vengono descritti nei vari studi sono:

- quali bisogni sono percepiti come più importanti dai familiari;
- quali bisogni dei familiari sono percepiti come più importanti dagli infermieri;
- ci sono differenze fra i bisogni più importanti per i familiari e la percezione dei bisogni dei familiari da parte degli infermieri;
- ci sono differenze fra la percezione dei familiari in base alla criticità della situazione del contesto dei legami di parentela;
- ci sono differenze di percezione dei bisogni da parte degli infermieri in relazione al tempo d'impiego in terapia intensiva, in relazione ai diversi tipi di terapia intensiva (es. rianimazione medica, chirurgica, coronarica);
- come e da chi vengono soddisfatti i bisogni dei familiari.

La maggior parte di questi studi ha utilizzato quale strumento per la rilevazione dei dati la Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) creato nel 1983 da Molter e Leske. Questo strumento contiene un elenco di 45 voci di possibili bisogni dei familiari di un paziente ricoverato in un' Unità di Terapia intensiva alle quali viene chiesto al familiare di attribuire un valore di importanza. Le voci rispondevano a diverse categorie di bisogni, quali: *bisogni legati alla visita al paziente* (es. avere orari di visita flessibili), *bisogni di supporto psicologico e rassicurazione per il familiare* (es. avere qualcuno con cui parlare per esprimere quello che si prova e anche poter piangere), *bisogni di informazione* (es. ricevere informazioni quotidianamente), *bisogni di comfort* (es. avere una sala d'aspetto vicina e confortevole). Lo strumento è stato validato da diversi studi (4-5) utilizzato in diversi contesti e tradotto in varie lingue: francese (6), olandese (7), cinese e pure in italiano divenendo lo strumento di ricerca dello studio effettuato in Trentino e lo strumento utilizzato nello studio effettuato dal gruppo dell'ANIARTI.

Nel confrontare questi studi emerge molta coincidenza nella percezione dei bisogni da parte dei familiari intervistati in vari contesti di Terapia intensiva. *I bisogni prioritari* emersi in quasi tutti gli studi (1-8-9-10 -11-12-13-14) sono:

- essere rassicurati che vengono fornite le migliori cure possibili;
- ricevere risposte oneste;
- essere rassicurato di venir chiamato a casa riguardo a cambiamenti nelle condizioni del paziente;
- conoscere la prognosi;
- ricevere informazioni quotidianamente;
- ricevere informazioni in termini comprensibili;
- sentire che c'è speranza;
- sapere in che cosa sta migliorando il paziente.

Da questi risultati si può notare come i familiari individuano come più importanti i bisogni di informazione e sollievo dall'ansia nel ricevere informazioni, non richiedono soddisfazione per bisogni personali, né prioritari sono ritenuti i bisogni di stare vicino al paziente.

Fattori, quali grado di parentela, gravità del paziente, contesto incidono sulla percezione dei bisogni da parte dei familiari?

Nello studio di Price (12) che si era posto il quesito se incideva il grado di parentela su un campione molto ampio (213 familiari) non sono emerse differenza significative.

Nello studio di Kleinpell e Powers (13) che si era posto il quesito se esistevano differenze fra percezione dei bisogni da parte dei familiari e la gravità del paziente, misurata con il sistema APACHE II su un campione 64 familiari, non sono emerse differenze statisticamente significative (questi risultati,comunque, vanno letti considerando alcuni limiti: la gravità dei pazienti è misurata in termini oggettivi e non rispetto a ciò che viene percepito dai familiari,). Nello studio di Magotti A., Saiani L., Drigo M.L. (1) non sono emerse differenze statisticamente significative fra familiari intervistati nelle rianimazioni polivalenti e nelle unità coronariche.

Nell'analizzare i vari studi che confrontano le percezioni dei familiari con quelle degli infermieri emergono risultati discordanti. In alcuni studi emerge buona capacità degli infermieri di percepire quali sono i bisogni più importanti dei familiari di un paziente ricoverato in Terapia Intensiva. Sia negli studi di Kleinpell and Powers (13) e Magotti, Saiani, Drigo (1) emerge una buona coincidenza fra le percezioni dei familiari e quelle degli infermieri rispetto ai bisogni ritenuti più importanti: otto su dieci coincidono. In altri studi emerge, invece, scarsa capacità degli infermieri nel riconoscere quali siano i bisogni prioritari per i familiari. Nello studio di Norris and Grove (10) su un campione di 20 familiari e 20 infermieri emergeva che gli infermieri tendevano a sottostimare i bisogni d'informazione; nello studio di Forrester (14) su un campione di 92 pazienti e 49 infermieri emergevano delle differenze statisticamente significative sul livello di importanza dei bisogni attribuito dai familiari e dagli infermieri nel 50% dei bisogni dei familiari analizzati.

Quali sono le differenze statisticamente significative fra le percezione dei familiari e le percezioni degli infermieri emerse in alcuni studi?

Gli infermieri tendono a sottostimare le seguenti voci:

– avere una figura di riferimento da chiamare quando non si è là [Kleinpell e Powers (13) e Magotti, Saiani, Drigo (1)]

– sentirsi sicuro che il paziente sta ricevendo le migliori cure possibili [Norris e Grove (10), Magotti, Saiani, Drigo (1)]

– sapere in che cosa sta migliorando il paziente [Magotti, Saiani, Drigo (1)].

Da queste voci emerge la tendenza da parte degli infermieri di sottostimare la necessità dei familiari di ricevere delle informazioni frequentemente, in modo da essere sollevati dall'ansia dell'attesa senza sapere cosa sta succedendo al paziente.

Gli infermieri tendono a sovrastimare le seguenti voci:

– ricevere informazioni in termini comprensibili [Magotti, Saiani, Drigo (1)]

– avere indicazioni su cosa fare al letto del paziente [Magotti, Saiani, Drigo (1)]

– parlare riguardo alla morte [O'Malley at all (15) e Magotti, Saiani, Drigo (1)]

Queste voci possono indicare la tendenza degli infermieri a sovrastimare dei bisogni dei familiari che essi stessi vivono come difficili e problematici da gestire, quali richieste di chiarimenti da parte dei familiari delle informazioni ricevu-

te, o affrontare esperienze emotivamente coinvolgenti quali la morte di un paziente.

Dagli studi che si sono posti il quesito se esitono differenze significative nella percezione dei bisogni da parte degli infermieri intervistati in vari contesti di terapia intensiva (es. Polivalente o Unità coronarica) emergono risultati discordanti.

In O'Malley at all (15) su un campione di convenienza di 126 infermieri di 4 unità di terapia intensiva emersero delle differenze significative fra gli infermieri dell'unità di terapia avanzata e gli infermieri delle altre unità. Gli infermieri dell'unità di terapia avanzata (dove i pazienti sono più gravi) attribuivano un minor livello di importanza ai bisogni dei familiari; questa differenza è dovuta, secondo l'autore, alla priorità del servizio più orientato a fornire un' assistenza tecnicamente più complessa rispetto alle unità di terapia intensiva medica, chirurgica, cardiologica. I valori più alti erano attribuiti dagli infermieri dell'unità di telemetria, questo secondo l'autore rifletteva l'orientamento del servizio nel coinvolgere la famiglia nell'educazione al paziente e nella riabilitazione prima della dimissione.

Nello studio di effettuato nelle rianimazioni del Trentino (1), invece, si nota una buona coincidenza di percezione rispetto ai bisogni ritenuti più importanti dagli infermieri che lavorano nelle Rianimazioni e dagli infermieri che lavorano nelle Unità Coronariche. Le sole differenze che emergono si riferiscono in particolare alla categoria dei bisogni di sostegno dei familiari nel rapporto con il paziente. Gli infermieri delle rianimazioni dimostrano di considerare più importante per i familiari la necessità di «avere indicazioni su cosa fare al letto del paziente», di «poter essere in due durante la visita», di «ricevere chiarimenti rispetto ai presidi/apparecchiature collegate al paziente». Questa diversità potrebbe essere collegata alla diversa complessità del paziente e alle diverse misure terapeutiche. Molto frequentemente il paziente in rianimazione si presenta intubato, collegato ad un respiratore e con alterazioni dello stato di coscienza. La comunicazione con il paziente, quindi, viene percepita dall'infermiere più difficile tanto da ritenere importante supportare il familiare durante la visita al proprio caro e favorire il sostegno reciproco fra familiari, consentendo in alcuni casi la presenza di più di una persona al letto del paziente. Interessante è notare come questa differenza di percezione rispetto ai bisogni di sostegno nel rapporto con il paziente, emersa fra gli infermieri delle diverse unità operative, non coincida con una diversa attribuzione d'importanza a tali bisogni da parte dei familiari stessi intervistati nelle rianimazioni e nelle unità coronariche.

Dallo studio di O'Malley at all (15), emerse che gli infermieri che lavoravano in terapia intensiva dai 4 ai 6 anni attribuivano un valore d'importanza più alto ai bisogni dei familiari rispetto agli infermieri che erano in terapia intensiva da meno di 3 anni e da più di 6 anni. Secondo gli autori questo risultato potrebbe essere spiegato in relazione allo sviluppo professionale descritto da Benner. L'infermiere con meno di 3 anni di esperienza sta continuando a sviluppare modelli su come fornire assistenza al paziente, quindi la sua attenzione è centrata più sul rapporto infermiere/paziente e di conseguenza attribuisce un valore più basso ai

i bisogni della famiglia. Gli infermieri con più di 6 anni di esperienza sono in grado di soddisfare i bisogni della famiglia con un po' di più consapevolezza e facilità in quanto più esperti; perciò tendono a non attribuire ai bisogni della famiglia un valore così alto rispetto ad altre priorità. A differenza di questi risultati nello studio effettuato in Trentino[5] l'esperienza lavorativa non sembra influire sulla percezione dei bisogni.

Dagli studi (1-15-16-17) che hanno indagato il livello di soddisfazione dei bisogni secondo le opinioni sia dei familiari che degli infermieri emerge una buona soddisfazione dei bisogni ritenuti prioritari dai familiari, parzialmente soddisfatti erano i bisogni riferiti alla visita al paziente, al supporto psicologico, agli aspetti di comfort.

Nello studio effettuato in Trentino emergeva che le voci di bisogno: «avere orari di visita più flessibili in base alle proprie esigenze» e «vedere il paziente frequentemente» secondo gli infermieri erano parzialmente soddisfatti. Si trattava di bisogni che i familiari classificavano fra i primi 10 più importanti.

In uno studio [Daley 1984 (8)] che chiedeva ai familiari quali erano le figure che meglio soddisfavano i diversi bisogni è emerso che: i 10 bisogni ritenuti più importanti erano percepiti dai familiare essere meglio soddisfatti dal medico (si trattava prevalentemente di bisogni di informazione) e la maggior parte dei restanti bisogni era percepita come meglio soddisfatta dagli infermieri (supporto psicologico e spiegazioni durante la visita, essere avvisato a casa di cambiamenti.

Altre figure professionali individuate dagli infermieri per soddisfare dei bisogni dei familiari erano il cappellano, servizi sociali, amministrazione (15).

Ques'ultimo aspetto evidenzia la necesità di integrazione e collaborazione fra più figure professionali per fornire un' assistenza di qualità, centrata sull'utente e il suo nucleo familiare.

Concludo questa revisione della letteratura senza la pretesa di essere stata esaustiva, ma con la speranza di aver sollecitato motivi di discussione e curiosità rispetto ad un ambito della nostra professione così importante e nel contempo così difficile, qual è la relazione con i familiari in contesti di Area Critica.

Bibliografia

1. Magotti A, Saiani L., Drigo M.L, *I bisogni dei familiari dei pazienti ricoverati nelle terapia intensive del Trentino. Rivista dell'infermiere* 1999; 18(3): 124-130.
2. Titler MG, Zichi Cohen M, Craft MJ. *Impact of adult critical care hospitalization: perception of patients, spouses, children and nurses. Heart and Lung* 1991; 20: 174-82.
3. Rukholm E, Baley P, Coutu Wakulczyc G, Baley WB. *Needs and anxiety levels in relatives of intensive care unit patients.Journal of advanced Nursing* 1991; 16: 920-928.
4. Macey BA, Bouman CC. *An evaluation of validity, reliability, and readability of the Critical Care Family Needs Inventory. Heart and lung* 1991; 20(4): 398-403.
5. Leske JS. *Internal psycometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory.Heart and lung* 199; 20(3): 236-44.
6. Coutu-Wakulczyk G, Chartier L. *French validation of the critical care family needs inventory. Heart and lung* 1990; 19(2):192-6.
7. Bijttebier P, Delva D, Vanoost S, Bobbarers H, Lauwers P, Vertommen H., *Reliability and validity of CCFNI in a Dutch-speaking* Belgian sample. Heart and lung 2000; 298:278-86.
8. Daley L. *The perceived immediate needs of families with relatives in the intensive care setting. Heart and Lung* 1984; 13(3):231-37.
9. Leske JS. *Needs of relatives of criticallyill patients : a follow-up. Heart and Lung* 1986; 15(2):189-193.
10. Norris L. Grove S., *Investigation of selected psycosocial needs of family members of critically ill adult patients. Heart and Lung* 1986; 15(2):194-199.
11. Norheim C. *Family needs of patients having coronary bypass graft surgery during interaoperative period. Heart and Lung* 1989; 18(6): 622-6.
12. Price DM, Forrester A., Murphy P., Monaghan JF. *Critical care family needs in an urban teaching medical center. Heart Lung* 1991; 20:183-8.
13. Kleinpell R, Powers M.J. *Needs of Family Members of Intensive Care Unit Pazients. Applied Nursing Research,* 1992; 5(1): 2-8.
14. Forrester Da, Murphy Pa, Price DM, Monaghan JF. *Critical care family needs: nurse-family members confederate pairs. Heart and Lung* 1990; 19(6):655-61.
15. O'Malley P, Favaloro R, Anderson B, Anderson M.L, Siewe S, Benson-Landau M, Deane D, Feeney J, Gmeiner J, Keefer N, Mains J, Riddle K. *Critical nurse perceptions of family needs. Heart & Lung* 1991;20:189-201.
16. McHale L, Bellinger A. *Needs satisfaction levels of family members of critical patients and accuracy of nurses' perceptions. Heart and Lung* 1988; 17(4):447-53.
17. Quinn S., Redmond K, Begley C. *The needs of relatives visiting adult critical care units as perceived by relatives and nurses. Intensive critical care nursing.* 1996 Jun;12(3): 168-72.

ORGANIZZAZIONE DELLE VISITE E DELL'ATTESA NELLE TERAPIE INTENSIVE ITALIANE

F. MONTECCHI [1], P. DI GIULIO [2]
[1] Sala Operatoria di Cardiochirurgia - A.O. Ospedale San Martino di Genova
[2] Gruppo di lavoro Aniarti

Questo lavoro rientra in un progetto più articolato, che è stato programmato dalla segreteria scientifica ANIARTI, nel contesto di un indagine descrittiva condotta nelle unità operative di area critica, relativa alla rilevazione de «I bisogni dei familiari dei pazienti ricoverati in terapia intensiva».

Elaborato il protocollo d'indagine, sono stati predisposti gli strumenti per la sua conduzione ed è stato inviato il materiale necessario, ai responsabili infermieristici delle U.O, precedentemente contattati. Esso era costituito da:

- una nota informativa per il responsabile dell'U.O. e/o dell'ospedale;
- il protocollo dell'indagine: indicazione per la presentazione e la conduzione dell'indagine;
- il questionario da somministrare ai familiari;
- il questionario da somministrare agli infermieri;
- una scheda per la descrizione delle caratteristiche dell'U.O.;
- una scheda per la registrazione da parte del referente dell'indagine, del numero di questionari somministrati ai familiari ed agli infermieri, ed il numero degli stessi ricevuti compilati.

Tale indagine è la proposta di un'esperienza gia condotta in Trentino in un contesto limitato e qui riproposta su scala più vasta con lievi modificazioni. Essa essendo descrittiva non implicava il trattamento di dati personali e si limitava alla sola raccolta di informazioni.

I questionari sono stati inviati tra maggio ed agosto 2000 a 30 centri., e sono pervenuti per l'elaborazione tra luglio ed ottobre 2000.

La rilevazione comportava la compilazione di due questionari, uno per gli infermieri dell'U.O. ed uno per i parenti dei ricoverati. I dati pervenuti, assolutamente anonimi, che sono stati elaborati dovevano soddisfare le seguenti caratteristiche:

- Completezza dei dati.
- Provenienza da più parti d'Italia.
- Possesso di almeno 10 questionari completi.

Sono stati consegnati dai vari responsabili di U.O. 877 questionari, così ripartiti:

- 468 ai familiari;
- 409 agli infermieri;

Sono stati restituiti compilati 708 questionari, di cui:

- 379 dai familiari
- 329 dagli infermieri

Durante l'elaborazione dei dati sono stati scartati 169 questionari perché non ritenuti idonei, poiché non soddisfacevano i criteri di scelta sopra indicati.

In base ai dati che si possono notare abbiamo avuto una restituzione di questionari completi in ogni loro parte del 80%, sia nel questionario consegnato ai familiari, sia in quello consegnato agli infermieri, con un alta e quindi soddisfacente percentuale di risposta da parte di tutti e due i gruppi.

Le domande contenute nel questionario somministrato, avevano l'obbiettivo di rilevare quali erano i bisogni dei familiari dei pazienti ricoverati nelle rianimazioni e nelle unità coronariche, valutati dal punto di vista, sia del personale infermieristico, che da quello dei familiari stessi.

L'obiettivo di questa relazione era quello di evidenziare e commentare le caratteristiche logistico/strutturali delle varie U.O. che avevano aderito allo studio, ricavando i dati contenuti nella scheda che accompagnava i questionari inviati ad ogni centro.

I gruppi scelti, che rispondevano alle caratteristiche, sono stati 25, tra tutti quelli pervenuti.

Nella scheda erano richiesti i seguenti dati:

- numeri posti letto;
- numero personale infermieristico;
- entrata parente:
  - uno solo per volta;
  - più di uno contemporaneamente;
- visite fuori orario;
- visite fuori orario se si:
  - tutte le volte che il familiare ne ha bisogno;
  - solo in situazioni particolari;
- Quando vengono fornite le informazioni ai familiari:
  - ogni giorno;
  - in alcuni giorni della settimana;
  - ad orari prefissati;
  - quando il familiare le chiede;
- al colloquio del medico con il familiare è presente l'infermiere o il caposala;
- al colloquio del medico con il familiare è presente l'infermiere o il caposala se si:
  - sempre;
  - solo quando chiamato dal medico;
  - solo quando c'è tempo;
  - altro;
- dove avviene il colloquio:
  - corridoio;
  - nello studio del medico;
  - in sala di aspetto;
  - altro;

- c'è una sala di attesa per i familiari;
- se si è adiacente alla rianimazione;
- con sedie e tavolini;
- con divano;
- disponibilità di telefono in sala di attesa o nelle vicinanze;
- disponibilità di bagni vicino alla sala di attesa;
- gudichereste la sala di attesa confortevole;
- esistono libretti informativi sulla rianimazione, orari, servizi disponibili.

Dei 25 centri scelti 18 (il 72%) sono rianimazioni, mentre 7 (il 28%) sono Utic/subintensive.

Ingresso dei familiari:

in 20 centri (l'80%) è permesso l'ingresso di un solo familiare per volta, mentre in 5 (il 20%) è permesso a più di uno contemporaneamente.

Le visite fuori orario sono concesse in 20 centri (l'80%). Di questi 20 centri, 1 centro (il 5%) lo concede tutte le volte che il familiare ne ha bisogno, mentre 19 (il 95%) lo concede solo in situazioni particolari come ad esempio: quando i pazienti necessitano di stimolazioni; sono in grave pericolo di vita, in caso di disorientamento spazio temporale, nei bambini ricoverati.

Le limitazione all'ingresso posto da diversi centri, e spesso correlato a diverse motivazioni, in testa alle quali e posto il pericolo di infezioni; non è però documentato un aumento del rischio infettivo veicolato dai familiari. A volte il permesso non è concesso a più familiari contemporaneamente perché le strutture architettoniche e logistiche non lo permettono.

Quando vengono date le informazioni ai familiari?

Sulla scheda erano previsti 4 tipi di risposta a questa domanda. La prima scelta era: ogni giorno, in questo caso 25 centri (il 100%) ha segnato questa risposta. La scelta successiva chiedeva di indicare se le informazioni ai parenti avvenivano ad orari prefissati: a questa risposta 12 centri (il 48%) ha indicato si, mentre 13 centri (il 52 %) non hanno orari prefissati.

Vi è la presenza dell'infermiere o del caposala al colloquio del medico con i familiari?

Le risposte a questa domanda sono state abbastanza sconfortanti, perché la presenza dell'infermiere o del caposala era regolarmente richiesta solo in 6 centri (il 24%), mentre nei restanti 19 centri (il 76%), essi non venivano nemmeno interpellati.

Nelle situazioni in cui è presente il caposala o l'infermiere, questa presenza non è fissa o prevista di routine, infatti una figura infermieristica e sempre presente solo in 3 dei sei centri (il 50%), mentre in altri 2 è presente solo quando lo chiama il medico. In una situazione la presenza è subordinata a fattori

organizzativi, quali ad esempio la disponibilità di tempo da parte del personale infermieristico.

Dove avviene il colloquio?

Questo colloquio avviene nella maggior parte delle volte nel corridoio in 12 centri (il 48%), oppure avviene nello studio del medico in 7 centri (il 28%), nei restanti 6 centri (il 24%) l'informazione al familiare viene trasmessa in altri luoghi ad esempio: nella segreteria della rianimazione, in locali adibiti a diversi usi (biblioteca, ristoro), stanza centralina di controllo monitor, o dove capita.

Come è facile intuire, non vi è un luogo specifico ove il colloquio possa avvenire nelle condizioni che la legge sulla privacy impone, poiché tale colloquio nel corridoio, può mettere a conoscenza le condizioni di un determinato paziente ad estranei, ad altri familiari o pazienti. Per quanto il colloquio possa essere il più appartato possibile, non possono sussistere le condizioni minime di riservatezza, che dovrebbero essere presenti in questi momenti.

È presente una sala di attesa per i familiari?

In 13 centri su 25 (il 52%) possiede una sala di attesa; di queste tredici sale di attesa, 11 (l'85%) si trovano adiacenti la rianimazione.

In 9 sale di attesa su 13 (il 64%) vi è la presenza di sedie e tavolini (spesso veniva indicata la sola presenza di sedie) con una media di 13 sedie ogni centro (con un numero di sedie compreso da un minimo di 8 ad un massimo di 20). Solo in 4 centri su 13 con la sala di aspetto, c'è almeno un divano, in alcuni casi si tratta di poltrone letto e non divani.

Inoltre meno della metà dei centri (11 centri, il 44%) ha a disposizione i servizi igienici per i familiari, i quali spesso sono lontani dalla sala di aspetto o dalla rianimazione.

È quindi facile intuire, confrontando i dati inerenti le sedie i divani e i servizi igienici, quale disagio viene portato ai familiari che attendono notizie dei loro cari, a volte per parecchie ore, in un luogo non comodo. Ancora più accentuato diventa il disagio in quei centri che non hanno la sala di attesa.

È disponibile un telefono in sala di attesa o nelle vicinanze?

Meglio organizzati sono invece la maggior parte dei centri interpellati nell'offrire la possibilità ai familiari di telefonare, perché ben 21 (l'84%) delle sale di aspetto hanno a disposizione almeno un telefono pubblico sia a scheda che a gettoni.

Gli infermieri considerano la sala di aspetto, presente nel loro centro confortevole?

Nel 69% dei responsabili delle U.O. (9 centri) che hanno compilato le schede di accompagnamento ai questionari, considerano la loro sala di attesa non confortevole. Si è potuto notare che questo dato non è in correlazione con la presenza o meno di sedie, poltrone o divani e nemmeno sulla presenza o meno dei telefoni e dei servizi igienici, quindi probabilmente la scelta della confortevolezza della sala di attesa e legata alla soggettività della persona che

ha compilato la scheda, o a variabili quali l'aspetto della sala, gli arredi, le dimensioni, etc., che non sono stati rilevati nella scheda. Ad esempio sedie vecchie, la luce fioca, l'assenza di finestre o pareti spoglie, non contribuiscono certo a rendere accogliente una stanza.

Quindi se sono presenti questi modesti confort, considerati oggigiorno non un optional, ma un servizio da fornire obbligatoriamente, la sala di aspetto è considerata non confortevole.

Numero personale infermieristico e numero posti letto

In media il personale infermieristico è composto da 19 unità per ogni centro (*con un numero però di infermieri che varia da un minimo di 11 ad un massimo di 43*), ed in media vi sono 8 letti per centro (*con un numero di posti letto che varia da un minimo di 2 ad un massimo di 19*), da un confronto tra questi due dati ricaviamo un rapporto infermieri ogni posto letto di 2,3. È importante però tenere conto che alcuni centri hanno un rapporto più favorevole che è di 6 inf./post.let, mentre altri sono più penalizzati avendo un rapporto di 1,3 infer./post. let.

Riflettendo su questi dati si può notare che la media degli infermieri ogni posto letto è nettamente inferiore agli standard imposti dai parametri dei carichi di lavoro indicati dal D.M. 109 (denominata legge Donatcattin), il quale indica che i moduli di 8 posti letto devono avere un numero di infermieri pari a 24 unità, per garantire 720 minuti (12 ore) di assistenza nelle 24 ore ogni paziente per 365 giorni all'anno.

Un paziente di rianimazione necessita di 900-1200 minuti (15-20 ore) di assistenza nelle 24 ore sempre nell'arco dei 365 giorni.

È quindi facile intuire che alcuni dei bisogni che i pazienti necessitano, non siamo in grado di poterli soddisfare, dovendo purtroppo fare un scelta che normalmente è di tipo tecnico, a discapito quindi dei bisogni relazionali dei pazienti.

In uno studio di recente pubblicazione apparso sulla rivista scientifica LANCET del maggio 2000, è stata analizzata retrospettivamente la mortalità in una Terapia Intensiva dell'ospedale di Dundee in Irlanda.

I pazienti all'ingresso sono stati classificati secondo l'APACHE 2, un sistema che valuta la gravità del paziente e quindi la mortalità attesa. Si è visto che in corrispondenza all'aumento dei carichi di lavoro, vi era una mortalità in eccesso di 49 pazienti (non attesi) in 5 anni. Questo dato e diminuito con l'inserimento di altro personale, e quindi con la riduzione dei carichi di lavoro.

Esistenza di libretti informativi sulla rianimazione, orari, servizi disponibili

Non è molto sentita l'importanza di mettere a disposizione dei familiari un documento o libretto informativo, dove ad esempio può essere indicata: la struttura della rianimazione, il numero di personale che ruota all'interno dell'U.O., la dislocazione dei vari servizi disponibili, notizie sugli orari di visita e di colloquio, poiché solo meno della meta delle U.O. intervistate (il 48%) mette a disposizione una carta informativa.

Conclusioni

L'elaborazione dei dati di questa indagine ha evidenziato come spesso le strutture delle rianimazioni dedicate all'accoglienza dei familiari siano spesso poco confortevoli o addirittura inesistenti.

Si auspica quindi nel miglioramento delle strutture, nella modalità di comunicazione delle informazioni ai familiari, perché il non dare peso a questi aspetti si viene meno al rispetto dei diritti delle persone.

I BISOGNI DEI FAMILIARI DEI PAZIENTI RICOVERATI IN UN REPARTO DI TERAPIA INTENSIVA

F. MOGGIA [1], P. DI GIULIO [2]
[1] Infermiere - Sala Operatoria Cardiochirurgia, A.O. Ospedale San Martino - Genova
[2] Gruppo di lavoro Aniarti

In questo contributo presentiamo solo i risultati dell'analisi dei bisogni dei parenti dei pazienti ricoverati in terapia intensiva. Per un inquadramento generale e per i riferimenti bibliografici sull'argomenti si rimanda al contributo di Alessandra Magotti .

Materiali e metodi

In questo lavoro saranno presentati i risultati dell'indagine già svolta da Magotti e pubblicata sulla *Rivista dell'Infermiere* (1999; 18-3-:124:130). È stato utilizzato lo stesso questionario già utilizzato nell'indagine citata. Il questionario veniva somministrato ai parenti di pazienti ricoverati da almeno 24 ore, ed agli infermieri che assistevano questi pazienti.

Ai familiari veniva chiesto quali fossero i bisogni prioritari, da un elenco di 31 bisogni i dieci ritenuti più importanti e tra questi di indicare quali erano i prioritari in una scala da uno a tre.

Agli infermieri veniva invece chiesto quali fossero a loro avviso i bisogni prioritari per i familiari, assegnando una priorità dallo stesso elenco proposto ai familiari.

Risultati

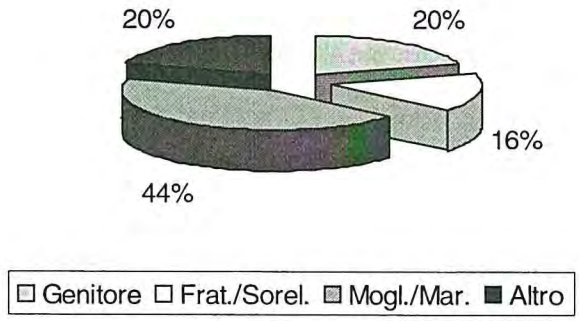
Hanno risposto all'invito di partecipare all'indagine quarantatre unità operative di area critica: Rianimazioni, Terapie Intensive e Unità Coronariche.

In questa prima parte del lavoro vengono presentati i risultati dei primi 560 questionari pervenuti dei 43 centri contattati di cui 270 compilati dai familiari e 290 dagli infermieri. Per quanto riguarda il grado di parentela (Fig. 1), i familiari che hanno aderito sono così suddivisi: 44% coniugi, 20% genitori, 20% altri (zii, nipoti, cugini e amici), 16% fratelli.

Il 33% dei familiari era over 60, equamente distribuiti fra coniugi, fratelli e sorelle.

Il 37% dei pazienti aveva un'età superiore ai 70 anni con una media di 76 anni.

Fig. 1. *Grado di parentela dei rispondenti*



Quest'ultimo dato emerso in questa ricerca è particolarmente interessante poiché dimostra come l'età di ricovero nelle terapie intensive si sta alzando.

Il ricovero in area critica era per il 57% inatteso, per il 43% un peggioramento della malattia già preesistente.

Il 42% erano soggetti considerati gravi, il 45% in miglioramento e per il restante 13% i familiari non sapevano valutare le condizioni: si trattava di pazienti i cui familiari ritenevano di non aver ricevuto notizie sufficienti, tali da poter esprimere un parere sulla gravità. Questo è un dato che ci deve far riflettere e che rivedremo nell'analisi della soddisfazione dei bisogni percepiti dagli infermieri.

Gli infermieri che hanno risposto erano prevalentemente donne (65%), con un'età media tra i 30 ed i 40 anni (55%); anni di esperienza in area critica: 51% superiore ai 6 anni, 32% tra i 2 e i 6 anni, 17% inferiore ai 2 anni, con una media di anzianità lavorativa intorno agli 11 anni.

Questo ridotto ricambio di personale porta ad un'alta qualità nell'assistenza con una particolare attenzione ai bisogni come in effetti confermato nel nostro studio.

Dall'analisi dei questionari compilati dai familiari sono emersi i seguenti bisogni: nella prima colonna la tipologia dei bisogni, nella seconda la percentuale di scelta e nella terza le priorità assegnate. In quest'ultima, constatato che non vi erano dati significativi sulla scala di priorità, anche per comodità di esposizione, li abbiamo assommati e presentiamo solo l'indice di priorità.

Bisogni dei familiari *Tabella 1*	%	Pr
Parlare con il medico almeno una volta al giorno	85	157
Sapere che cosa viene fatto e perché	81	168
Sentirsi sicuro che viene fornita la migliore assistenza possibile	78	105
Essere rassicurati di venir chiamati a casa se si verificano cambiamenti positivi	78	68
Ricervere informazioni in termini comprensibili	61	57
Vedere che il paziente è tranquillo e curato	59	40
Avere una persona di riferimento da chiamare all'ospedale per ricevere informazioni	55	40
Sentire che il personale ospedaliero ha a cuore la tua situazione	49	28
Conoscere la previsione sull'esito della malattia	46	34
Sapere esattamente in che cosa sta migliorando il paziente	36	11

I bisogni più citati sono di tipo informativo e di sostegno; per quanto riguarda invece le priorità, l'unico dato rilevante è il secondo bisogno «*Sapere cosa viene fatto e perché*», avvertito come secondo bisogno ma con una alta priorità di 168 partecipanti su 270.

Bisogni percepiti dagli infermieri *Tabella 2*	%	Pr.
Ricevere informazioni in termini comprensibili	84	110
Sapere che cosa viene fatto e perché	83	152
Parlare con il medico almeno una volta al giorno	81	106
Sentirsi sicuro che viene fornita la migliore assistenza possibile	76	111
Essere rassicurati di venir chiamati a casa se si verificano cambiamenti positivi	65	30
Vedere che il paziente è tranquillo e curato	60	50
Avere una sala d'aspetto vicina e confortevole	52	21
Prima di entrare ricevere chiarimenti rispetto ai presidi/apparecchiature collegati	41	12
Conoscere la previsione sull'esito della malattia	39	25
Sentire che il personale ospedaliero ha a cuore la tua situazione	34	21

I bisogni considerati prioritari dagli infermieri sono ancora quelli di tipo informativo, con una priorità maggiore sempre per il secondo bisogno cioè «*Saper cosa viene fatto e perché*».

Come si può facilmente osservare confrontando le tabelle, le scelte e le priorità di scelta sono quasi sovrapponibili, in particolare per i primi 5 bisogni citati. C'è quindi una buona concordanza tra gli infermieri e i familiari, perché significa che gli infermieri sono molto attenti e precisi nella rilevazione dei bisogni dei familiari, questo è gratificante per la nostra professione.

Bisogni meno importanti *Tabella 3*	*% scelta familiari*	*% scelta infermieri*
Avere un posto per poter stare da solo	2	2
Avere la possibilità di usufruire della mensa	3	5
Avere delle figure di riferimento esperte di problemi della famiglia	3	11
Avere informazioni sulla qualifica del personale che si prende cura del paziente	12	8

Nella tabella 3 si può vedere come anche per la scelta dei bisogni meno importanti ci sia coincidenza tra bisogni dei percepiti dai familiari e dagli infermieri. L'unica discrepanza è il bisogno «*Avere delle figure di riferimento esperte in problemi della famiglia*».

Questo dato riflette probabilmente più un bisogno degli infermieri di avere una figura a cui delegare la comunicazione. Per i familiari, molto più concretamente, è sufficiente che la comunicazione tra loro ed il personale ci sia. Indubbiamente il momento critico della malattia richiede competenze specifiche nel comunicare, ma forse la competenza nella comunicazione dovrebbe essere un'attività trasversale, e non delegata ad una figura specifica.

Le priorità nei bisogni sono state analizzate in diversi sottogruppi di pazienti, per valutare la presenza di differenze.

Bisogni nei pazienti giovani *Tabella 4*	*Frequenza di scelta*	*% di scelta*
Sapere che cosa viene fatto e perché	17	100
Parlare con il medico almeno una volta al giorno	15	88
Essere rassicurati di venir chiamati a casa se si verificano cambiamenti positivi	14	82
Sentirsi sicuro che viene fornita la migliore assistenza possibile	13	76
Avere una persona di riferimento da chiamare all'ospedale per ricevere informazioni	11	64

Per pazienti giovani (Tabella 4) intendiamo un'età tra 0 e 15 anni con una media di 6 anni, teniamo però presente che il nostro campione era solo di 17 casi. Si può notare anche in questo caso che i bisogni non cambiano, è importante osservare quanto il bisogno *"Sapere cosa viene fatto e perché"* è al primo posto con il 100% delle priorità.

Bisogni pazienti anziani *Tabella 5*	*Frequenza di scelta*	*% di scelta*
Parlare con il medico almeno una volta al giorno	94	87
Essere rassicurati di venir chiamati a casa se si verificano cambiamenti positivi	90	84
Sapere che cosa viene fatto e perché	86	80
Sentirsi sicuro che viene fornita la migliore assistenza possibile	84	78
Ricevere informazioni in termini comprensibili	68	63

I parenti di 107 pazienti anziani esprimono come priorità (Tabella 5) il bisogno di «*parlare con il medico almeno una volta al giorno*» ed al quinto posto il bisogno di «*Ricevere informazioni in termini comprensibili*». Chi esprime questo bisogno sono i figli degli anziani ricoverati, tutti con un'età compresa tra i 40 e i 59 anni.

I familiari degli utenti considerati gravi erano 164. Anche in questo caso i bisogni non variano. Compare al secondo posto «*Sapere cosa viene fatto e perché*» superiore al 50% nelle priorità.

Le stesse priorità vengono espresse anche dai parenti con pazienti in miglioramento.

È quindi importante notare quanto le variabili età e gravità non influiscano sui bisogni percepiti dai parenti.

Bisogni percepiti dagli infermieri *Tabella 6*	< 2aa	2-6aa	> 6aa
Parlare con il medico almeno una volta al giorno	82	76	84
Sapere che cosa viene fatto e perché	80	90	81
Sentirsi sicuro che viene fornita la migliore assistenza possibile	78	81	72

Per l'analisi dei dati gli infermieri sono stati suddivisi in tre gruppi:

– 46 infermieri neo assunti od operanti nell'unità operativa di area critica da meno di due anni, con un'età media di 30 anni; i dati emersi rivelavano che i primi tre bisogni coincidevano perfettamente con i bisogni dei parenti.

– 85 infermieri con due-sei anni di servizio; il bisogno «*Sapere che cosa viene fatto e perché*» ha una percentuale altissima: 90%.

– 133 infermieri con un'esperienza superiore a sei anni di servizio; poco più del 50% dà come priorità: «*Ricevere informazioni in termini comprensibili*».

Bisogni non soddisfatti *Tabella 7*	< 2aa	2-6aa	> 6aa
Avere una sala d'aspetto vicina e confortevole	12/20	31/42	61/76
Avere orari di visita più flessibili in base alle proprie esigenze	11/16	18/28	23/34
Prima di entrare ricevere chiarimenti rispetto ai presidi/apparecchiature	11/19	22/41	29/51

Tra bisogni non soddisfatti per gli infermieri (Tabella 7) «*Avere una sala d'aspetto vicina e confortevole*» assume più importanza in relazione all'anzianità di servizio; solo 96 parenti su 291 lo hanno ritenuto prioritario. Probabilmente in situazione critica i parenti danno priorità elevatissima alle informazioni sulle condizioni del congiunto. In una situazione cronica e di maggiore durata nel tempo probabilmente anche gli aspetti alberghieri acquisirebbero importanza. Gli infermieri infatti sono consapevoli delle condizioni a volte precarie delle sale di aspetto. Il bisogno «*Prima di entrare ricevere chiarimenti rispetto ai presidi e le apparecchiature*» è percepito come non soddisfatto soprattutto dai neo assunti, e meno da coloro con maggiore anzianità. Probabilmente l'infermiere meno esperto ha più problemi (o standard diversi di livelli di comunicazione) nel riuscire a dare delle comunicazioni corrette al parente

La concordanza tra percezione degli infermieri e dei parenti è complessivamente elevata. L'età e l'esperienza lavorativa non influenzano la percezione.

Per gli infermieri risultano insoddisfatti solo i bisogni che i parenti non ritengono prioritari, ma emerge chiaramente che entrambi valutano indispensabile il bisogno di ricevere informazioni.

Una riflessione sulla qualità delle informazioni trasmesse: solo il 32% degli infermieri la ritiene soddisfacente: sarebbe interessante andare ad analizzare che cosa ne pensano i parenti, se sono realmente soddisfatti di questo bisogno.

Termino con una frase di Claude Simone che quando ricevette il Nobel per la letteratura nel 1985 parlando delle parole che ci hanno aiutato e ci aiutano, disse:

« ...*Le parole posseggono quel prodigioso potere di accostare e confrontare ciò che, senza di esse, resterebbe sparso nel tempo...*»

Ringraziamenti

Desideriamo ringraziare la collega Alessandra Magotti: è dopo essere venuti a conoscenza della sua ricerca svolta in Trentino, che è nato in noi il desiderio di ripetere l'esperienza allargandola a tutte le realtà operative italiane.

Un altro grazie sincero ai colleghi che hanno contribuito alla realizzazione di questo lavoro, sia rispondendo direttamente ai questionari sia fornendo supporto ai parenti nella compilazione nella parte a loro riservata.

Un ultimo ringraziamento, ma non per questo meno importante e sentito ai parenti che, pur attraversando un momento particolarmente difficile, hanno accettato di partecipare alla nostra ricerca.

DIBATTITO

Giovedì, 16 novembre 2000, *pomeriggio*

Nome e cognome: *Silvana*
Professione
Provenienza: *Treviso*

L'aspetto del rapporto con i parenti in area critica è una cosa che mi ha sempre interessato, ma nella letteratura italiana non avevo mai trovato niente in proposito, tranne un lavoro di qualche anno fa dove si parlava solo di terapie intensive di tipo aperto e chiuso.

Esprimo quindi la mia gratitudine per quest'esposizione, essendo questo il lavoro esistente più grosso a livello internazionale su questo argomento.

Ritengo questa relazione molto importante perché, soprattutto in un'epoca dove si parla molto di qualità delle cure, io credo che si debba affrontare quella che è la qualità nel soddisfare un bisogno di tipo psicologico, la sicurezza ed anche la paura che affronta la persona che si trova ricoverata in area critica, quello che affrontano i parenti ad avere un loro caro ricoverato in quest'area.

Io ho sentito in maniera particolare questo problema soprattutto quando per un periodo ho lavorato in pediatria; lì ormai da molti anni i genitori rimangono accanto al bambino, allora mi sono posta questa domanda: «Se gli infermieri che lavorano nelle pediatrie accettano di avere costantemente la presenza dei familiari, perché questo non può accadere anche nelle terapie intensive, che cosa cambia per me operatore?».

Se sono sicura delle prestazioni che erogo al paziente, per me non cambia niente avere il parente vicino quando faccio una broncoaspirazione, se mai il problema è del parente.

A me è capitato più volte di dover fare questa manovra, cito questa come esempio, e di dire al familiare: «Io in questo momento devo fare al suo congiunto una manovra che consiste in questo e questo, non è molto piacevole da vedere, però se lei vuole restare rimanga pure».

La maggior parte delle persone sono sempre uscite, però sono loro che hanno deciso di uscire, non sono stata io che ho deciso di mandarli fuori.

Ho provato tante volte a presentare la struttura quando la persona è ricoverata o a rendere partecipe il parente alle cure igieniche del paziente ed ho ottenuto sempre risultati molto soddisfacenti.

Purtroppo non ho dei dati da presentare, però non ho mai trovato scontri con i familiari dopo avere dato un'esposizione congrua ed avere instaurato un rapporto d'alleanza terapeutica con i familiari.

Nome e cognome: *Laura Barazza*
Professione
Provenienza: *Rianimazione - Conegliano Veneto*

Ho seguito con moltissimo interesse quest'argomento perché io e le mie colleghe questo lavoro lo facciamo da due anni a questa parte, e proprio in questi ultimi mesi ne stiamo raccogliendo i frutti, nel senso che abbiamo costruito, progettato e realizzato un opuscolo informativo che stiamo distribuendo ai familiari dei pazienti ricoverati in terapia intensiva.

Nell'elaborare e realizzare quest'opuscolo abbiamo seguito lo stesso iter *che ci ha spiegato la collega nella sua relazione e siamo orgogliosi che tale opuscolo si stato pubblicato su Scenario.*

Abbiamo distribuito un questionario ai colleghi infermieri, per raccogliere la loro posizione nei confronti di questa tematica, ed anche ai familiari di alcuni dei pazienti ricoverati.

L'opuscolo è distribuito da circa sei mesi, con una ricaduta estremamente positiva; infatti, i familiari sono rimasti colpiti dal fatto che quello che succedeva in reparto lo hanno letto prima di entrare e questo li ha aiutati ad affrontare la visione del proprio congiunto.

Interviene *Monica Casati*

Vorrei collegarmi a Barazza, facendo ancora i complimenti per la loro iniziativa, con due riflessioni.

Negli ultimi sei mesi mi è capitato di partecipare a riunioni dove si è parlato di parenti, coinvolti in situazioni critiche per il ricovero dei loro cari in condizioni gravi.

A parte mettere in luce quello che già l'ANIARTI alcuni anni fa aveva etichettato come criticità relazionale con i parenti, a suo tempo mi è sembrato un termine molto appropriato, volevo portare l'esperienza di un incontro della SINFER e dell'ASL di Modena, che hanno organizzato una Consensus Conference sulla riabilitazione precoce in fase acuta della persona con traumatismo cranio-encefalico, e di una riunione del North Italian Transplant sulla richiesta di consenso al prelievo d'organi.

Sia nell'una sia nell'altra situazione i parenti hanno sottolineato la straordinaria importanza che ha avuto, soprattutto per il traumatismo cranio-encefalico, la presenza di un infermiere, e la richiesta dei familiari si è spinta oltre quello che noi abbiamo detto oggi, cioè non chiedono che il colloquio sia fatto quotidianamente con il medico, ma che sia fatto con medico ed infermiere.

I parenti chiedono che al momento di quest'incontro quotidiano sia presente anche l'infermiere, anche perché, lasciato il medico, entrano nel settore intensivo, incontrano l'infermiere che lo accompagna al letto, ma nel frattempo stanno rielaborando o pensando quello che dovranno chiedere dopo, in base alle informazioni date dal medico.

Questo mi ha colpito molto; i momenti d'incontro con i parenti andrebbero strutturati alla presenza di un infermiere.

In qualche centro già succede, ed è vissuto dai parenti molto positivamente.

In merito al North Italian Transplant, per la richiesta di consenso non solo sottolineano l'importanza del personale medico ed infermieristico, ma se possibile maschio e femmina e la presenza di più persone, anche di diverse età; questo aiuta molto i parenti ad accettare l'informazione fornita.

Interviene *Paola Di Giulio*

La presenza di un infermiere al colloquio è una delle raccomandazioni che sono fornite, per esempio, dall'associazione di medici ed infermieri di oncoematologia pediatrica, per migliorare la collaborazione tra medici ed infermieri.

Tra queste c'è la presenza di un infermiere quando vengono fornite le informazioni al parente, al genitore in questo caso, anche sulla diagnosi.

Il problema, che è stato ampiamente discusso nell'ultimo convegno a Padova, è quale infermiere deve essere presente al colloquio?

L'infermiere di turno, l'infermiere responsabile del paziente, l'infermiere che capita lì per caso che non conosce il paziente?

Un conto è fare l'affermazione di principio, ma nel quotidiano cosa significa organizzare questa presenza?

Io rifletterei molto su questo, per evitare che l'infermiere sia presente al colloquio solo come tappezzeria.

Interviene *Elio Drigo*

Mi vorrei ricollegare a quanto detto dalla collega di Treviso, relativamente al fatto che nelle strutture intensive pediatriche è consentito l'ingresso dei parenti anche per tempi molto lunghi mentre nelle terapie intensive per adulti questo non è normalmente consentito, oppure consentito in maniera molto limitata.

Vorrei collegare questo discorso all'importanza che è stata attribuita in termini generali alla discussione che abbiamo fatto in questi giorni sul tema della flessibilità, intesa in senso positivo, e di conseguenza all'importanza che il professionista infermiere che opera in area critica sia disponibile a spostarsi anche da un reparto all'altro all'interno dell'area critica nel suo complesso, quindi a trasferire le sue competenze.

Se noi accettassimo questo trasferimento, questa filosofia, credo sia di immediata intuizione la ricaduta molto positiva che ne deriverebbe nell'impostazione generale della filosofia assistenziale e questo fatto dell'illogicità del doppio canale nel trattamento dei pazienti in età pediatrica rispetto a quelli in età adulta o, come diceva Moggia, in età molto avanzata, verrebbe a cadere.

Penso che necessariamente l'infermiere sarebbe determinante nel far comprendere quanto questa doppia logica o doppia interpretazione, così diversa, non abbia più senso e debba essere modificata.

L'infermiere diventerebbe uno degli elementi determinanti nel cambiamento di questa realtà, anche perché questo significherebbe un segno di civiltà nel nostro paese.

Pensiamo all'importanza di essere disponibili a questa tipologia di flessibilità positiva, che induce cambiamento e trasformazione e chiaramente una risposta a dei bisogni che sono di fondamentale importanza per le persone.

Interviene *Alessandra Magotti*

Mi fa piacere sentire di tante esperienze sull'argomento; apparentemente, in base a quello che si trova in letteratura e nel contesto italiano, sembra un argomento di cui gli infermieri in Italia si stanno interessando poco.

In realtà, dai vostri interventi si vede che è un argomento di grosso interesse per tutta la professione.

Riprendo un attimo l'aspetto legato all'importanza dell'informazione con il coinvolgimento dell'infermiere.

Dai vari studi si vede che gli infermieri sentono molto il fatto che i familiari abbiano informazioni in termini comprensibili.

Sarebbe auspicabile un confronto con il medico rispetto a questo problema.

Interviene *Fabrizio Moggia*

Anch'io mi riallaccio a quello che ha detto Magotti sull'importanza di essere presenti al momento dell'informazione in maniera costruttiva e non solo come presenza.

Dall'analisi dei questionari, nella parte libera si evince un'incredulità positiva da parte dei parenti, che apprezzano l'interessamento anche ai loro problemi.

Interviene *Paola Di Giulio*

Mentre le prime due indagini sarebbero opportuno replicarle in maniera più sistematica e su campioni più ampi, per questa devo dire che, essendo stata effettuata su un campione più grosso a livello internazionale, va completata l'analisi dei dati per poi pubblicarla su riviste internazionali, magari anche an-

dando a giocare un po' con i dati per vedere chi sono i parenti più insoddisfatti per tipologia di bisogni e di infermieri, collegandolo rispetto alla situazione logistica, cercando quindi di far parlare i numeri per capire non solo le medie ma anche chi sono i più soddisfatti e i meno soddisfatti, dove ci sono maggiori o minori concordanze e per capire anche come questo può trasformarsi in bisogno di formazione e informazione per gli infermieri, perché l'obiettivo deve essere non solamente quello di descrivere ma anche di capire come possiamo utilizzare i dati per migliorare l'assistenza.

A conclusione di questa giornata, che per molti aspetti è originale rispetto ad altri contesti perché è una giornata che è stata completamente dedicata alla presentazione di dati italiani, prodotti dall'ANIARTI, faccio un primo ringraziamento doveroso a tutti i colleghi che hanno collaborato alla raccolta dati e che hanno reso possibile avere i questionari e il materiale da elaborare.

Un secondo ringraziamento va ai colleghi che hanno di fatto elaborato i dati e hanno reso possibile la presentazione di oggi.

Un altro ringraziamento per la lungimiranza va ad Elio Drigo, che ha voluto fortemente quest'indagine, e al consiglio direttivo dell'ANIARTI.

Non è di tutte le associazioni infermieristiche e scientifiche promuovere la ricerca e dedicare tempo, sforzi e risorse preziosissime per produrre dei numeri, dei numeri che però servono per fare parlare i problemi dei pazienti e degli infermieri, perché questo è l'obiettivo della ricerca.

XIX CONGRESSO NAZIONALE ANIARTI

ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE IN AREA CRITICA

17 novembre 2000 - Mattina

OBIETTIVI

- Utilizzare i criteri di efficacia ed efficienza e gli elementi di valorizzazione/motivazione professionale per la gestione flessibile della risorsa umana;
- ipotizzare le necessità formative del personale infermieristico assegnato ad un dipartimento.

RELAZIONI

- Metodi e strumenti per la gestione flessibile della risorsa umana in ambito dipartimentale

Meris Fiamminghi, Annella Mingazzini

- Gli accordi contrattuali decentrati per la valorizzazione della risorsa umana in ambito dipartimentale

Alvisa Palese, Giuliana Pitacco

- Percorsi formativi per il mantenimento e l'acquisizione di competenze assistenziali, metodologiche e decisorie

Adriana Dalponte

Moderatore: *Elio Drigo*

DIBATTITO

LA GESTIONE «FLESSIBILE» DELLE RISORSE UMANE NEL SISTEMA DIPARTIMENTALE

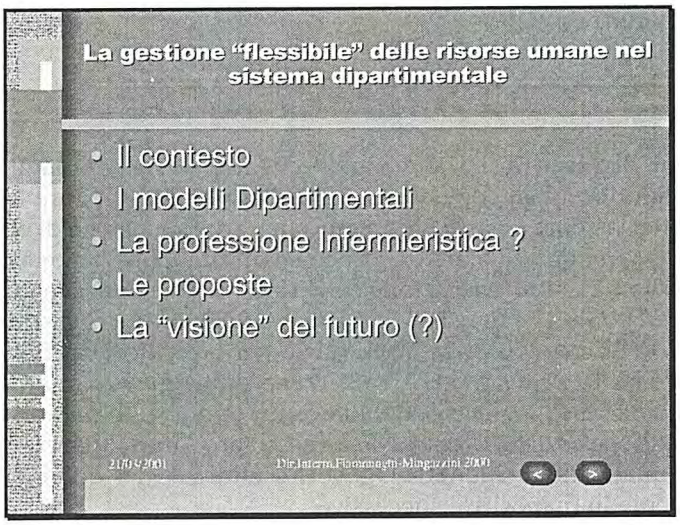
I.I.D. M. FIAMMINGHI [1], A.F.D. A. MINGAZZINI [2]

[1] Direttore Servizio Infermieristico, Istituti Ortopedici Rizzoli, Bologna

[2] Coordinatore Infermieristico Dipartimentale, Coordinatore Infermieristico Servizio di Anestesia e Rianimazione, Istituto Ortopedico Rizzoli, Bologna

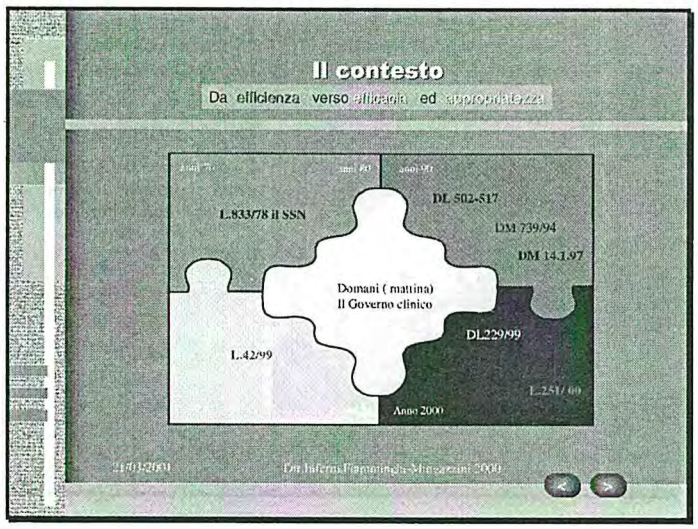
Diapositiva 1

Diapositiva 2



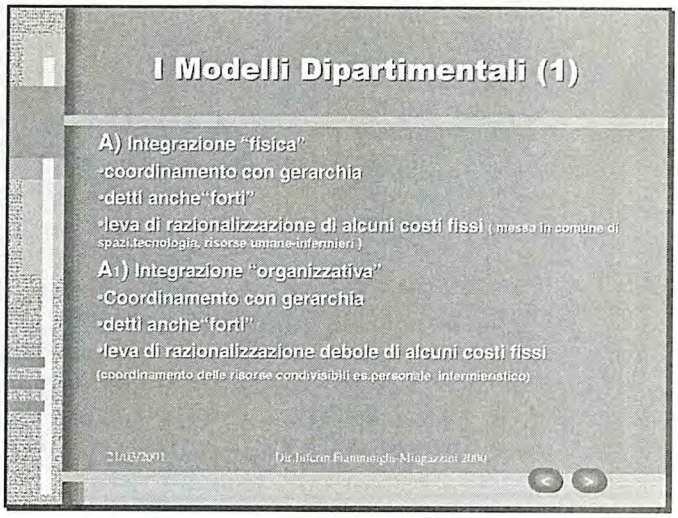
La relazione è strutturata a partire da una sintesi di alcuni elementi di contesto generale sanitario per passare attraverso i diversi modelli organizzativi di articolazione dipartimentale. Seguono alcune riflessioni rispetto alla professione infermieristica calata all'interno di questi modelli per articolare poi due proposte di gestione flessibile delle risorse umane/infermieristiche.

Diapositiva 3



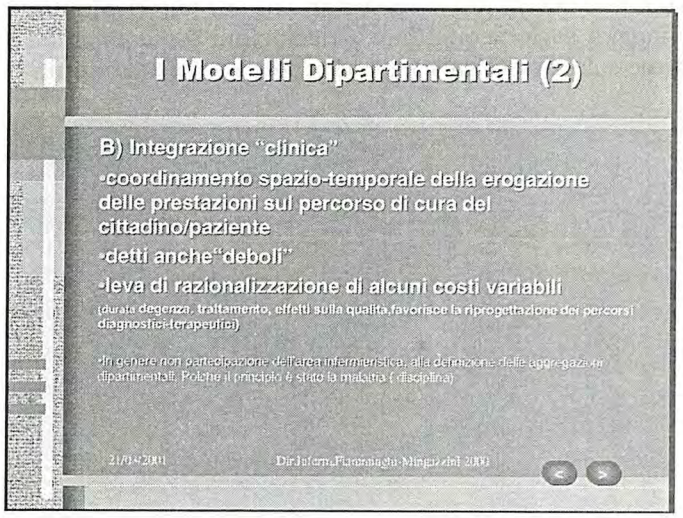
In questa diapositiva si evidenziano trent'anni di sistema sanitario attraverso il filo conduttore delle logiche di qualità. Alla fine degli anni 80 ed ai primi degli anni 90 il sistema è particolarmente spinto verso logiche di efficienza. Tale spinta è motivata in particolare dal processo di aziendalizzazione e dal cambiamento del sistema di remunerazione delle USL - da piè di lista a remunerazione a prestazioni-DRG's. Alla fine degli anni 90 appare inoltre la questione dell'accreditamento e dell'autorizzazione all'esercizio per i fornitori del SSN. La riforma *ter* – Ministro Bindi e Governo D'Alema – ci accompagna nell'anno 2000 ri-orientando il sistema verso logiche di qualità centrate più sul cittadino che sul mero controllo della spesa: è il 229 del 1999. Il futuro prossimo rappresentato dal colore giallo è quello del cosiddetto «governo clinico» del quale si parlerà più compiutamente in diapositive successive.

Diapositiva 4



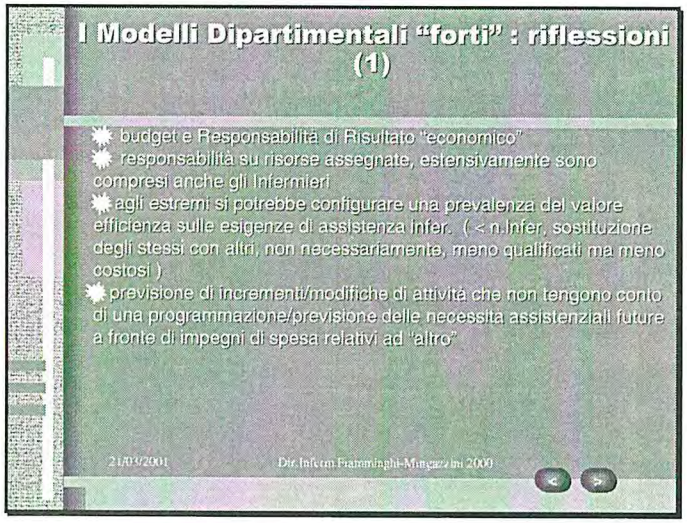
Un primo modello di articolazione organizzativa dipartimentale è quella rappresentata in A ed in A1 ed è caratterizzata dagli elementi descritti in diapositiva 4.

Diapositiva 5



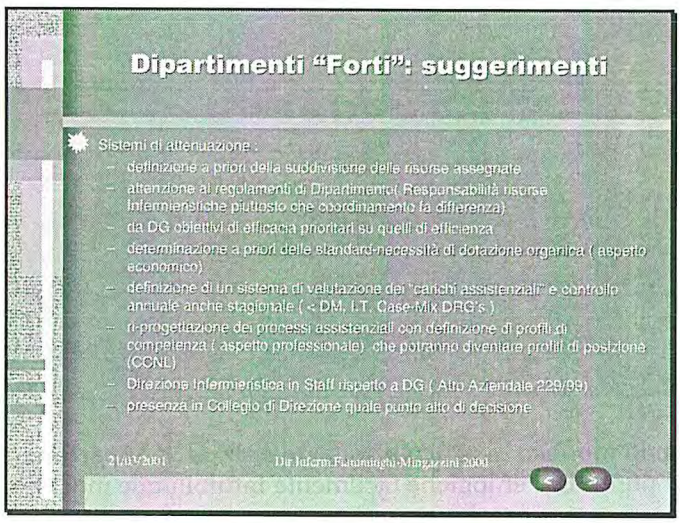
Un secondo modello di articolazione organizzativa dipartimentale è quello presentato al punto B. Per logiche facilmente intuibili tale modello è quello che stenta maggiormente a decollare.

Diapositiva 6



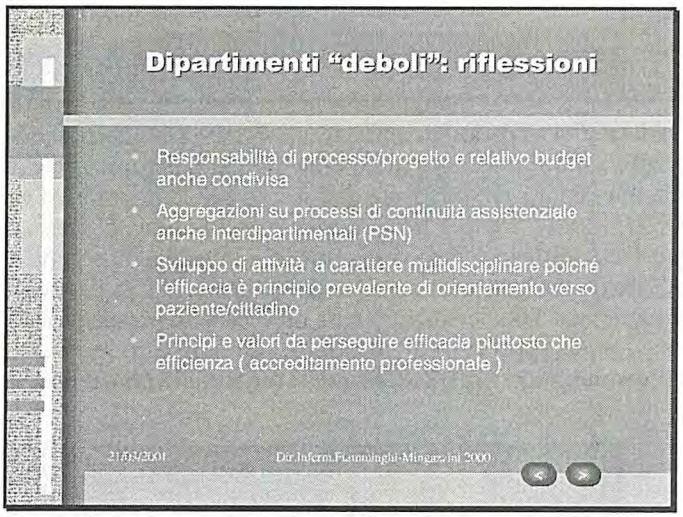
Vengono presentate in diapo 6 alcune riflessioni rispetto al «peso» gestionale che tali Responsabili apicali di Dipartimento possono avere. Ovviamente si possono anche intendere come ipotesi estreme ma ... a volte è meglio aspettarsi il peggio. Se il risultato che ci si propone è quello della continuità assistenziale si può legittimamente dubitare che una articolazione organizzativa di questo genere sia congruente e facilitante il perseguimento di tale risultato per i cittadini/pazienti. A maggior ragione quindi in articolazioni Dipartimentali di questa fattispecie saranno solo gli infermieri a poter garantire tale continuità assistenziale.

Diapositiva 7



Anche al fine di contenere l'effetto «tanti ospedalini in un solo ospedale» si propongono alcuni suggerimenti che riteniamo utili non solo per i Dirigenti dei Servizi Infermieristici ma per gli infermieri tutti. Pensiamo infatti che solo una maggiore consapevolezza che certo deriva dalla informazione e dal coinvolgimento di tutti sia fruttuosa in un momento di grande «rivoluzione del sistema». Non si vuole con ciò suggerire logiche «tribali» ma certo far riflettere sul valore dell'aggregazione forte, sì.

Diapositiva 8

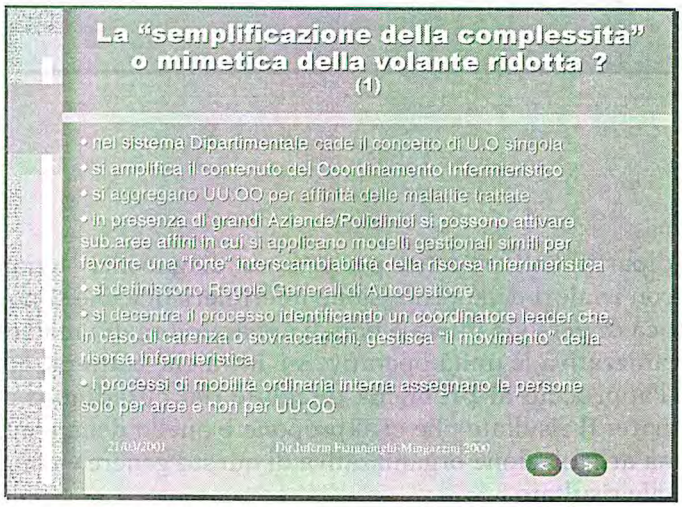


Certo, i dipartimenti articolati per percorsi diagnostici –terapeutici sono più congrui con i valori della professione infermieristica che si pone, da sempre, in un'ottica di persona intera e non di apparato/organo malato. In questa modalità organizzativa le unità operative sia intra che extra-ospedaliere sono aggregate e l'approccio al problema di salute del cittadino è di carattere multidisciplinare. Il risultato che ci si propone è quello della continuità assistenziale e una articolazione organizzativa di questo genere è congruente con la ricerca di tale risultato.

Diapositiva 9

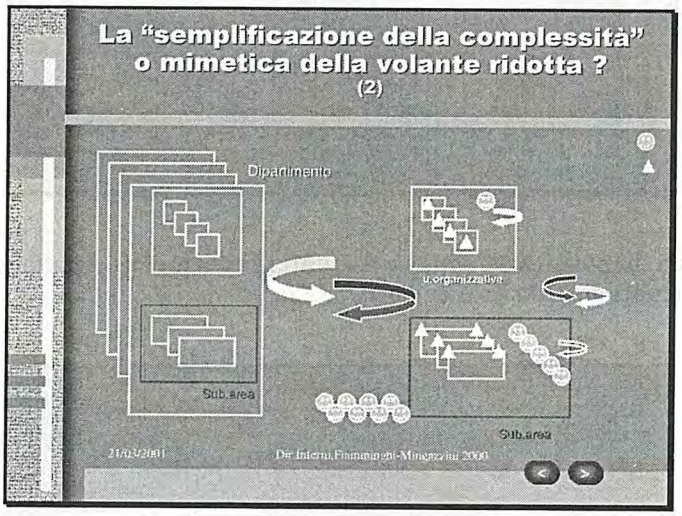
La descrizione del «prodotto» infermieristico è cruciale poiché necessita di condivisione nel gruppo professionale e di evidenza nei confronti delle altre professioni. È una necessità irrinunciabile e non solo per la normativa vigente (L. 42/99,L. 251/2000,D. 739/94) ma per far emergere il ruolo della professione infermieristica nel sistema sanitario e nei confronti del cittadino. E poiché i patti vanno onorati occorre articolare sistemi organizzativo-gestionali congruenti con gli elementi espressi tali patti. La specializzazione medica è un processo irreversibile che frammenta per forza l'approccio al cittadino, per converso, quindi il ruolo della professione infermieristica è quello di farsi garante della continuità assistenziale.

Diapositiva 10



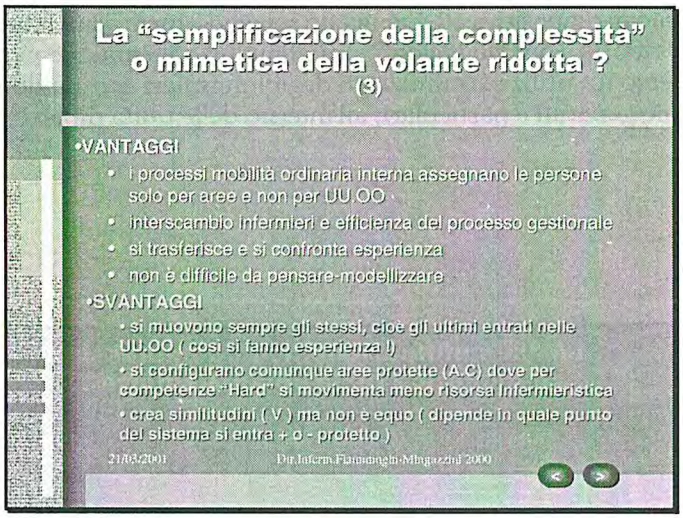
Un primo modello di gestione flessibile delle risorse infermieristiche è quello rappresentato in diapositiva 10. L'abbiamo scherzosamente chiamato «mimetica della volante ridotta «poiché si configura come un sistema che persegue l'efficienza attraverso un utilizzo ottimizzato degli infermieri spostandoli, con un sistema di regole generali e particolari, all'interno delle unità dipartimentali.

Diapositiva 11



Il modello grafico in diapo 11 rappresenta: - nel quadrante a sinistra di chi guarda, il dipartimento con all'interno Unità operative (bianche) aggregate in Unità maggiori definite Unità Organizzative (gialle) – in ogni U.Organizzativa si mettono in comune le risorse dell'organico integrativo e si fanno ruotare, con un sistema di regole generali e condivise all'interno di tutte le Unità Operative appartenenti alla Unità Organizzativa (quadrante in alto a destra) – le Unità Organizzative a loro volta possono essere ulteriormente aggregate in sub-aree affini dove, attraverso un sistema di regole generali e specifiche vengono messe in comune e fatte ruotare le unità di organico integrativo (quadrante rosso a destra in basso) – la rotazione delle unità infermieristiche di organico integrativo si potrebbe spingere fino al livello dell'intero dipartimento (freccia bianca e rossa al centro della diapo).

Diapositiva 12

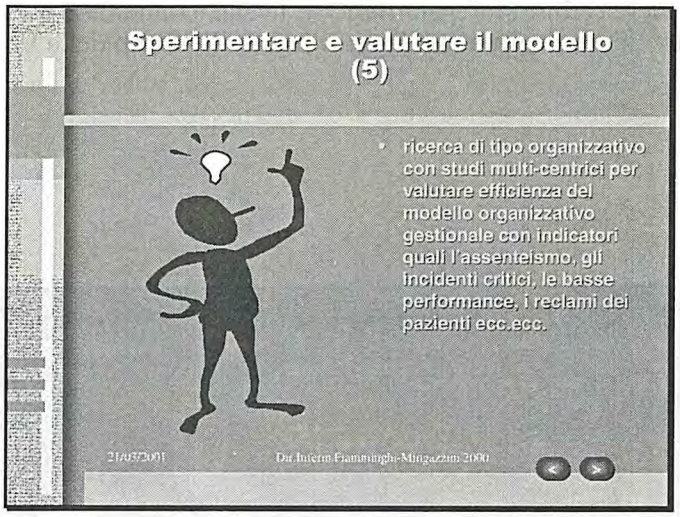


In questa diapositiva vengono presentati i vantaggi e gli svantaggi del primo modello di «gestione flessibile della risorsa infermieristica»

Diapositiva 13

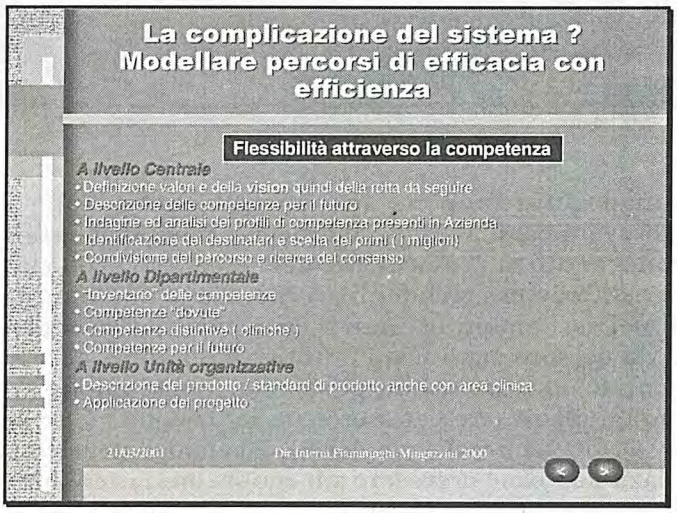
È intuibile che possa esservi un certo disagio da parte degli infermieri a recepire un sistema gestionale che movimenta in ragione delle carenze o dei sovraccarichi che possono verificarsi all'interno delle Unità Organizzative perciò è bene progettare anche sistemi premianti non esclusivamente economici.

Diapositiva 14



Il primo modello proposto sembra abbastanza utilizzato per cui pensiamo varrebbe la pena di valutarne l'efficienza e l'efficacia studiando indicatori anche di carattere qualitativo.

Diapositiva 15



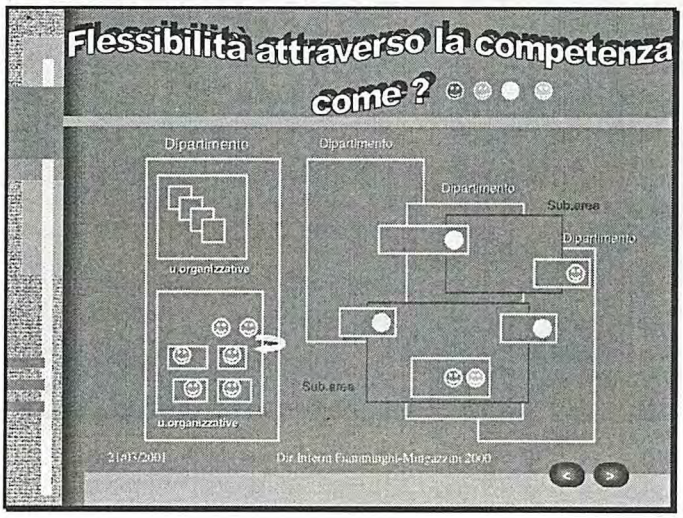
Nella diapositiva 15 viene descritto il percorso a «cascata» di un altro modello di gestione flessibile della risorsa umana che fonda i suoi presupposti sulla competenza o expertise infermieristica. In questo caso per livello centrale s'intende la Direzione del Servizio Infermieristico e si pone come altro elemento la

presenza di un Infermiere a livello dipartimentale. Il modello trae avvio dalla descrizione del prodotto infermieristico a livello aziendale per essere poi declinato in maniera integrata con l'area clinica all'interno delle Unità Operative.

Diapositiva 16

Questa diapositiva propone un «ingrandimento» sulle attività propedeutiche da svilupparsi a livello centrale per dare applicazione al modello. Nella definizione di tali competenze deve essere coinvolta la linea operativa infermieristica ovvero gli infermieri che stanno direttamente a contatto con i clienti nei vari ambiti operativi. Un inciso sulle competenze dovute poiché, al di là del loro significato intuitivo «le minine necessarie per ...» vogliono anche, in una dimensione più ampia, rappresentare le competenze necessarie ad un infermiere per esercitare in aziende molto specialistiche (Pediatriche, Ortopediche, Oncologiche,). Il catalogo delle competenze per la cui articolazione è bene prevedere almeno sei mesi riteniamo sia utile per i percorsi di inserimento, per i processi di valutazione sia legati che svincolati dai periodi di prova, per i processi di sviluppo orizzontale e verticale della carriera infermieristica, per l'articolazione della formazione post-base e, naturalmente per identificare le necessità di formazione a livello aziendale.

Diapositiva 17



Il modello grafico vuole rappresentare:

– del modello precedente viene mantenuta solo la parte posta a sinistra di chi guarda ovvero l'articolazione in Unità organizzative e l'aggregazione delle stesse in sub aree definite secondo il principio della continuità assistenziale indipendentemente dalla loro collocazione logistica;

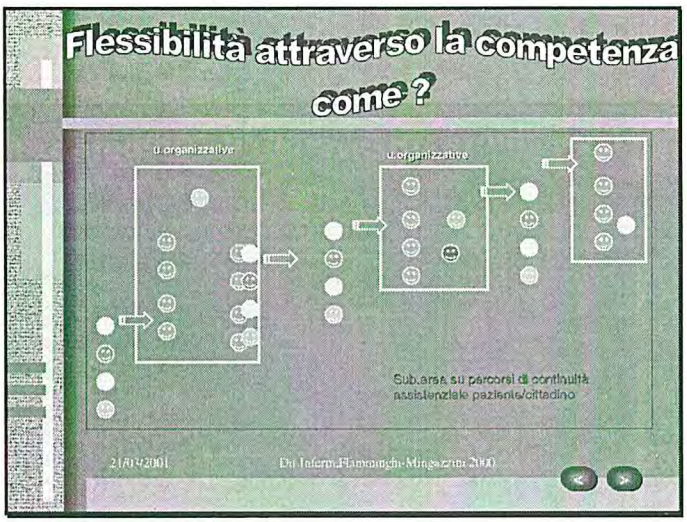
– nella parte sinistra invece l'inventario delle competenze distintive, smile di vari colori, all'interno delle sub aree o delle Unità Organizzative;

– gli smile fucsia rappresentano le competenze dovute e minime necessarie;

– gli smile in gradazione d'azzurro, posti in alto vicino al titolo, rappresentano le competenze per il futuro.

Come si nota le competenze dovute ruotano all'interno delle Unità organizzative identificate. Questo elemento rimane necessario per ottimizzare l'impiego di risorsa infermieristica all'interno di più Unità operative. Ma rimane limitato alle unità Organizzative e muove risorse secondo regole generali e particolari di Autogestione. Le unità Organizzative sono agreggate per continuità assistenziale indipendentemente dalla loro collocazione logistica.

Diapositiva 18

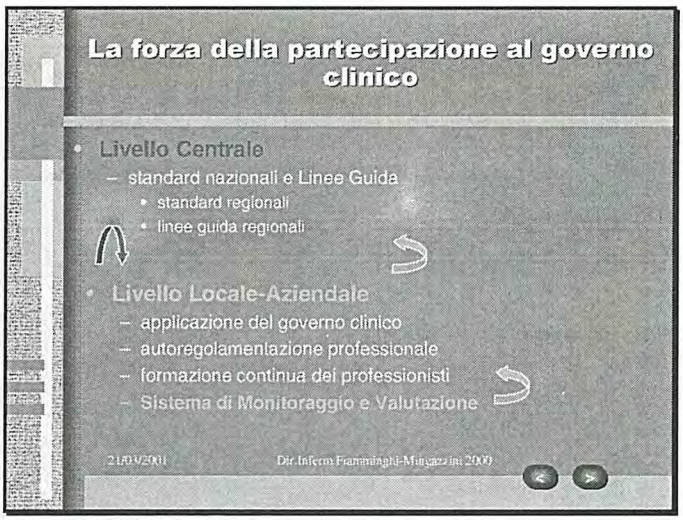


Nella versione «presentazione» il modello mostra la dinamicità attraverso il movimento delle prime ipotetiche quattro competenze distintive (in basso a sinistra) che, identificate all'interno di una sub-area, aggregata per continuità assistenziale, entrano nelle Unità Organizzative ed «innestano» le competenze minime dovute che, dopo periodi diversificati di apprendimento sul campo, usciranno da quelle unità organizzative per entrare in altre delle stessa sub-area. Il primo periodo di inserimento delle competenze distintive è il vero periodo di latenza del sistema che può andare da sei mesi ad un anno. I costi da sostenere si ritiene possano essere ammortizzati con l'aggregazione in Unità Organizzative. Questo è il primo svantaggio, a seguire il secondo ... non rende gli infermieri tutti uguali (se vogliamo che lo siano) e necessita di infermieri motivati alla loro crescita professionale. I vantaggi: l'intelligenza di una organizzazione è dare competenza a molti e non a pochi, competenza che si esplicita nel rapporto tra il professionista ed il cliente. È un percorso che si sviluppa sulla continuità assistenziale al cittadino ed ha come ulteriore fondamento la definizione delle competenze infermieristiche. È utile per i percorsi di formazione specialistica infermieristica post.base e per il tirocinio clinico degli studenti Infermieri. Nei sistemi professionali il «potere» è dato dalla competenza quindi l'ampia diffusione della competenza rafforza il gruppo professionale ed rende evidente il contributo specifico sia al cittadino che agli altri professionisti. Prepara il terreno organizzativo per l'evoluzione professionale.

Diapositiva 19

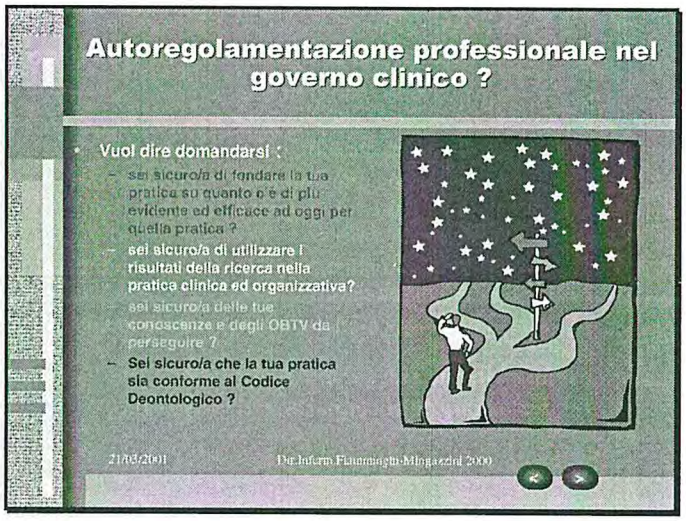
Rappresenta una brevissima sintesi del concetto di «governo clinico» quello già apparso nella diapositiva relativa alla evoluzione del contesto.

Diapositiva 20



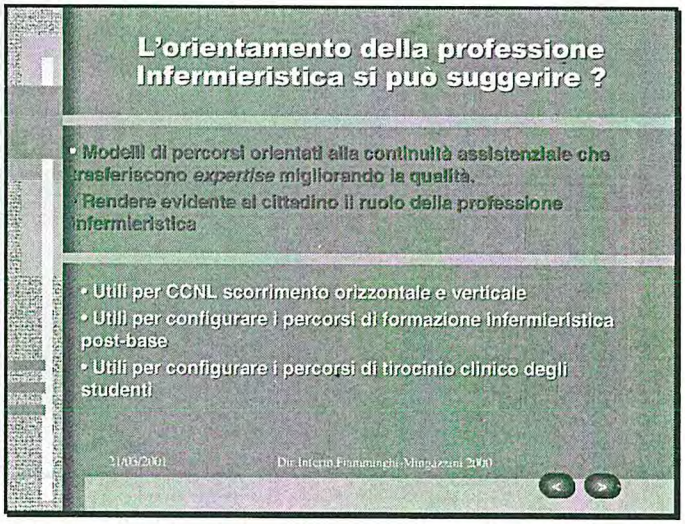
Questa diapo vuole invece rappresentare i differenti livelli del sistema in cui si articolano gli elementi del governo clinico. Dai Livelli centrali come Ministero e Regione in uno Stato Federale,fino alla sua applicazione a livello locale e più precisamente fino alla sua applicazione a livello professionale individuale.

Diapositiva 21



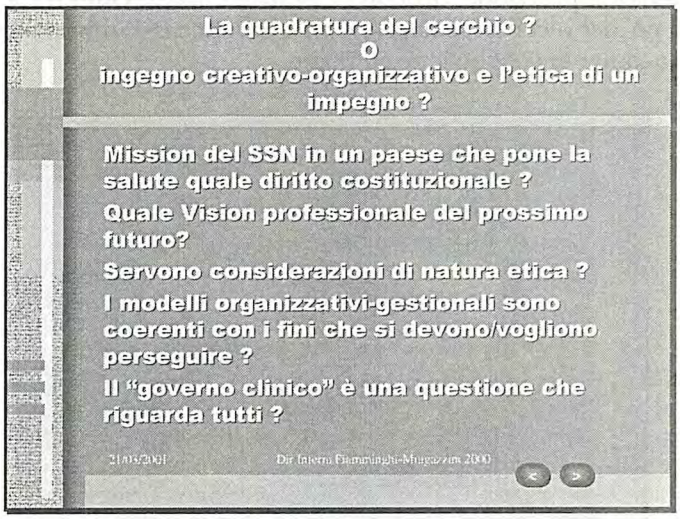
Gli Infermieri da almeno un paio d'anni sono coinvolti in attività di miglioramento ed hanno anche ormai dimestichezza con termini ed attività relative all'accreditamento. Quanto scritto in questa diapositiva vuole essere esemplificativo delle attività connesse al cosiddetta «autoregolamentazione professionale».

Diapositiva 22



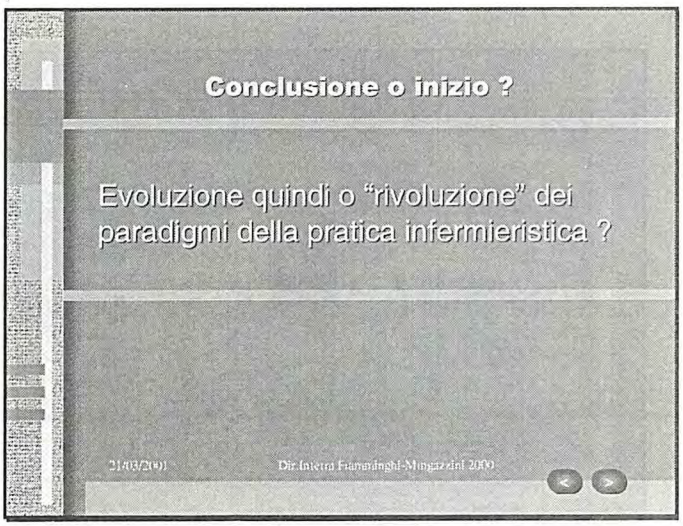
Semplicemente una sintesi di quanto espresso nelle diapositive precedenti.

Diapositiva 23



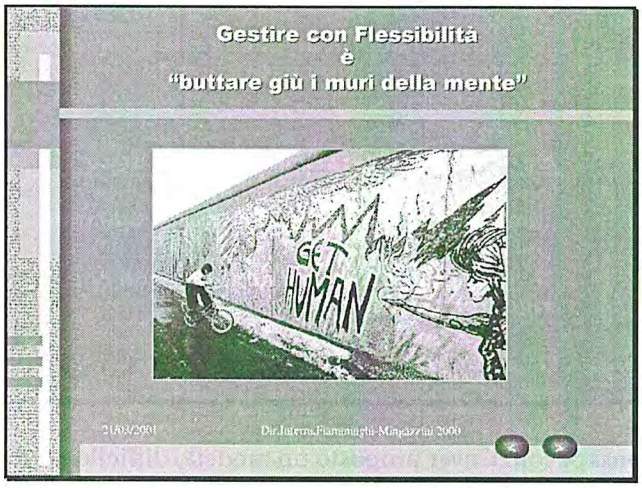
Siamo consapevoli di aver proposto un modello difficile e forse innovativo di gestione delle risorse umane poiché le stesse vengono considerate portatrici di conoscenza utile all'Azienda ad a loro stessi. Ma pensiamo allo stesso modo che tutta una serie di domande che noi stesse ci siamo fatte quando ANIARTI ci ha affidato il compito fossero da collocare qui, per costruire la nostra memoria dell'inizio di quella che certamente sarà una sfida per la professione infermieristica e per il suo futuro.

Diapositiva 24



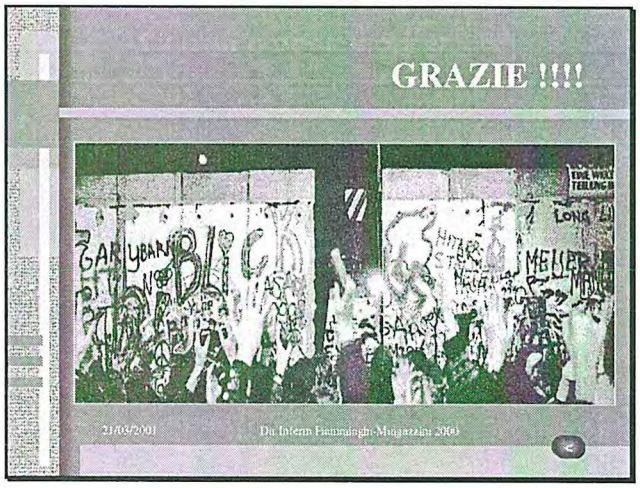
Sì, pensiamo che sia una rivoluzione dei paradigmi della professione e del suo modo di fare formazione, tirocinio e pratica clinica. Quindi forse se abbandoniamo un po' del vecchio, se dagli errori e dai successi impariamo allora sarà contemporaneamente conclusione ed inizio.

Diapositiva 25



«Non lasciate che giovani anime siano soffocate prima che esse compiano atti eccentrici e sventolino pienamente il loro orgoglio. È il doloroso crimine del mondo che i suoi bambini crescano ottusi, i suoi poveri siano come buoi, zoppicanti e con occhi inerti. Non che essi digiunino ma digiunano così, senza sogni. Non che essi seminino, ma essi raramente mietono. Non che essi muoiano, ma che essi muoiano come pecore» Vachel Lindsay.

Diapositiva 26



LE OPPORTUNITÀ DI VALORIZZAZIONE PROFESSIONALE NEL NUOVO SISTEMA CLASSIFICATORIO PREVISTO DAL CCNL 99/00

I.I.D. G. PITACCO [1], D.D.S.I. A. PALESE [2]
[1] Responsabile del Servizio Infermieristico
[2] Servizio Infermieristico
e-mail san-giuliana.pitacco@aots.sanita.fv.it; alvisa.palese@aots.sanita.fvg.it

Il perché di una lettura professionale del CCNL

Il dibattito sul Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro e sulle profonde modificazioni che ha introdotto, pur essendo molto vivace in tutti i contesti, manca ancora di una lettura professionale che sia in grado di verificare se, nelle sedi decentrate, i principi ispiratori condivisi anche dalla comunità professionale degli infermieri, stanno trovando effettiva realizzazione. È per questo che, a partire dalle logiche del CCNL e dalle attese della professione infermieristica, sono stati analizzati nel concreto i contenuti dei contratti collettivi integrativi definiti da alcune aziende per verificare le modalità con cui sono stati effettivamente perseguiti il riconoscimento, la differenziazione e la valorizzazione delle competenze.

1. Lo sviluppo di carriera

Il nuovo CCNL 1999/2000 si è inserito in uno scenario di profondo cambiamento normativo, organizzativo e dei sistemi professionali. I principi sui cui si ispirava erano quelli della flessibilità, della valorizzazione del merito, della responsabilizzazione, e della valorizzazione delle funzioni di coordinamento e di gestione. La realizzazione concreta di tali principi, doveva avvenire in sede locale attraverso lo strumento della contrattazione integrativa decentrata che rappresentava anche la modalità con cui concertare strumenti, metodi e criteri di valorizzazione delle differenze.

Prima di questo momento, con il DPR 761/79, le posizioni funzionali all'interno dei 4 ruoli previsti erano molto statiche e non era ammesso alcun passaggio se non dopo l'acquisizione di titoli e il superamento di concorsi che prevedevano la riserva di posti per candidati interni: di norma la nuova posizione era sovraordinata alla precedente (es. capo sala rispetto all'infermiere) e non erano previste carriere orizzontali.

Con il CCNL 1999/2000 il sistema è stato riprogettato profondamente: si sono aperte opportunità di sviluppo per tutti gli operatori del comparto che possono aspirare, sulla base delle competenze e del fabbisogno organizzativo,

a progredire lungo l'asse orizzontale (mobilità orizzontale), verticale (mobilità verticale) nonché ad assumere la responsabilità di alcune posizioni organizzative.

Tale sistema ha reso l'organizzazione sanitaria molto più interessante e vicina non solo alle esigenze dei cittadini - che hanno bisogno di una pluralità di competenze per risolvere ed affrontare i problemi di salute - ma anche più attenta alle istanze delle professioni che da tempo rivendicavano la possibilità di differenziare e graduare le carriere sulla base delle competenze (Tabella 1)

Tabella 1: *Le progressioni previste dal CCNL 1999/2000*

Progressione orizzontale (art. 17): significa passare da una fascia all'altra (da C2 a C3) attraverso un sistema che non prevede automatismi, può realizzarsi nel momento in cui si rendono disponibili dei posti, per selezione interna (curriculum, valutazione individuale) e consente la valorizzazione sia delle competenze cliniche che gestionali;
progressione verticale (art. 16) o passaggio tra categoria (ad esempio da C a D) può realizzarsi quando i candidati sono in possesso dei requisiti culturali e professionali previsti per l'accesso al profilo; avviene con una prova teorico/pratica e con una valutazione comparata dei titoli (prendendo in considerazione titoli di studio, diplomi di specializzazione o perfezionamento, certificato di abilitazione a funzioni direttive, diplomi di dirigente dell'assistenza infermieristica);
posizioni organizzative (art. 20): riguarda l'assunzione diretta di responsabilità (come ad esempio la direzione di servizi, dipartimenti...) e prevedono la preventiva descrizione della posizione e dei requisiti di accesso. L'assunzione l'incarico è di durata limitata nel tempo (diversamente dai precedenti che sono passaggi stabili), prevede competenze gestionali o specialistiche ed è sottoposto a valutazione.

2. Il punto di vista professionale

Da tempo la professione infermieristica sosteneva l'esigenza di uscire dall'omogeneità: di fatto collocare tutti gli operatori sanitari del profilo infermieristico all'interno di una stessa categoria come previsto dal DPR 761/79, senza alcuna possibilità di valorizzare percorsi di studio in ambiti clinici e l'assunzione di responsabilità, non riusciva più a collocarsi e ad essere compatibile con una professione profondamente cambiata, aperta alla formazione complementare, che riconosce ambiti di competenza clinici e gestionali, in grado di gestire processi di cambiamento e assumere la diretta responsabilità di interi settori.

Con il nuovo CCNL, il dibattito professionale si è fatto vivace (chi a favore e chi contro) e le linee di tendenza via via emerse hanno riguardato la necessità di

– responsabilizzare le competenze *cliniche* e *gestionali:* prima d'ora erano

visibili solo quelle gestionali mentre ormai è evidente la necessità di distinguere anche le competenze infermieristiche cliniche avanzate;

– valorizzare le *specificità* professionali: ci sono aspetti della competenza infermieristica che non possono essere misurati con gli stessi criteri e strumenti validi per altre professioni del comparto; viceversa, sarebbe ingiusto applicare criteri e metodi pertinenti alla misurazione delle competenze infermieristiche ad altre professioni;

– introdurre sistemi che valorizzino il contributo offerto da sempre dagli infermieri nell'assunzione della *diretta responsabilità* di alcuni processi di lavoro (unità operative, dipartimenti, servizio infermieristico) senza di fatto essere mai stati riconosciuti e premiati.

2.1 **Che cosa volevamo fosse valorizzato**

In effetti i nodi della questione non erano pochi. Uscire dall'omogeneità significava affermare che esistono delle differenze tra un infermiere e l'altro; che la differenza è significativa per i risultati di salute del paziente ed è frutto di competenze acquisite con l'esperienza e con percorsi formativi che si possono «misurare»; significava riconoscere per la prima volta, oltre alle competenze gestionali, anche quelle cliniche.

2.1.1. **Che cosa e come misurare**

Il tema chiave, al di là dell'impianto, era proprio questo: che cosa e come misurare. I primi criteri suggeriti dalla Federazione Nazionale IPASVI (1,2) riguardavo le seguenti variabili

a) la capacità degli infermieri, sia in ambito clinico che gestionale, di perseguire risultati rispetto a variabili di

– complessità che è determinata dalla presenza di alcuni ingredienti quali l'incertezza, l'interdipendenza , la discrezionalità e la numerosità/quantità dei fattori in uscita di un sistema;

– responsabilità intesa come la capacità di prevedere i risultati di un processo e di modificare i comportamenti in relazione a questi;

– flessibilità determinata invece dalla variabilità della domanda, dalla adattabilità della risposta e dalla elasticità del processo.

b) la differenziazione delle

– competenze gestionali per

1. gestire risorse umane in strutture semplici
2. gestire risorse tecnologiche in strutture semplice
3. gestire processi di formazione clinica
4. programmare e pianificare autonomamente le risorse
5. programmare processi assistenziali e verificare i risultati
6. definire sistemi di qualità in ambito aziendale

7. coordinare le attività teorico pratiche e di tirocinio
8. definire piani di formazione complementari

– competenze cliniche di base, avanzate, collaborative e specialistiche per
1. gestire processi di cura avanzati
2. realizzare approcci assistenziali innovativi
3. adottare strategie di collaborazione interdisciplinare
4. effettuare consulenza
5. attuare programmi di educazione alla salute
6. partecipare a programmi di formazione e ricerca
7. realizzare processi di tutorato.

Rispetto al «come», la professione si aspettava di poter essere misurata con un sistema collegiale, partecipato, non affidato a pochi ed esterni alla professione.

2.1.2 **Riconoscere la natura «contestuale delle competenze»**

Era la seconda dimensione che la professione desiderava fosse legittimata: è diverso essere competenti in area critica rispetto all'area chirurgica. La competenza infermieristica ha una natura contestuale (3) e valorizzarla significa pensare a sistemi di valutazione permanenti e specifici per ogni macro area di riferimento: non possono essere progettati sistemi generali che non riescono a misurare le differenze.

2.1.3 **Riconoscere che la competenza professionale non è misurabile solo con criteri quantitativi**

Era la terza dimensione: significava affermare che la valutazione individuale e dei curriculum doveva mettere in dialogo gli elementi che nutrono la competenza professionale che sono l'esperienza→ ← e la formazione: l'esperienza non è «l'anzianità di servizio» come pure la formazione non è «l'insieme delle giornate di aggiornamento». Non tutte le esperienze sono formative e solo quelle che generano riflessione e rielaborazione lo possono diventare perché arricchiscono il sapere, contribuiscono a rivederlo e riadattarlo e generano nuove conoscenze (4).

2.1.4 **Riconoscere che la progettazione della propria carriera, come la valutazione delle competenze, spettano prioritariamente al singolo**

Entrare all'interno di un sistema che valorizza le competenze come quello previsto dal CCNL significava aprire una nuova sfida professionale: riportare al

singolo la responsabilità di progettare e dirigere il proprio sviluppo professionale e di carriera; sollecitare fortemente la capacità di autoprogettazione (5, 6, 7, 8) offrendo a tutti la possibilità di autovalutarsi, censire le aree in cui le performance non sono adeguate, definire le priorità sulle quali investire con la formazione; individuare i propri talenti (clinici o gestionali) e, sulla base di questi, costruire il proprio percorso di carriera. Proprio come accade negli altri Paesi in cui è attribuita grande responsabilità al singolo infermiere di progettare il proprio sviluppo professionale prevedendo, accanto al sistema di autovalutazione, una forte struttura di accreditamento e certificazione professionale.

2.1.5 **Riconoscere le competenze attuali e potenziali**

Per la professione la valutazione non doveva censire solo quello che «l'infermiere è in grado di offrire in quel momento»: in un sistema cosi' dinamico come quello profilato dal CCNL, doveva prevedere anche la possibilità «quello che può crescere e diventare»: anche le potenzialità. In fondo, al di là delle vicende sollevate dall'*ex* art 45, gli infermieri come le altre professioni, venivano per la prima volta misurati: mai prima d'ora erano stati valutati e, sulla base degli esiti della valutazione, fatti progredire. Volevamo per questo evitare alcuni errori importanti come l'attivazione di sistemi di «misurazione comparativi» (tutti gli infermieri misurati comparativamente tra di loro); ritenevamo più stimolante e difficile nel contempo attivare una valutazione che facesse emergere le competenze «rispetto a qualcosa», al profilo di posto da occupare e non solo le differenze tra gli uni e gli altri.

La professione si aspettava di poter contare su contratti collettivi integrativi in grado di esprimere criteri e strumenti di valutazione pertinenti alle competenze infermieristiche; orientati ad indicare le peculiarità che dovrebbero possedere gli infermieri per poter occupare un determinato posto definito progettando la struttura organizzativa aziendale; prevedendo un sistema permanente ed integrato di valutazione.

Affermando queste istanze la professione era consapevole di chiedere molto e nel contempo di non essere ancora del tutto preparata ad un sistema di valutazione così complesso.

3. **Le tendenze**

In effetti le attese non hanno trovato concreta attuazione.

Analizzando 15 contratti integrativi decentrati approvati da altrettanti aziende (9) distribuite uniformemente sul territorio nazionale, sono emerse alcune tendenze interessanti

a) valutazione individuale

– è molto orientata ai comportamenti organizzativi e non alle competenze

professionali: non emergono di norma criteri di misurazione delle competenze gestionali o cliniche;

- non sono inclusi criteri che valorizzino la complessità, responsabilità, flessibilità e la discrezionalità dei professionisti sia rispetto a quanto hanno svolto che a quanto potranno svolgere assumendo nuove responsabilità;
- viene valorizzata la media del giudizio degli ultimi tre anni e quindi si basa molto su «quello che è stato» piuttosto che «su quello che può diventare» (ovvero sul potenziale);
- non è mai collegiale e spesso la responsabilità della valutazione è demandata al responsabile gerarchico, di norma di profilo diverso da quello infermieristico e appartenente alla dirigenza (es. direttore di unità operativa);
- solo in una azienda è affermato che la valutazione individuale deve partire dall'autovalutazione del professionista;
- sono numerose le aziende che prevedono «procedure di risoluzione del conflitto» nel momento in cui la valutazione espressa non è condivisa dal condidato; addirittura una azienda impegna i responsabili a comunicare all'interessato la valutazione solo se negativa ...

b) valutazione dell'esperienza e della formazione

Tutti i contratti prevedono la valutazione del curriculum per i quali, di norma,

- aumenta il peso della valutazione individuale e del percorso formativo passando dalla categoria C (infermiere) a D (capo sala) e DS (infermiere dirigente); allo stesso modo, si contrae il peso attribuito all'esperienza lavorativa che è espressa come anni di servizio nella categoria (anzianità);
- la formazione è valorizzata come «numero di giornate di formazione» (se non addirittura in «numero di ore») con uno scarso rilievo per la conduzione o collaborazione a progetti di ricerca (spesso valorizzati in numero di mesi e non nei risultati prodotti) ed una scarsissima rilevanza alle pubblicazioni (senza alcun riferimento alle riviste, se indicizzate oppure no);
- in alcuni contratti sono valorizzati molto altri titoli come il diploma di laurea al quale, pur essendo «aspecifico», viene attribuito un peso importante.

c) descrizione del profilo di posto

- poche aziende indicano le competenze necessarie a ricoprire il profilo di posto e questo in linea generale è più frequente per le posizioni organizzative;
- solo una azienda fa riferimento esplicito al dipartimento nell'ambito del quale individuare i percorsi di carriera; le altre non esplicitano alcunché rispetto alla natura contestuale delle competenze (una sola azienda dimezza la valorizzazione dell'esperienza se questa non fa riferimento all'area in cui l'operatore si propone per la selezione).

4. **Alcune conclusioni**

Dall'analisi qualitativa effettuata confrontando alcuni contratti collettivi

decentrati e le attese della professione, emerge una discreta divergenza: pur considerando che si tratta della prima applicazione in un sistema sanitario molto complesso e in profonda trasformazione, i risultati non ci possono completamente soddisfare. La diversità tra quello che ci aspettavamo e quello che effettivamente le aziende stanno realizzando è notevole: in alcune situazioni, laddove emergono ancora logiche premianti l'anzianità di servizio, piuttosto che la formazione non strettamente correlata ai contenuti professionali, la valorizzazione della competenza professionale sia clinica che gestionale, non trova spazio.

Il sistema era molto interessante nell'impianto e probabilmente il tempo consentirà degli aggiustamenti: nel frattempo è importante impegnarci su alcuni mandati, affinché questa prima applicazione possa costituire una importante esperienza per il futuro.

Per tutti gli infermieri, diventa importante iniziare a pensare in modo «attivo» al proprio sviluppo professionale e di carriera. Stiamo entrando nella logica della progettazione delle carriere e gli infermieri inglesi ci insegnano molto su questo punto: la responsabilità del progetto professionale non è delle organizzazioni che possono facilitarlo ma è prioritariamente del singolo.

Per le società scientifiche come l'ANIARTI, diventa importante contribuire alla definizione di un sistema di accreditamento professionale che sia in grado di accompagnare, sostenere e guidare la misurazione delle competenze professionali nelle organizzazioni.

Per le sedi formative dei Diplomi Universitari, comprese le sedi post base, è prioritario riflettere sulle strategie di apprendimento al fine di preparare professionisti che siano in grado di autovalutarsi («capire a che punto sono»), autoapprendere e progettarsi il proprio sviluppo professionale («dove voglio arrivare e con quali strategie»).

Per i servizi infermieristici, l'impegno di sostenere i cambiamenti organizzativi coerenti agli sviluppi di carriera progettati: passare di fascia o di categoria significa impegnarsi ad offrire un contributo diverso. Perché non pensare di affidare la responsabilità di team leader per coloro che sono passati in C4?

Tutte queste rappresentano delle sfide interessanti con le quali la professione infermieristica vuole misurarsi.

Bibliografia

1. Silvestro A., *CCNL per il Comparto Sanità: analisi e considerazioni. Foglio Notizie* 1999; (1):13-17.
2. (a cura di) Federazione Nazionale Collegi, Comparto Sanità, le innovazioni del CCNL. Foglio Notizie; (4): 34-38.
3. Lesile P.W., *The contingent nature of advanced nursin practice. Journal of Advanced Nursing,* 1999, 30 (1), 121-128.
4. Kesselring A., *Come diventare esperti. Imparare con esperienza. Infermiere in formazione,* 1995; (9).
5. Bruscaglioni M., *La gestione dei processi nella formazione degli adulti,* Franco Angeli, 1992.
6. Blandino G., *La disponibilità ad apprendere,* Raffaello Cortina Editore, 1997.
7. Knowless M., *La formazione degli adulti come autobiografia,* Raffaello Cortina, 1993.
8. Knowless M., *Quando l'adulto impara,* Franco Angeli, 1994.
9. Pubblicati su *Agenzia Sanitaria Italiana* nel 2000.

PERCORSI FORMATIVI PER IL MANTENIMENTO E L'ACQUISIZIONE DI COMPETENZE ASSISTENZIALI, METODOLOGICHE E DECISORIE

A. DALPONTE
Responsabile Ufficio Formazione e Sviluppo Azienda provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

Percorsi formativi per il mantenimento e l'acquisizione di competenze assistenziali, metodologiche e decisorie

- Le attese;
- le leve di apprendimento
- i nuovi paradigmi
- il formatore
- riflessioni conclusive.

Le attese:

- aumento di interesse verso la formazione;
- tensione verso «le formazioni»;
- formazione che piace;
- formazione utile;
- equità.

Le leve di apprendimento:

- ruolo dei capi;
- i sistemi di comunicazione;
- il benchmarking;
- i rapporti con i clienti;
- l'esperienza ...
- la formazione

⇒ Finalità prioritaria e strategica per lo sviluppo dell'apprendimento

I nuovi paradigmi:

Da Formazione ...	*... a Formazioni*
termine omogeneizzante pensato per tutte le stagioni	termine di differenziazione pensate e progettate per singole situazioni ed ambienti

Formazione per il mantenimento ed acquisizione delle competenze

Mantenimento	*Acquisizione*
– il profilo delle competenze distintive; – le attitudini; – la condivisione con tutti gli operatori di U.O.	– le strategie di sviluppo; – i nuovi bisogni; – i livelli di responsabilità; – la condivisione a tutti i livelli aziendali.

La condivisione delle competenze

– Chi le definisce;
– Con chi sono condivise;
– Quali criticità.

I climi

- Crisi dei valori;
  delle professioni;
  del sistema pubblico;
  del bene salute.

Formazione e organizzazione

- Quali sono i confini;
- Chi sono gli attori o sponsor;
- Chi valuta i risultati.

La valutazione *

Da enfasi a ...	*... ma anche*
– clima; – apprendimento individuale; – ricaduta organizzativa.	– capacità di intervento a trasferire l'apprendimento sull'azione; – responsabilità affinché tutto il servizio lavori bene; – ritorno per l'Azienda in termini di investimento.

* E. Auteri, Presidente AIF

La programmazione

della formazione	*delle formazioni*
– analisi fabbisogni (operatore, organizzazione, utente); – programmazione attività (obiettivi, contenuti, tempi); – valutazione (clima, apprendimento).	– analisi fabbisogni (oltre il sistema); – programmazione attività (rigore sugli obiettivi plasticità sul come raggiungerli; – valutazione (oltre l'apprendimento individuale).
Piano di formazione	**Linee guida per le formazioni**

La sfida 2000 *

«... non più formazione permanente ma costante»

permanente	*costante*
– saperi acquisiti; – formatore che definisce i saperi necessari; – pensati in astratto; – per prestazioni precostituite.	– responsabilizzazione del formando; – crescita in maniera continua ed evolutiva; – apprendimento per una mobilità di saperi ma anche di lavoro; – capacità reali di valutazione di sé e degli altri; – formatore che insegna a pescare i saperi utili.

L. Di Marco - Presidente AIP

La sfida 2000

da specifica ...	*... a non specifica*
Competenza specialistica – è normale; – è genetica; – è un fatto dovuto.	– relazione psicologica di massimizzazione dei saperi individuali e collettivi; – integrazione dei saperi come risorsa collettiva; – servizio coma co-prodotto, multiprofessionalità, gerarchie, cliente.

Formazione professionale/aggiornamento

Lavorare sul «distintivo» scissione
ancoraggi solidi
competenza scolarizzabile
processi di apprendimento per dare
buone prestazioni
lavoro precostituito
progettazione astratta

Le leve

- motivazione individuale
- visibilità del sapere
- protagonismo

Formazione professionale/aggiornamento

Omogeneità dei «distintivi» ⟹ integrazione
competenze trasversali e confondibili
competenze solo in parte scolarizzabili ⟹ attitudine
progettazione per un contesto produttivo specifico
e per processi
processi di apprendimento per attivare
aggiustamenti alla realtà

Le leve

- motivazione al «sistema»
- scarsa visibilità del sapere
- protagonismo

L'approccio alla formazione gestionale

Gli errori:

- trasferire le metodologie di successo dal professionale al gestionale;
- formatore come soggetto portatore di competenza disciplinare;
- percorso strutturato.

Servizio per la formazione:

Interlocutore riconoscibile

il cliente usa il servizio in base all'immagine che produce

Servizio per la formazione:

«POTERE»

Sviluppo professionale
- docenza;
- immagine/protagonismo;
- curriculum;
- Euro.

Servizio

- Riferimento per lo sviluppo delle competenze professionali;
- supporto all'innovazione (metodologie, valutazione, ...);
- confronto, ascolto e integrazione con altri servizi;
- Benchmarking (confronto tre pari su come funzionano i servizi, elementi significativi di successo ...);
- ricerca clinica ed organizzativa;
- consulenza come supporto, consigli, aiuto a tradurre in pratica;
- rete dei saperi - bibliografia personalizzata.

Il formatore

- Riferimento per lo sviluppo delle competenze professionali;
- supporto all'innovazione (metodologie, valutazione, ...);
- confronto, ascolto e integrazione con altri servizi;
- Benchmarking (confronto tre pari su come funzionano i servizi, elementi significativi di successo ...);
- ricerca clinica ed organizzativa;
- consulenza come supporto, consigli, aiuto a tradurre in pratica;
- rete dei saperi - bibliografia personalizzata.

Il formatore

- ... chi sa trasmettere oltre ai contenuti valore e credibilità;
- ... colui che trasmette conoscenze agite e non solo in pratica;
- ... capacità di valorizzare la conoscenza dell'aula;
- ... capacità di capire di cosa hanno bisogno i soggetti;
- ... capacità relazionali e leadership.

Il formatore

- ... chi sa semplificare il complesso e fa credere che sia semplice;
- ... chi sa agire sulla motivazione;
- ... chi si fa ricordare;
- ... colui che sa interpretare la realtà e valorizza l'esperienza per rimodellare nuove realtà;
- ... chi ascolta e riconosce anche di non sapere.

Valutazione di apprendimento

Quando il «**formato**» può dire di sapere

Quando ha la consapevolezza di saper spiegare agli altri cosa conosce

Il formatore

Competenze

- abilità di progettazione di strutture organizzative;
- capacità di conduzione e gsetione di gruppi di progetto;
- capacità ad elaborare ed interpretare strategie;
- abilità di comunicazione e negoziali;
- capacità di progettazione e gestione del cambiamento;
- capacità di progettazione delle attività multimediali;
- esperienza finanziaria;
- capacità di dare supporto all'implementazione dei sistemi di qualità;
- conoscenze teorico-concettuale.

Le attese del cittadino:

- Competenza;
- efficienza;
- globalità dei bisogni;
- flessibilità;
- Equità.

Alcune attenzioni per la progettazione:

- Lavorare su obiettivi concreti;
- freno ai contenuti;
- chiarezza e trasparenza dei ruoli;
- flessibilità del percorso.

Quali competenze

specialistiche/assistenziali	*Metodologiche/decisionali*
– Momenti protetti per professionalità; – Enfasi alle conoscenze; basate sulle prove di efficacia; – Selezione delle competenze.	– Integrazione con più professionalità; – modelli cognitivi comuni; – enfasi alla trasferibilità al contesto operativo; – chiarezza nei mandati.

DIBATTITO

Venerdì, 17 novembre 2000, *mattino*

Nome e cognome: *Franca Crevatin*
Professione
Provenienza: *Trieste*

Vorrei fare un intervento chiedendo a Giuliana ed Alvisa un chiarimento.

Io ritengo che nel contratto, così com'era stato formulato, forse il discorso di un'evoluzione a livello orizzontale andava semplicemente a premiare delle prestazioni personali.

Voi avete fatto l'esempio di posizioni ricoperte all'interno delle unità operative che non sono premiate, almeno dai contratti che voi avete preso in esame.

In realtà il contratto non prevedeva delle modifiche organizzative all'interno delle unità operative e quindi non si sono definite delle posizioni di competenza clinica da ricoprire.

La progressione orizzontale acquisita del singolo è legata alla disponibilità di fondi delle singole aziende e ancor più su delle singole regioni, quindi ci sono regioni che finanziano di più la possibilità di progredire a livello orizzontale e aziende che per effetto, banalmente, dell'anzianità di servizio degli operatori diventano più o meno ricche per finanziare l'evoluzione in senso orizzontale; questo ovviamente fa sì che la stessa persona sarebbe premiata in maniera diversa.

Nel momento in cui io acquisisco in una determinata azienda il C4, per esempio, chiedo la mobilità e vado a lavorare in un'altra azienda, mi porto dietro il mio C4.

Questo non vuol dire che, nel posto dove io dovrò andare a lavorare, sarò super preparato, anzi, probabilmente sarò l'ultimo arrivato che deve imparare tutto.

Questo contraddice la logica di quello che voi esponevate.

Tra l'altro, il leader è qualcuno che è riconosciuto come tale in un determinato contesto, in un determinato momento, magari se cambia contesto e momento non è più un leader.

Interviene *Alvisa Palese*

Le affermazioni, i suggerimenti e le puntualizzazioni sono molto giuste.

Noi abbiamo invitato ad una ricerca di coerenza, nel senso che sarebbe interessante coniugare il sistema di sviluppo organizzativo con le progressioni

orizzontali e verticali, in modo tale che le competenze distintive, questo è il messaggio di Dalponte, abbiano anche la possibilità, concretamente, dentro il contesto organizzativo, di esprimere il valore aggiunto.

È vero, la collega dice che il contratto non era nato per questo.

Il nostro è un invito a ricercare coerenza, oppure non so cosa succederà dopo questa prima fase d'applicazione.

È evidente che la nostra preoccupazione, dopo questa fase d'applicazione, debba essere quella di creare convergenze fra quello che è lo sviluppo orizzontale o verticale di carriera.

Questo è vero, è evidente, non è indicato nel contratto.

Io credo che un impegno professionale debba essere alla luce delle indicazioni di Fiamminghi, quello che aggiunge Dalponte è di iniziare a fare convergere questi due sistemi.

È vero che il leader è quello riconosciuto; nella nostra letteratura professionale, il team leader non è quello riconosciuto, è colui che ha competenza dentro un gruppo; se usiamo le parole del contratto, in un gruppo di C1, C2,C3, il C4 può essere il team leader, colui che ha competenze cliniche avanzate e utilizza un linguaggio professionale, per gestire, ad esempio, un gruppo di professionisti impegnati in un settore d'attività dentro un'unità operativa complessa o di livelli diversi di complessità.

Questa è la fatica più grande che ci è richiesta oggi, perché se la prima applicazione sarà prevalentemente sui criteri dell'anzianità, noi vorremmo davvero coniugare questa opportunità anche con la possibilità di rendere visibile e differenziare le competenze che poi in effetti un professionista, dentro la fascia, va ad occupare.

Nome e cognome: *Matteo*
Professione
Provenienza: *Rianimazione Cittadella*

Io non sono d'accordo su un quadro di sfondo che è stato delineato un po' in tutte le relazioni, e cioè che si punta molto su una differenziazione tra modelli d'efficienza e modelli d'efficacia.

Non ha senso una distinzione di questo genere, perché comunque almeno dal 1992 in poi, se effettivamente si è fatto strada il concetto dell'azienda, dovrebbe prevalere il concetto d'economicità.

Non ne ho sentito parlare per tre giorni, è chiaro che partendo da un'impostazione che è molto riduttiva si deducano anche conclusioni molto riduttive.

Io sono del parere che, probabilmente, va approfondito il discorso dell'aziendalizzazione perché gli spazi che l'aziendalizzazione lascia agli infermieri, sono notevolmente maggiori di quelli che gli scenari che sono stati proposti hanno cercato di fare intravedere in queste relazioni.

Nome e cognome
Professione: *Infermiere*
Provenienza

Vorrei fare un breve commento alla relazione della signora Meris Fiamminghi.

Se io non ho frainteso quanto è stato detto, devo dire di vedere bene in teoria i lati positivi, cioè il fatto che l'infermiere in quel modo può avere un maggiore bagaglio di conoscenze, competenze e anche la possibilità di una maggiore elasticità mentale, però ho dei dubbi che in pratica ciò si rifletta in una migliore assistenza al malato.

Inoltre mi sembra per l'infermiere decisamente impegnativo, scomodo e per certi versi anche demotivante, questa forse è una provocazione; mi sembra invece molto comodo per il dirigente infermieristico che si trova ad avere le pedine tutte nella medesima scacchiera.

Nome e cognome: *Fagiani*
Professione
Provenienza: *Pronto Soccorso - Azienda Ospedaliera di Alessandria*

Vorrei fare una domanda sulla formazione complementare rispetto a come questa, soprattutto in ambito clinico, può essere ricollegabile agli interventi che hanno fatto tutti e tre i relatori, sui quali mi trovo fondamentalmente d'accordo.

Interviene *Meris Fiamminghi*

Può darsi che la nostra lettura dell'azienda sia riduttiva; quello che abbiamo detto e portato rappresenta un lavoro di ormai sei anni nelle direzioni generali delle aziende.

In effetti il valore pregnante è quello dell'economicità; io però ho visto che il valore pregnante è quello dell'efficienza, che è una negazione totale della mission del servizio sanitario nazionale ed è invece la mission dell'azienda privata, in cui c'è un padrone, ed in cui ci sono degli altri che lavorano.

Dipende quale azienda guardiamo: io guardo l'azienda pubblica, la mia etica mi dice di credere in un sistema pubblico che, come primo valore, pone l'efficacia delle cure.

Non è detto che l'efficacia mi faccia risparmiare e a questo punto come cittadino sono contento di pagare purché siano efficaci le cure che mi sono fornite.

A fronte di una specializzazione clinica dei medici, siamo fermamente convinte che gli unici che possono garantire la continuità dell'assistenza al cittadino sono gli infermieri.

E qui rispondo all'altra collega.

Nessuno in questo tavolo e in questi giorni ha detto che le cose sono facili;

noi diciamo, da questo che non è affatto un pulpito, che cosa vediamo all'orizzonte.

Di sicuro non è un'autostrada, ma è una strada tutta curve, è una strada in salita; mettiamo una serie di distributori di benzina, che sono l'evidenza scientifica, che è sempre efficacia, ricordo, che sono il fatto di dire e decidere quale prodotto infermieristico vogliamo erogare e quindi i modelli gestionali devono essere congruenti con il prodotto da erogare.

Questo serve per il contratto, l'hanno detto Alvisa Palese e Giuliana Pitacco: se noi creiamo un'organizzazione che favorisca applicazione degli scorrimenti orizzontali e verticali tali per cui ci sia il contenuto della competenza, non la loro forma, allora la gestione deve essere fatta così.

È chiaro che è una scocciatura, nessun infermiere vuole girare, ma a fronte comunque di una situazione di emergenza infermieristica, diciamocelo pure colleghi, l'età media degli infermieri che lavorano nelle terapie intensive è 11 anni, età media dei pazienti ricoverati 76 anni, la presenza di infermieri su posti letto da 8 fino a 20, da 2,5 a 50 persone, in un sistema aziendale noi dobbiamo pensare ad un modo nel quale collocare le risorse dentro le unità operative.

In un sistema più grande e professionale dove non avremo infermieri, o noi ci gestiamo bene con intelligenza, con competenza, distribuendo competenza trasversale ed evidenziando il ruolo della professione anche nei confronti dei cittadini e quindi anche nei confronti dell'azienda, oppure avremo problemi.

Non crediate sempre di stare sempre nelle aree protette, come area critica, perché se il vento tira forte, tira forte anche sull'area critica e quindi o prendete in mano voi il processo di gestione delle vostre competenze o qualcun altro lo farà per voi, perché il problema della mancanza di infermieri per i prossimi 4-5 anni non lo risolveremo.

Se non l'avete capito lo ribadiamo qui, avremo 4-5 anni durissimi per gli infermieri.

Quindi incrementiamo le competenze degli infermieri; io non dico, come direttore del servizio infermieristico, teniamoceli buoni, però a fronte di sistemi che movimentano la risorsa umana solamente per carenze, e per me è veramente un problema anche etico movimentare il personale solamente per questo, cerchiamo di fare convergere con grande difficoltà gli elementi del contratto, gli elementi delle formazione, gli elementi della formazione post-base, perché se non creiamo la possibilità di fare crediti formativi su percorsi costruiti nelle aziende, in quanti andranno a fare la formazione complementare?

Come facciamo se vogliamo dare molta competenza a tutti, se abbiamo bisogno di gente capace, brava, competente, a non pensare che nell'organizzazione del lavoro dobbiamo costruire questi percorsi?

È difficile, e allora?

Non ci pagano mica per fare le cose facili, lo sapevamo che ci pagavano, poco, ma per fare le cose difficili.

Mi scuso se ci ho messo un po' di enfasi in questa cosa; abbiamo ragionato molto prima di dirvi queste cose, credo che abbiano fatto tutte così le persone

che sono a questo tavolo, perché eravamo perfettamente consapevoli che avremmo detto delle cose dirompenti, ne siamo perfettamente consapevoli, ma sarebbe, almeno per noi due, un problema etico, non dirvele, perché noi le sentiamo dentro come professionisti.

Interviene *Adriana Dalponte*

Ringrazio comunque il collega di Cittadella perché ci ha richiamato all'obiettivo della giornata, che era proprio i criteri di efficienza ed efficacia nella gestione delle risorse umane; forse nel tempo non l'abbiamo mostrato.

Facendo sempre riferimento alla mobilità, che mi sembra sia quella che angoscia tutti gli infermieri, ecco che la proposta di avere almeno tre ancoraggi fondamentali nella mobilità, cioè la mappatura delle competenze (andare a pescare le persone che si avvicinano di più alle performance che devono essere garantite nell'unità), il modello delle attitudini (porto davvero quella risorsa attitudinale necessaria a fare il giro di boa rispetto al team), il modello dell'area omogenea, mi consente di inserire risorse nel sistema di efficienza, nel senso che sappiamo benissimo quanto le nostre unità operative soffrano in termini di addestramento continuo.

Mettiamo un'unità che però il più delle volte non risponde a quello che deve essere fatto e quindi si hanno costi enormi, ad esempio da parte del caposala; certe volte quando abbiamo il team l'importante è arrivare a fine turno.

Certe mobilità, certe situazioni fanno sì che dobbiamo continuamente rincorrere gli errori piuttosto che implementare qualità.

Questa ci sembrava una proposta che uscisse dalla solita modalità di mobilità, o perché sei l'ultimo, o perché sei il più bravo, o perché sei tanto buono e dai la disponibilità, per andare concretamente su una risorsa che sia davvero una risorsa e quindi che dia maggiore efficienza anche al sistema.

Interviene *Alvisa Palese*

Io posso aggiungere un altro aspetto a quest'ultimo di Adriana che condivido molto.

In effetti il collega ci riporta al nucleo delle relazioni di oggi.

Un salto grosso è stato fatto anche per superare queste due parole dell'efficienza e dell'efficacia, che ci hanno ingessato un po' negli ultimi tempi.

Oggi l'invito di Adriana è quello provare di tenere presente anche queste due parole chiave, ma di superarle.

La questione grossa, oggi, che si pone ai professionisti è quella dell'appropriatezza, che è una terza dimensione, diversa sia dall'efficacia che dall'efficienza: appropriatezza nell'erogare le cure, Adriana ci dice appro-priatezza nel gestire le risorse, appropriatezza dei processi formativi.

Interviene *Adriana Dalponte*

Non si voleva snaturare l'importanza e l'utilità della formazione complementare.

Sta di fatto che per me che devo organizzare la formazione continua, per esempio, il fatto di avere elaborato a livello di sistema professionale un percorso che va a differenziare e quindi a dare un contributo a questo discorso di mappatura delle competenza distintive di sistema, es. di area critica, è un ancoraggio fortissimo nell'orientare poi la formazione, perché questo mi dà omogeneità che supera la barriera della mia realtà, che trova condivisione a livello nazionale.

La formazione complementare è importantissima; sempre di più credo che man mano abbiamo mappe delle competenze distintive dobbiamo avere la possibilità di uscire dal nostro sistema aziendale per una condivisione poi più ampia a livello professionale, quindi ad esempio di associazioni, e poi anche a livello gestionale, perché altrettanto vero è che a livello di Ministero, Istituto Superiore di Sanità, non possiamo pensare che continuino ad essere altre persone a definire le nostre competenze.

Nome e cognome: *Mario Tomasello*
Professione
Provenienza: *Catania*

Avevo parecchi dubbi prima di partecipare a questo congresso, in parte forse siete stati in grado di chiarirmeli, in parte me ne ritorno con i miei stessi dubbi, credo che non siano solo miei ma di parecchi colleghi.

Stiamo parlando di formazione, stiamo parlando di profili professionali, stiamo parlando di problematiche legali, stiamo parlando di autonomia professionale, ma queste cose noi, come professionisti, desideriamo poterle applicare.

Le idee sono tante e ognuno ha fatto le sue proposte, ma non pensate che tutte queste proposte, se non c'è un organo che cerca di metterle tutte insieme, fare un sunto e prendere chiaramente le cose che ritiene più utili per la professione e proporle, ci facciano perdere sempre di più?

Vedo che ogni regione, se non addirittura ogni provincia, o addirittura ancora ogni azienda cercano di organizzarsi in proprio su queste tematiche.

Vorrei proporre all'associazione e alla federazione, soprattutto, di essere l'organo demandato a formattare tutte queste idee e proporle.

Noi non possiamo scontrarci ognuno per conto proprio con le aziende.

Sappiamo che l'unione fa la forza; se vogliamo sfondare questo muro di cemento dobbiamo essere tutti uniti, non ci dobbiamo disperdere perché una goccia in un oceano non si vede.

Interviene *Adriana Dalponte*

Il problema è sempre come realizzare le proposte, è un problema vero, reale.

Sono sempre più convinta, comunque, che santi protettori, qualcuno che faccia per noi, non ce ne sono.

Quindi se il sistema prevede un'alta discrezionalità, compresi i contratti, a livello di regione poi di azienda nel definire percorsi di carriera e cosa si premia, se non si attivano i professionisti avremo un sistema che è pensato da altri.

Questa credo sia proprio l'evidenza, se l'abbiamo condiviso a monte o meno è un altro problema, però noi dobbiamo stare sui dati oggettivi.

Oggi ogni azienda può prevedere un compenso economico in C4 molto diverso da una realtà all'altra, d'altronde era così anche il sistema incentivi.

Per alcuni aspetti questo è anche importante e utile, purché sia orientato a obiettivi specifici, ben chiari, e qui se non ci diamo tutti una mossa verremo ad avere quelli pensati da qualcun'altro, questa è la mia riflessione realistica sulle cose.

Interviene *Alvisa Palese*

Io vorrei aggiungere una riflessione.

Sempre più, collega, rischieremo di perderci, perché i sistemi che stanno venendo avanti sono di forte differenziazione.

Noi eravamo abituati, come per la formazione, ad una forte standardizzazione, tutte le regioni uguali, le aziende uguali, i percorsi di carriera uguali, 761 uguale, la valutazione dei titoli dentro i concorsi uguale, ecc.

Adesso questo sistema di standardizzazione salta, è saltato da un po' e sarà sempre più difficile confrontarci con le diversità.

Anche noi, lo dicevamo prima in fase di breefing, abbiamo spesso difficoltà a confrontarci con le differenze, perché non riesci neanche a censirle tutte, quante sono.

Allora io credo che il potere e il mandato che hanno le associazioni professionali, la federazione che è governativa e quelle scientifiche come l'ANIARTI, è quello di ricomporre le differenze e di stabilire dei fili conduttori per aiutare a collocarti sempre, in qualsiasi momento, perché capiamo lo smarrimento, non è da poco.

Nome e cognome: *Silvana Nardin*
Professione
Provenienza: *Treviso*

Desidererei un chiarimento dalla signora Dalponte.

Nel sistema attuale ho in mente come si colloca l'ufficio aggiornamento e formazione del personale.

Con quanto abbiamo sentito dalle varie relazioni di questa mattina, come si potrebbe collocare o come si può integrare la figura di un formatore a livello dipartimentale?

Interviene *Adriana Dalponte*

Il nostro è un ufficio di staff alla direzione generale.

La direzione ha ritenuto che per il raggiungimento degli obiettivi aziendali, forte doveva essere il supporto della formazione.

È un servizio orientato a tutte le professionalità , non si può più pensare ad un ufficio formazione suddiviso per disciplina.

Noi abbiamo nell'ultimo anno affrontato 6000 operatori con circa 170 progetti, di cui il 50% multidisciplinari.

Oggi la cultura tradizionale, forte sul piano pedagogico, viene meno; è molto utile ma deve essere altrettanto forte la lettura di sistemi organizzativi e la capacità di reingenerizzazioni, cioè di saper capire qual è il livello di cambiamento e di sviluppo che devono avere i servizi.

Questo si può realizzare se si è davvero all'interno di uno staff direzionale apicale, per l'opportunità di essere sempre in ascolto ed avere in diretta tutto il dibattito del top manager.

Noi compensiamo anche un sistema informativo, cioè in aula spesso bisogna ricordare quali sono gli obiettivi aziendali, e spesso il formatore riesce ad avere una forte credibilità proprio perché è dentro a tutti i processi di sviluppo.

Questa è una situazione assai privilegiata, non è così in tutto il mondo della sanità.

Interviene *Giuliana Pitacco*

Io credo che identificare un nemico o comunque la controparte nella dirigenza del servizio infermieristico sia un'ottica rischiosa.

Lo ripeto, ma mi rendo conto di non essere un interlocutore neutro; ci siamo battuti per anni per la laurea, per la dirigenza infermieristica, corriamo il rischio che i problemi che sono di politica sanitaria li paghino solo quelli che in quel momento, per fortuna o meno, si trovano a ricoprire quel ruolo.

Oggi abbiamo cercato di mettere in evidenza dei problemi collegandoci alla realtà.

Meris Fiamminghi parlava prima di un'emergenza infermieri, ma l'emergenza infermieri non è un problema solo dei responsabili del servizio infermieristico e fintanto che rimane un problema solo nostro è ovvio che di fronte all'emergenza molto spesso ci si trova a compiere scelte difficili.

Questa non è una giustificazione, ma alla fine noi abbiamo i pazienti nei reparti e un servizio deve essere dato, allora ci dobbiamo pensare tutti a questo problema.

Sapete quante cose facciamo che potrebbero, anzi, avrebbero sempre dovuto essere fatte da altri?

Voi sapete quante cose inappropriate facciamo?

Noi abbiamo fatto delle indagini nella nostra azienda, è venuto fuori che il

12% del tempo viene impiegato in manovre inutili, se non addirittura dannose: si trascrivono esami, si trascrivono cartelle, ecc.

Il contributo di oggi credo volesse essere di lettura professionale di fronte a problemi che non possiamo far finta che non esistano.

Noi tutti vogliamo andare a lavorare ed essere contenti.

Sta di fatto che ci sono alcuni problemi che non abbiamo determinato noi, non avete determinato voi, ma che dobbiamo risolvere.

Quello che caratterizza un professionista è proprio, credo, cercare di risolvere i problemi nella maniera meno dolorosa per tutti, per i pazienti e per noi.

Nessuno ci chiede di fare Giovanna d'Arco.

Nessuno di noi è perfetto, però ritengo che se in questo momento particolare non ci rendiamo conto del grande cambiamento che abbiamo di fronte, di che cosa significherà avere per tutti la dirigenza, non solo per quelli che occuperanno quel posto, credo che rischieremo ancora una volta, in una lotta fra poveri, di non dare un grosso contributo professionale alla risoluzione dei problemi del paese.

Chiusura del XIX Congresso

Elio Drigo

Una prima considerazione dell'importanza di questo convegno emerge dai contenuti dei dibattiti nelle varie sessioni, che sono apparsi molto coinvolgenti ed interessanti.

Riteniamo che sia utile considerare il tema del dipartimento come un'opportunità ed una sfida non solo infermieristica ma di tipo sociale, che rappresenti un momento di svolta per l'impostazione e per la vita della nostra società, che cerca di cogliere e di tradurre in ambito organizzativo almeno alcuni dei valori sui quali si fonda la logica stessa dei servizi di cui la società si dota.

Ricordo ancora, come all'inizio, un elemento importante è il fatto di tenere costantemente presente che parlare di dipartimento e coinvolgerci nella sua realizzazione è un elemento di estrema complessità, che abbiamo definito come un momento di rivoluzione culturale per la realtà quotidiana.

Ancora, credo sia importante ricordare che l'adesione a questa modalità di organizzarsi certamente risponde all'esigenza di avere delle risposte di elevata qualità ed anche alla scelta di efficacia.

Ritengo sia necessario per noi aderire a questo tentativo della nostra società, adesione che riveste una forma etica. Se è vero che è importante adottare le soluzioni tecniche ed organizzative delle quali in questi giorni abbiamo parlato, il contribuire all'orientamento positivo del processo di sviluppo che il sistema deve avere, rappresenta la garanzia per un positivo risultato. Credo sia interessante ricordare il primo messaggio di questo convegno e cioè che questa nuova impostazione del servizio sanitario troverà realizzazione se vi sarà un coinvolgimento personale e della professione nel suo insieme, per quanto ci riguarda.

Questo dice anche l'importanza, per la lettura parziale che possiamo per ora fare, di considerare i motivi per cui le cose sono andate avanti fino a questo momento con modalità che non sono soddisfacenti.

Teniamo inoltre presente molto bene che, come abbiamo ripetuto più volte, il mondo attorno a noi non si ferma, dunque siccome siamo inseriti in questo tempo, dobbiamo dare il nostro specifico contributo. Come elemento di ottimismo ricordiamo che questa modalità di organizzarci e di pensarsi rappresenta finalmente, una forma di valorizzazione anche delle singole nostre persone. Questo deve diventare un elemento motivante e di arricchimento rispetto ad un passato che ha visto le situazioni molto ferme ed ingessate. Adesso la velocità dei cambiamenti forse ci sembrerà troppo veloce, ma questo è quanto.

Ed adesso, i ringraziamenti alle persone che hanno contribuito e consentito la realizzazione di un'iniziativa di questa dimensione. Vorrei ricordare i nostri colleghi che non hanno avuto la possibilità di seguire tutto quanto in questa sala ci siamo detti. Sono stati fedeli al loro impegno, magari costantemente fuori dalla porta a vigilare sul buon andamento delle cose. Molti di loro, come potete constatare, sono tuttora fuori a lavorare.

Vorrei ringraziare questi colleghi portando una volta all'interno di questa sala almeno i loro nomi, che cito.

Inizio con Gianfranco Cecinati, il responsabile dell'insieme dell'organizzazione, la moglie Elena Ciriello, Paola D'Amore, che dedica volontariamente nel suo ruolo di infermiera in pensione, buona parte del suo tempo libero alla nostra segreteria di Firenze.

A seguire, i gruppi che hanno lavorato dentro e fuori la sala, ma anche all'Aniartipoint, allo stand del Centro di documentazione infermieristica Aniarti e del Centro di interscambio professionale Aniarti. I loro nomi: Giovanna De Benedetti, Nadia Venusti, Graziella De Paoli, Luciana Fontana, Nora Marinelli, Giuseppina Bruzzone, Giuseppina Contiero, Nadia Nurra, Paolo Romanazzi, Carlo Raiola, Fabrizio Moggia, Ferruccio Montecchi, Paola Costa, Daniela Montaruli, Patrizia Siciliano, Pietro Capodiferro, Laura Magagnin, Luca Peressoni, Marcello Gasti, Gabriella Borriello, Alessandra Vinci, Paola Marchino, Luciana Germanis-Cunja, Rita Gatti, Alba Biglieri, Stefano Sebastiani, Marco Zerbinati, Marco Ciantini, Massimo Moriani, Francesco Motta, Giovanna Cinque, Andrea Carisi, Giovanni Laganà, Antonella Parpaiola, Andrea Mezzetti, Carlo Cartabia, Olivo Calliari. E alcuni altri che ho sicuramente dimenticato e me ne scuso.

Ringrazio i componenti della segreteria scientifica con cui ho imparato ancora molte cose in quest'occasione, Annalisa Silvestro in modo particolare, con Monica Casati e Paola Di Giulio.

Ringrazio l'ospitalità del Palazzo dei Congressi di Genova e le aziende espositrici che ci hanno aiutato a realizzare questo convegno.

Ringrazio i relatori presenti adesso al tavolo, che eleggiamo simbolicamente a rappresentanti di tutti i relatori che si sono succeduti negli interventi. Nei loro volti vogliamo vedere rappresentati tutti gli infermieri che si impegnano a

comunicare quello che la professione produce in termini sistematici e che spingono in avanti le nostre competenze e la qualità dell'assistenza. Una funzione che diventa sempre più importante, anche per confrontarci con le altre professioni. In questo senso l'Aniarti ha già fatto una scelta impegnativa in questa direzione ad iniziare dall'immediato futuro. Questo anche ci aiuterà a fare dei salti di qualità determinanti.

Arrivederci al congresso del prossimo anno a Rimini, anche per celebrare i primi 20 anni di vita dell'Aniarti!

Buon ritorno a casa ed auguri per un buon anno di lavoro.

XIX CONGRESSO NAZIONALE ANIARTI

ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE IN AREA CRITICA

17 novembre 2000 - pomeriggio

SESSIONE SPECIALE

Società scientifica:
significato, percorsi e ricadute sulla realtà infermieristica associativa e nazionale

TAVOLA ROTONDA

– Presentazione
Elio Drigo, Presidente ANIARTI

Partecipano:
IID *Monica Casati*
Prof. *Cesare Cislaghi*
Prof. *Fabio Focarile*
Moderatore: *Monica Casati*

DIBATTITO

SESSIONE SPECIALE

Società scientifica: significato, percorsi e ricadute sulla realtà infermieristica associativa e nazionale.

Moderatore: Monica Casati

Partecipano:

I.I.D. Monica Casati
Prof. Cesare Cislaghi
Prof. Fabio Focarile

E. DRIGO
Presidente Aniarti

Questa sessione speciale nell'ambito del 19° congresso Aniarti si propone di iniziare il cammino dell'Associazione per diventare una società scientifica.

Siamo ben consapevoli delle difficoltà che ci sono davanti e delle difficoltà di percorrere questa strada.

Abbiamo invitato a questa tavola rotonda di comune riflessione, degli eminenti studiosi di questa materia, i professori Fabio Focarile e Cesare Cislaghi. Monica Casati, direttore di *Scenario*, la nostra rivista, contribuirà a precisare il quadro nel quale si colloca questo intervento.

Abbiamo anche voluto estendere l'invito a partecipare a questa sessione anche a tutti i rappresentanti della professione infermieristica, i Collegi e le Associazioni ed ai direttori dei corsi di diploma universitario per infermiere, proprio per significare l'importanza che questo momento vuole rappresentare per noi.

Questa tavola rotonda vuole essere anche, dopo una lungo esercizio ed allenamento, un formale nastro di partenza per pensarci ed organizzarci come società scientifica ed essere presenti ed identificati tra i professionisti del nostro paese, particolarmente i professionisti sanitari.

Il nostro campo di interesse specifico è l'assistenza in area critica, ma è chiaro che questa discussione verterà sulle linee generali dei significati e delle conseguenze che tutto questo comporta per i singoli e per le aggregazioni di infermieri.

Abbiamo voluto partecipare all'intera professione il percorso che intendiamo fare per il futuro e chiedere all'intera professione il supporto su questa strada, convinti che sia una strada che va percorsa esclusivamente insieme.

Si tratta di identificare il sapere e l'essere della nostra professione, metterlo a servizio di tutti per contribuire all'eccellenza dell'assistenza infermieristica per le persone che si affidano a noi e per la società che ci legittima ad operare.

Qual è stato il processo che ci ha condotti a questo momento?

Mancavano, quando l'Aniarti è sorta nell'81, riferimenti culturali specificamente centrati sull'assistenza infermieristica verso i malati in situazione di criticità vitale e verso la complessità di tutta l'organizzazione che attorno si stava creando in maniera tumultuosa.

Gli infermieri delle terapie intensive si legavano alle aggregazioni ed esperienze dei medici e riuscivano ad elaborare le loro considerazioni solo di riflesso, quasi solo personalmente, non in forma aggregata ed omogenea.

È nata l'Aniarti, come associazione nazionale infermieri di anestesia riani-

mazione e terapia intensiva (A.N.I.A.R.T.I.), ed è diventata associazione di «area critica» (Aniarti, il nome dell'associazione e non più la sigla) in seguito ad un processo di propria, forte identificazione in quanto *infermieristica*.

È seguita una declinazione dell'assistenza, quello che all'epoca si chiamava il *nursing*, in termini concettuali, di operatività e di organizzazione, con l'ottica rivolta al malato in situazione di instabilità e di rischio reale o potenziale per la vita.

Abbiamo definito, per primi noi infermieri, *Area Critica* l'insieme delle strutture ad alta intensità assistenziale e l'insieme delle situazioni caratterizzate dalla criticità/instabilità vitale del malato e dalla complessità dell'approccio e dell'intervento assistenziale medico/infermieristico.

Ed è stato il concetto che, nel nostro paese, ha contribuito grandemente a smontare dal di dentro una concezione fino ad allora settoriale prima dei corpi e delle malattie, poi delle strutture fisiche ed infine anche del servizio stesso alla salute.

I primi impegni consistenti dell'associazione sono stati rivolti alla ricerca di strumenti formativi strutturati (corsi di formazione post-base) che avessero le caratteristiche di orientamento all'infermieristica, congruenti con l'idea di area critica. Non più quindi copia adattata in scala minore dei corsi e dei contenuti dei medici, ma percorsi formativi che fossero centrati sulle esigenze della persona malata in situazione critica e dell'infermiere.

Questa ricerca è sfociata in una proposta di corso di specializzazione adottato da 5 regioni italiane e tenuto per alcuni anni, formando centinaia di infermieri specializzati in *assistenza in area critica* e non più solo in *terapia intensiva, rianimazione, emergenza* ... Gli sviluppi e le scelte, o le non-scelte politiche, hanno poi temporaneamente bloccato le possibilità dei corsi.

L'esperienza è stata comunque una traccia di base per gli sviluppi ora in corso sull'argomento.

È risultato chiaro aggregandosi, come, sulla base dei risultati conseguiti dall'assistenza infermieristica di area critica in Italia, anche tramite il confronto con le esperienze di altri paesi, la pratica assistenziale agita contenesse gli elementi della scientificità: i risultati finali parlavano di per sé.

Certamente gli elementi della scientificità non erano chiaramente e sistematicamente esplicitati.

Questa non esplicitazione è stata individuata come il campo nel quale si doveva lavorare con impegno e da subito. Dunque era diventata una priorità per l'associazione.

Da diversi anni ormai l'impegno delle iniziative si è orientato a percorrere una metodologia che fosse in grado di garantire dimostrabilità scientifica delle scelte negli interventi assistenziali in area critica.

La rivista Scenario, i congressi nazionali, le diverse iniziative culturali regionali, le indagini, sono stati la comune *palestra* per questi esercizi e per quello che consideriamo un lungo *allenamento*.

Ora è venuto il momento di misurarsi nelle gare, o meglio, nel contare i risultati.

Oggi l'evoluzione e la rapida trasformazione di tutto il contesto nel quale ci troviamo (società, SSN, sistemi di accreditamento ad ogni livello ...) non ci consente di astrarci da quanto tutti decidono e da come tutti procedono nelle loro azioni.

Non è più possibile l'isolamento, né è pensabile una metodologia altra da questa.

Il confronto con la comunità scientifica estesa è implicito anche per gli infermieri.

Professionalità infermieristica sempre di più quindi, costruita con l'applicazione delle conoscenze e competenze specifiche ma anche sulla sintesi delle altre scienze affini.

Questo significa necessariamente la fine dell'isolamento della professione e anche l'inizio della fase del contributo di una scienza nuova (infermieristica) a tutto campo.

Diventa certo questa una responsabilità ma anche una sfida a cui non sottrarsi.

Siamo qui oggi a formalizzare questa realtà per esserne consapevoli ed iniziare una strada insieme unendo le prospettive, i progetti, le forze.

Peculiarità dell'infermieristica come scienza e peculiarità di una società scientifica infermieristica: cercheremo di chiarirne i rapporti.

Una società scientifica ed una infermieristica come scienza operano sulla base di evidenza scientifica classica utilizzata per le scienze esatte, ma anche di evidenza secondo specifiche metodologie di valutazione individuate per quelle porzioni dell'attività infermieristica che afferiscono ad aspetti che ci sono precipui come ad esempio le relazioni, gli aspetti della palliazione e gli aspetti educativi dell'assistenza.

Come misurare questi aspetti? Come attribuire loro caratteristica di scientificità ? Non è così semplice. Dobbiamo comunque farlo.

La metodologia scientifica certo è assolutamente imprescindibile, ma diventa per noi imprescindibile anche la pretesa nostra e la volontà, di dare finalmente corpo a quell'impostazione filosofica sempre perseguita dagli infermieri, della salvaguardia e della valorizzazione della globalità della persona.

Non solo quindi risposte assistenziali provate secondo i canoni classici della scienza e replicabili sul versante fisico dunque, ma costituzione di bagaglio di esperienze condivise ed accettate dalla comunità infermieristica nelle sfere delle relazioni, del supporto palliativo, della conduzione esperta dell'evoluzione della responsabilità delle persone rispetto alla propria salute.

Ci sembra che questi aspetti citati a titolo di puro esempio, siano sufficientemente importanti e nei confronti dei quali dobbiamo imparare ed impegnarci a dare delle risposte.

Oggi lavoriamo insieme su questi temi cercando un percorso per il futuro.

Grazie a tutti quanti contribuiranno.

Prof. C. CISLAGHI
Coordinatore Agenzia Regionale di sanità Toscana - Osservatorio Economia Sanitaria

Ringrazio per l'invito l'Aniarti nelle persone della Sig.a Casati e del Sig. Drigo, invito di cui mi sento onorato.

La preparazione della mia partecipazione a questo convegno è stata l'occasione per approfondire la mia conoscenza della professione infermieristica oltreché della attività specifica dell'Aniarti che testimonia impegno, tenacia (siete al vostro XIX congresso nazionale), attenzione alle innovazioni (come si può dedurre dai temi scelti per questo e per gli altri convegni), capacità di attrarre consenso (come si può dedurre dall'alto numero di partecipanti).

Devo premettere di non essere un esperto del tema delle società scientifiche e spero quindi mi perdonerete alcune semplificazioni.

Da diversi anni il mio impegno è dedicato, nell'ambito di aziende od enti con finalità sanitarie, alla gestione di iniziative che hanno lo scopo di aumentare il valore prodotto dal sistema sanitario per i cittadini.

Sono quindi interessato agli aspetti applicativi delle conoscenze ed al loro possibile impatto in termini di salute piuttosto che allo sviluppo ed alla diffusione delle conoscenze.

Venendo al tema del rapporto tra Società Scientifiche e qualità, intendo impostarlo considerando le Società Scientifiche come *risorse* per il miglioramento della qualità.

Risorse che vanno riferite al sistema paese o al sistema Europa.

In questo caso l'efficacia di tale risorse si misura come quota di contribuzione all'incremento di efficacia complessiva del sistema sanitario.

Mi riferisco cioè, come esempio, alla riduzione delle morti evitabili, alla riduzione dei costi sanitari inappropriati, dei costi sociali per le malattie, all'incremento di benessere ed opportunità per le persone.

L'efficacia delle Società scientifiche è il contributo marginale alle variazioni di efficacia rispetto a questo tipo di obiettivi.

Un altra misura di efficacia può essere il contributo all'efficacia di paesi emergenti, europei ed extra europei, attraverso la messa a disposizione di conoscenze, metodologie e know-how tecnico ed organizzativo

Definiti in termini di costrutto i nostri misuratori di efficacia delle Società Scientifiche, nei confronti della qualità dell'assistenza sanitaria, vediamo quali sono le possibili relazioni ed alcune considerazioni in termini di proposte.

Le Società Scientifiche giocano un ruolo chiave nella diffusione e nella promozione della applicazione delle conoscenze alle attività finalizzate al miglioramento della salute. Hanno inoltre anche un ruolo diretto nel promuovere lo sviluppo stesso delle conoscenze.

Va evidenziato che questi ruoli si sovrappongono in parte a quelli di altre istituzioni. Su questo tornerò poi.

Quali sono i fattori critici e le opportunità presenti nella situazione attuale e nel prossimo futuro rispetto a questi ruoli? Il contesto attuale è caratterizzato da un veloce sviluppo di nuove conoscenze e vi è l'esigenza di selezionarle ed applicarle il più velocemente possibile per trarne il massimo vantaggio a favore degli utenti, prima che esse diventino obsolete o addirittura superate.

Siamo tutti consapevoli del notevole gap tra conoscenze sull'efficacia e inefficacia delle tecnologie sanitarie e la loro applicazione e di quali opportunità vi siano di produrre valore, in termini di salute ed economici, colmando questo gap.

In ciò sta uno dei ruoli delle società scientifiche.

Si tratta quindi di contribuire a:

- aumentare la velocità di diffusione delle conoscenze;
- favorire la capacità di acquisizione delle conoscenze da parte dei professionisti e dei sistemi sanitari (aziende, regioni, nazioni);
- sviluppare la capacità di applicazione e di utilizzo.

In che direzione, rispetto a questi obiettivi, si stanno muovendo le società scientifiche ed in particolare la federazione Italiana Società Mediche (FISM) che ho preso come paradigma che consentisse una rappresentazione complessiva del fenomeno?

Le iniziative attuali di numerose società scientifiche sono costituite da:

- promozione e realizzazione di linee-guida; iniziative di accreditamento (questa attività sta avendo un percorso molto tortuoso in Italia, per la frequente confusione tra le funzioni di accreditamento istituzionale ed all'eccellenza, per la sua sostituzione con la certificazione ecc.);
- promozione e realizzazione di iniziative di aggiornamento (convegni ed altro, di particolare interesse il ruolo delle società scientifiche nella formazione manageriale diffusa);
- promozione del dibattito e di iniziative specifiche su aspetti etici e deontologici.

Ritengo l'impegno delle società scientifiche in queste attività assolutamente importante ed in grado di produrre cambiamento, tanto che ciò ha sollevato, come sappiamo dalla vicenda della FNOMCEO, forti resistenze.

Spero che altre professioni sanitarie siano in grado di accettare fino in fondo il principio della relazione etica tra conoscenze e decisioni in campo sanitario.

Non entro ulteriormente nel merito di come FISM e società scientifiche gestiscano le attività sopra citate, poichè altri, anche a questo tavolo, conoscono più approfonditamente questi aspetti.

Vorrei piuttosto dare un contributo analizzando tre aspetti innovativi che caratterizzano questo momento dell'evoluzione sociale e la loro relazione con la qualità.

Il primo riguarda la Information Techonology (IT), l'altro le caratteristiche dell'organizzazione del lavoro alle soglie del terzo millennio ed infine l'orientamento per patologie.

L'utilizzo della IT è diventato un elemento chiave per facilitare la diffusione di informazioni mentre la consapevolezza dei cambiamenti dell'organizzazione del lavoro avviati o resi necessari da cambiamenti strutturali ha a che fare con la capacità di applicazione delle conoscenze.

Da una ricerca sommaria su internet si può rilevare che quasi tutte le società s. hanno un sito, che in questo sito sono spesso abbastanza documentate le attività sopra citate (produzione di linee-guida, accreditamento, convegni, altre attività di aggiornamento).

Questo è a mio parere un fatto molto positivo, che potrà essere ulteriormente migliorato sviluppando le fasi successive di evoluzione di un e-government o di sviluppo della qualità del settore sanitario basato sull'utilizzo della IT:

- incrementare le possibilità (per tipo e qualità) di interazione tra il sito ed i soggetti;
- interrelazione tra siti e multifunzionalità;
- collegamento a portali aziendali o di singoli professionisti.

Il secondo aspetto riguarda la *evoluzione dell'organizzazione del lavoro*: incremento della professionalità, specializzazione dell'attività di reparti o intere aziende, precisazione dei ruoli dei nodi delle reti territoriali di servizi.

Ciò porta:

- allo sviluppo di comunità di professionisti aziendali ma anche in comunità virtuali;
- all'esigenza di modificare i percorsi di sviluppo professionale che tengono conto anche delle integrazioni tra competenze tecniche e gestionali;
- all'esigenza di politiche di formazione e di aggiornamento che siano sempre più orientate alla *capacità di applicare* le conoscenze;
- all'esigenza di incrementare la comunicazione tra operatori per mantenere omogeneità tecnica e di principi deontologici in un contesto di conoscenze in rapida evoluzione;
- all'esigenza di facilitare l'incontro tra le potenzialità degli operatori e le esigenze delle aziende e dei sistemi sanitari.

Un altro aspetto innovativo riguarda il progressivo orientamento dell'attività sanitaria verso *processi di assistenza integrati di assistenza alle singole patologie* superando la separazione tra singoli livelli di assistenza, ciò porta:

- a rendere necessario il colloquio tra professionisti diversi con conseguenti difficoltà di linguaggio e di comunicazione, rischio di sovrapposizione di attività e di ruoli e di conseguenti conflitti interprofessionali (necessario quindi sviluppare la capacità di lavorare in squadra);
- a rendere necessaria la condivisione di conoscenze orientate al miglioramento della qualità per patologie specifiche realizzato con il contributo di più professionalità. in questo senso potrà essere utile anche l'integrazione tra ini-

ziative e progetti di più società scientifiche rispetto a singole patologie;

– a stimolare l'attenzione verso valutazioni di risultati riferiti alla patologia, in ultima analisi al paziente piuttosto che riferiti alla singola professionalità o al singolo livello di assistenza. In questo senso l'utilizzo di indicatori condivisi potrà giocare un ruolo rilevante.

La considerazione di questi aspetti da parte delle società scientifiche offre opportunità per realizzare salti di valore dei sistemi sanitari ai quali dovremo sempre più abituarci per il futuro.

È evidente che il ruolo delle Società scientifiche non vada giocato in solitario ma in una crescente interdipendenza tra enti, istituzioni, associazioni, aziende e professionisti.

Ciò come sappiamo pone a volte problemi complessi che riducono l'efficacia sanitaria del nostro sistema paese. È responsabilità di tutti contribuire alla prevenzione ed alla soluzione di tali difficoltà ed in questo anche l'atteggiamento responsabile e la trasparenza del ruolo da parte delle società scientifiche può giovare molto.

Ringrazio tutti per l'attenzione ed ancora l'ANIARTI per l'invito.

Mi auguro di aver dato, almeno un piccolo contributo al miglioramento dei risultati del vostro lavoro.

stessa relazione di Cisleghi ERRORE NELLA STESURA ATTI

Dr. F. FOCARILE
Responsabile della Unità Operativa Qualità ed Accreditamento dell'Azienda Istituti Ospitalieri di Verona

Ringrazio per l'invito l'Aniarti nelle persone della Sig.a Casati e del Sig. Drigo, invito di cui mi sento onorato.

La preparazione della mia partecipazione a questo convegno è stata l'occasione per approfondire la mia conoscenza della professione infermieristica oltreché della attività specifica dell'Aniarti che testimonia impegno, tenacia (siete al vostro XIX congresso nazionale), attenzione alle innovazioni (come si può dedurre dai temi scelti per questo e per gli altri convegni), capacità di attrarre consenso (come si può dedurre dall'alto numero di partecipanti).

Devo premettere di non essere un esperto del tema delle società scientifiche e spero quindi mi perdonerete alcune semplificazioni.

Da diversi anni il mio impegno è dedicato, nell'ambito di aziende od enti con finalità sanitarie, alla gestione di iniziative che hanno lo scopo di aumentare il valore prodotto dal sistema sanitario per i cittadini.

Sono quindi interessato agli aspetti applicativi delle conoscenze ed al loro possibile impatto in termini di salute piuttosto che allo sviluppo ed alla diffusione delle conoscenze.

Venendo al tema del rapporto tra Società Scientifiche e qualità, intendo impostarlo considerando le Società Scientifiche come *risorse* per il miglioramento della qualità.

Risorse che vanno riferite al sistema paese o al sistema Europa.

In questo caso l'efficacia di tale risorse si misura come quota di contribuzione all'incremento di efficacia complessiva del sistema sanitario.

Mi riferisco cioè, come esempio, alla riduzione delle morti evitabili, alla riduzione dei costi sanitari inappropriati, dei costi sociali per le malattie, all'incremento di benessere ed opportunità per le persone.

L'efficacia delle Società scientifiche è il contributo marginale alle variazioni di efficacia rispetto a questo tipo di obiettivi.

Un altra misura di efficacia può essere il contributo all'efficacia di paesi emergenti, europei ed extra europei, attraverso la messa a disposizione di conoscenze, metodologie e know-how tecnico ed organizzativo

Definiti in termini di costrutto i nostri misuratori di efficacia delle Società Scientifiche, nei confronti della qualità dell'assistenza sanitaria, vediamo quali sono le possibili relazioni ed alcune considerazioni in termini di proposte.

Le Società Scientifiche giocano un ruolo chiave nella diffusione e nella promozione della applicazione delle conoscenze alle attività finalizzate al miglioramento della salute. Hanno inoltre anche un ruolo diretto nel promuovere lo sviluppo stesso delle conoscenze.

Va evidenziato che questi ruoli si sovrappongono in parte a quelli di altre istituzioni. Su questo tornerò poi.

Quali sono i fattori critici e le opportunità presenti nella situazione attuale e nel prossimo futuro rispetto a questi ruoli? Il contesto attuale è caratterizzato da un veloce sviluppo di nuove conoscenze e vi è l'esigenza di selezionarle ed applicarle il più velocemente possibile per trarne il massimo vantaggio a favore degli utenti, prima che esse diventino obsolete o addirittura superate.

Siamo tutti consapevoli del notevole gap tra conoscenze sull'efficacia e inefficacia delle tecnologie sanitarie e la loro applicazione e di quali opportunità vi siano di produrre valore, in termini di salute ed economici, colmando questo gap.

In ciò sta uno dei ruoli delle società scientifiche.

Si tratta quindi di contribuire a:

- aumentare la velocità di diffusione delle conoscenze;
- favorire la capacità di acquisizione delle conoscenze da parte dei professionisti e dei sistemi sanitari (aziende, regioni, nazioni);
- sviluppare la capacità di applicazione e di utilizzo.

In che direzione, rispetto a questi obiettivi, si stanno muovendo le società scientifiche ed in particolare la federazione Italiana Società Mediche (FISM) che ho preso come paradigma che consentisse una rappresentazione complessiva del fenomeno?

Le iniziative attuali di numerose società scientifiche sono costituite da:

- promozione e realizzazione di linee-guida; iniziative di accreditamento (questa attività sta avendo un percorso molto tortuoso in Italia, per la frequente confusione tra le funzioni di accreditamento istituzionale ed all'eccellenza, per la sua sostituzione con la certificazione ecc.);
- promozione e realizzazione di iniziative di aggiornamento (convegni ed altro, di particolare interesse il ruolo delle società scientifiche nella formazione manageriale diffusa);
- promozione del dibattito e di iniziative specifiche su aspetti etici e deontologici.

Ritengo l'impegno delle società scientifiche in queste attività assolutamente importante ed in grado di produrre cambiamento, tanto che ciò ha sollevato, come sappiamo dalla vicenda della FNOMCEO, forti resistenze.

Spero che altre professioni sanitarie siano in grado di accettare fino in fondo il principio della relazione etica tra conoscenze e decisioni in campo sanitario.

Non entro ulteriormente nel merito di come FISM e società scientifiche gestiscano le attività sopra citate, poichè altri, anche a questo tavolo, conoscono più approfonditamente questi aspetti.

Vorrei piuttosto dare un contributo analizzando tre aspetti innovativi che caratterizzano questo momento dell'evoluzione sociale e la loro relazione con la qualità.

Il primo riguarda la Information Techonology (IT), l'altro le caratteristiche dell'organizzazione del lavoro alle soglie del terzo millennio ed infine l'orientamento per patologie.

L'utilizzo della IT è diventato un elemento chiave per facilitare la diffusione di informazioni mentre la consapevolezza dei cambiamenti dell'organizzazione del lavoro avviati o resi necessari da cambiamenti strutturali ha a che fare con la capacità di applicazione delle conoscenze.

Da una ricerca sommaria su internet si può rilevare che quasi tutte le società s. hanno un sito, che in questo sito sono spesso abbastanza documentate le attività sopra citate (produzione di linee-guida, accreditamento, convegni, altre attività di aggiornamento).

Questo è a mio parere un fatto molto positivo, che potrà essere ulteriormente migliorato sviluppando le fasi successive di evoluzione di un e-government o di sviluppo della qualità del settore sanitario basato sull'utilizzo della IT:

- incrementare le possibilità (per tipo e qualità) di interazione tra il sito ed i soggetti;
- interrelazione tra siti e multifunzionalità;
- collegamento a portali aziendali o di singoli professionisti.

Il secondo aspetto riguarda la *evoluzione dell'organizzazione del lavoro*: incremento della professionalità, specializzazione dell'attività di reparti o intere aziende, precisazione dei ruoli dei nodi delle reti territoriali di servizi.

Ciò porta:

- allo sviluppo di comunità di professionisti aziendali ma anche in comunità virtuali;
- all'esigenza di modificare i percorsi di sviluppo professionale che tengono conto anche delle integrazioni tra competenze tecniche e gestionali;
- all'esigenza di politiche di formazione e di aggiornamento che siano sempre più orientate alla *capacità di applicare* le conoscenze;
- all'esigenza di incrementare la comunicazione tra operatori per mantenere omogeneità tecnica e di principi deontologici in un contesto di conoscenze in rapida evoluzione;
- all'esigenza di facilitare l'incontro tra le potenzialità degli operatori e le esigenze delle aziende e dei sistemi sanitari.

Un altro aspetto innovativo riguarda il progressivo orientamento dell'attività sanitaria verso *processi di assistenza integrati di assistenza alle singole patologie* superando la separazione tra singoli livelli di assistenza, ciò porta:

- a rendere necessario il colloquio tra professionisti diversi con conseguenti difficoltà di linguaggio e di comunicazione, rischio di sovrapposizione di attività e di ruoli e di conseguenti conflitti interprofessionali (necessario quindi sviluppare la capacità di lavorare in squadra);
- a rendere necessaria la condivisione di conoscenze orientate al miglioramento della qualità per patologie specifiche realizzato con il contributo di più professionalità. in questo senso potrà essere utile anche l'integrazione tra iniziative e progetti di più società scientifiche rispetto a singole patologie;

– a stimolare l'attenzione verso valutazioni di risultati riferiti alla patologia, in ultima analisi al paziente piuttosto che riferiti alla singola professionalità o al singolo livello di assistenza. In questo senso l'utilizzo di indicatori condivisi potrà giocare un ruolo rilevante.

La considerazione di questi aspetti da parte delle società scientifiche offre opportunità per realizzare salti di valore dei sistemi sanitari ai quali dovremo sempre più abituarci per il futuro.

È evidente che il ruolo delle Società scientifiche non vada giocato in solitario ma in una crescente interdipendenza tra enti, istituzioni, associazioni, aziende e professionisti.

Ciò come sappiamo pone a volte problemi complessi che riducono l'efficacia sanitaria del nostro sistema paese. È responsabilità di tutti contribuire alla prevenzione ed alla soluzione di tali difficoltà ed in questo anche l'atteggiamento responsabile e la trasparenza del ruolo da parte delle società scientifiche può giovare molto.

Ringrazio tutti per l'attenzione ed ancora l'ANIARTI per l'invito.

Mi auguro di aver dato, almeno un piccolo contributo al miglioramento dei risultati del vostro lavoro.

DIBATTITO

Venerdì, 17 novembre 2000, *pomeriggio*

Nome e cognome: *Stefano Sebastiani*
Professione: *Infermiere*
Provenienza: *Redazione Scenario*

Mi ha molto colpito, il Prof. Cislaghi, quando parlava delle riviste delle società scientifiche, anche perché nella rivista di quest'associazione, l'ANIARTI, io sono impegnato da cinque anni.

Mi hanno colpito due cose, in primo luogo la sua indicazione sulla necessità dei referee, volevo chiedere se per forza devono essere esterni o quale percorso è interessante fare.

La seconda domanda è sulla perdita di leggibilità di alcuni articoli, soprattutto in riferimento all'inglese, anche perché a mio parere se uno si sforza di essere letto fuori dal nostro campo nazionale, mi sembrano dei passi obbligati.

Mi chiedo quindi se è una leggibilità interna, nostra, della platea dei nostri normali utilizzatori, o una leggibilità un po' più su scala ampia.

Nome e cognome: *Marisa Siccardi*
Professione
Provenienza

Sono molti gli stimoli che sono stati forniti da tutti i relatori.

Ne cito brevemente solo alcuni che, per il mio modo di concepire la vita e la professione, sono fondamentali e pur mettendoli tutti sullo stesso piano d'importanza parto dall'ultimo, la solidarietà, per passare alla politica sanitaria fondata sull'evidenza scientifica e non per ultimo per fare un cenno alla creatività, perché io trovo che ci sia un nesso fondamentale fra tutti questi.

La solidarietà indiscutibilmente è legata alla politica sanitaria, solidarietà non solo nei riguardi dei paesi emergenti, dei paesi in via di sviluppo, ma solidarietà in modo particolare nei riguardi di ciò che sta avvenendo all'interno del nostro paese e del mondo occidentale.

Dico questo perché, da alcuni decenni, mi occupo proprio di nursing transculturale e credo che la differenza fra scientificità e non scientificità, che

Casati nominava all'inizio, sia dovuta semplicemente al fatto che, anche da parte d'alcuni esperti dell'OMS, il modello di riferimento è sempre stato e in parte è tuttora esclusivamente quello biomedico, mentre non è quello antropologico.

Eppure è chiaro ormai, appurato in tutto il mondo, che anche l'antropologia è una scienza e l'assistenza infermieristica si avvale, deve avvalersi sempre di più di questi due modelli che, per quello che è appunto il mio modo di concepire la vita e la professione, ho sempre avuto dinanzi, cerco di portarli avanti anche a livello formativo come un treno su due binari, due binari che non sono però ignorati l'uno dall'altro ma che sono legati dal filo deontologico.

Credo, e chiudo proprio su questo, che allora debba essere fatta anche chiarezza, e in questo mi rivolgo in modo particolare al Professor Focarile, su che cosa deve consistere l'orientamento per patologie, perché sia chiaro che ci deve essere il contributo delle diverse componenti scientifiche, finalizzate però sempre alla qualità ed al rispetto del gruppo di persone al quale ci rivolgiamo.

Interviene *Cesare Cislaghi*

Il problema è che i referee di una rivista siano dei buoni arbitri; che poi siano interni o esterni alla redazione, si può discutere a seconda anche dei settori.

Il referee deve leggere per contenuto e per metodo gli articoli ed essere influenzato il meno possibile da altre logiche, oltre alla scientificità dell'articolo stesso.

È sempre la redazione che poi decide se pubblicare o non pubblicare un articolo, quindi il referee semplicemente dà delle indicazioni alla redazione.

Certo una redazione può anche pubblicare un articolo che è stato ritenuto negativo o viceversa.

L'importante è che le logiche siano esterne alla redazione, anche se le persone non lo sono.

Sull'inglese io la penso in una maniera molto precisa.

In una rivista italiana io non metterei niente d'inglese, perché c'è internet dove si può mettere una versione in inglese.

Non credo, per esperienza, che le nostre riviste italiane riescano ad avere molti abbonamenti all'estero.

Perché perdere metà della rivista cartacea con un'altra lingua?

Il problema della leggibilità, in relazione non più alla lingua ma al linguaggio, è un problema serio; io credo che una rivista debba avere vari linguaggi.

Ci possono essere articoli fatti con metodologia raffinata che magari pochi capiscono come possono esserci anche rigorose analisi, magari fatte ancora in maniera ingenua, ma che abbiano un loro valore.

C'è una diversità. Non credo si debbano omologare i linguaggi.

C'è una leggibilità stratificata, per cui la persona che ha già una raffinatezza metodologica, trova l'articolo che gli interessa di più, così come gli altri.

Non è detto che debba esserci un solo linguaggio.

Un problema, invece, che sta venendo fuori in molte riviste è quello del conflitto d'interesse.

La possibilità che dietro gli articoli ci siano produttori di presidi che spingono verso contenuti d'apparente evidenza scientifica è molto forte.

Questo è un aspetto rilevante a livello internazionale, sempre di più.

Ad esempio nella rivista «Epidemiologia e prevenzione» perlomeno tutti gli autori, adesso, firmano di non avere conflitti d'interessi, quindi che loro stessi o il lavoro non sono stati finanziati da industrie, aziende e istituti che hanno interessi non coincidenti con gli obiettivi dell'articolo stesso.

Sul rapporto fra società scientifiche ed ordini professionali credo che l'importante sia la distinzione.

Credo che la società scientifica e gli ordini professionali siano due cose molto diverse, che è bene che parlino tra di loro il più possibile, rimanendo però diverse.

Sicuramente l'ordine professionale deve verificarsi molto con le società scientifiche, soprattutto le società scientifiche hanno tutto l'interesse, perlomeno per i propri appartenenti, che l'ordine lavori come ordine professionale e corporativo.

Siccome gli obiettivi sono diversi e possono esserci delle intersezioni perniciose fra i due, credo che sia molto chiaro cos'è uno e cos'è l'altro ed è necessario che siano separati nell'organizzazione e nell'attività.

Interviene *Elio Drigo*

Vorrei integrare quello che ha detto il Professor Cislaghi in riferimento alla domanda di Sebastiani, per comunicare l'esperienza ANIARTI, cui ha fatto riferimento anche il professor Focarile, di aver contribuito alla costituzione della Federazione europea tra le associazioni d'area critica.

È stata un'esperienza sicuramente molto importante, partita soltanto da tre anni, in quanto è un'esperienza estremamente faticosa, però credo anche estremamente significativa e importante, proprio perché contribuisce a creare questi aspetti di solidarietà, cui veniva accennato anche a livello internazionale.

Abbiamo verificato di persona quanto questo semplicissimo confronto iniziale abbia aiutato a mettere insieme esperienze avanzate d'assistenza infermieristica, di modalità di organizzare, di pensare l'assistenza infermieristica dei paesi che possiamo considerare a tradizione più avanzata, oppure che hanno percorso una strada importante fino a questo momento, con altre esperienze forse un po' più compresse, al momento, e per certi aspetti molto legate anche ad un fattore che sappiamo essere molto condizionante qual è il fattore economico, o alcune esperienze storiche di particolare consistenza, con particolare orientamento.

Questo è stato molto importante ed è una delle prime iniziative che si è deciso di mettere in campo in proposito, al di là del sito Internet al quale collegarsi per il trasferimento d'informazioni cui veniva fatto cenno; tra l'altro sul sito ANIARTI c'è il link di questa federazione europea, per accedervi.

Una delle prime iniziative è stata la costituzione di una rivista internazionale e il primo numero dovrebbe uscire nei primi mesi del prossimo anno.

Sarà una rivista che verrà inviata gratuitamente a tutti gli iscritti di tutte le associazioni europee federate, senza alcun esborso di quote.

Chiaramente questo è uno strumento in lingua inglese, al momento, che consentirà una prima comunicazione semplice tra tutti gli infermieri di area critica a livello europeo che si associano in organizzazioni e sarà sicuramente un veicolo che consente di catalizzare, probabilmente, anche lo sviluppo di fare assistenza infermieristica in Europa, cercando di costruire un'Europa che va al di là degli aspetti economici, culturali per cercare di portare avanti tutte le fasi e le elaborazioni più avanzate che sono state costruite, messe insieme fino a questo momento.

Interviene *Fabio Focarile*

Vorrei commentare brevemente il rapporto tra società scientifiche e ordini professionali, condividendo pienamente quanto detto da Cislaghi, cioè la necessità di tenere chiari e distinti i ruoli.

Credo però che esista sempre un rischio di confusione di ruoli in quanto la chiarezza organizzativa non può dare dei risultati se non c'è una presa di responsabilità, diciamo dei singoli, e comunque il rischio c'è nella misura in cui le responsabilità delle persone non sono ai livelli più alti dell'etica.

Rispetto alle osservazioni della signora Siccardi, io ho trovato molto importante la questione che ha posto, quello dell'antropologia; tra l'altro mi consente di agganciarmi anche alla seconda questione che lei ha posto, dell'orientamento per patologia.

M'è venuto in mente che una delle prime revisioni sull'efficacia della pratica clinica è stata condotta nell'università di Oxford sull'efficacia degli interventi in gravidanza al momento del parto.

Sono considerati diversi out-come, sia fisici, in termini di condizione del prodotto del concepimento, sia in condizioni della mamma, sia in termini anche più generali di soddisfazione.

Vediamo molti degli interventi che fanno riferimento ad un costrutto antropologico, cioè avere vicino una persona cara è un elemento di efficacia di qualcosa che avviene in un contesto sanitario.

Sappiamo che non è un evento di per sé fortemente sanitario, ma comunque un momento fisiologico della vita dell'individuo; se l'attenzione all'efficacia si estende in un campo molto ampio va a considerare anche l'individuo da un punto di vista più complessivo.

Rispetto all'orientamento per patologia, vorrei fare degli esempi semplici.

La signora anziana che si è rotta un femore e che entra in contatto con il SSN, e quindi entra in contatto con quel medico, con quell'ospedale, infermiere etc., si aspetta complessivamente alcune cose, che sono di non avere tanto dolore, di guarire presto, di recuperare sul piano funzionale, ritornare a casa e camminare, etc.

Tutto questo se lo aspetta come risultato di un insieme delle attività, che più servizi, più strutture e ovviamente più persone, più operatori sanitari, danno.

È chiaro che poi, al termine di questo processo, potrà dire l'infermiere è stato gentile e il medico ha sbagliato, e purtroppo mi ha messo un gesso male, cioè darà delle valutazioni su aspetti specifici, appunto perché diverse componenti del processo assistenziale danno un contributo al risultato finale, però complessivamente si aspetta il risultato per il suo problema complessivo.

Questo dà un po' l'idea dell'orientamento per patologia, cioè il fatto che le persona entra in contatto con il SSN, per un bisogno che ha, che è complessivo, e per il quale attende una risposta.

Al cittadino interessa poco la nostra organizzazione, le varie fasi del processo etc., lui aspetta una risposta.

Se ci orientiamo a pensare in questo modo siamo facilitati, e allora siamo quasi costretti a valutare il risultato del nostro lavoro tra più professioni, perché, comunque, il risultato del processo terapeutico non dipende solo dal medico, non dipende solo dall'infermiere, ma dipende anche, tra l'altro, da altri elementi, quali possono essere quelli amministrativi ed organizzativi.

Questa visione di orientamento per patologia guida, perché aiuta ad individuare degli indicatori di risultato, che non sono più vaghi, generali, oppure troppo forti ma poco utilizzabili in termini di valutazione di qualità, come la mortalità ad esempio, ma indicatori di stato funzionale, di soddisfazione del cittadino, di costi sociali e ovviamente anche di fattori clinici, che ci consentono di valutare il valore prodotto dall'insieme degli interventi sanitari per un determinato tipo di problema.

Nome e cognome: *Miria Magri*
Professione: *Presidente associazione infermieri di assistenza oncologica - Affiliata ad una società scientifica europea - Milano.*
Provenienza

Vorrei portare la mia esperienza con questa società scientifica europea; abbiamo condiviso da un lato la definizione di chi è l'infermiere che lavora in ambito oncologico in termini di standard, definendo attraverso Consensus Conference e congressi quali sono, a questo punto, le aree di maggiore interesse che devono essere definite attraverso delle linee guida da parte degli infermieri che lavorano in oncologia.

Abbiamo definito alcune aree d'interesse, come ad esempio l'alterazione dell'immagine corporea, i disturbi psicologici, la gestione dell'emesi, non attraverso trattamenti solo di tipo farmacologico ma anche non farmacologico.

Quindi ci siamo aperti anche al discorso della medicina non convenzionale, perché riteniamo che in un discorso di personalizzazione, e qui ritorno anche a ciò che si è detto un momento fa, all'aspetto antropologico di chi ci troviamo di fronte, per l'infermiera, con percorsi qualificati, questo sia un elemento di completamento della prestazione fornita in ambito più complessivo.

Abbiamo anche noi una rivista, ma abbiamo fatto un lavoro inverso, nel senso che la traduciamo dall'inglese all'italiano.

Questa è una bell'esperienza perché riusciamo a raggiungere, proprio per il discorso di allargare sempre di più la leggibilità, anche l'obiettivo dell'equità delle cure infermieristiche, rendendola disponibile a molti professionisti italiani.

Sono anche vice presidente del collegio IPASVI di Milano, e la riflessione in merito al ruolo dell'ordine professionale rispetto alla società scientifica mi fa dire che sono due cose parallele.

Il collegio deve legittimare che esistono delle società scientifiche e, noi pensiamo, anche riconoscerne la specificità.

Noi all'interno della nostra formazione abbiamo definito delle aree di specializzazione, l'ordine professionale presidia in termini complessivi tutte queste aree; la nostra indicazione è che, per un determinato settore specialistico, l'ordine professionale legittimi quel tipo di società scientifica, che s'interessa in maniera specifica di quell'area.

L'altro aspetto, che comunque era già emerso, è quello del conflitto d'interessi, un problema che può essere affrontato e presidiato solo in termini etici.

Nome e cognome: *Ernesta Rosa Galli*
Professione: *Vice presidente Nazionale UILP Unione Nazionale Infermieri Liberi Professionisti*
Provenienza

Noi liberi professionisti siamo venuti un po' a lezione oggi, perché la libera professione in Italia è abbastanza giovane come esperienza d'autonomia professionale e da quest'anno abbiamo sentito l'esigenza di organizzarci in associazione nazionale, quindi a noi interessa moltissimo la società scientifica, infatti, abbiamo ascoltato con molta attenzione i relatori.

Noi siamo interessati anche ad una federazione di società scientifiche, perché la libera professione coinvolge un po' tutte le attività della professione infermieristica, dall'area critica, alle caposala, alle sale operatorie, e noi sentiamo veramente l'esigenza di unirci alle società scientifiche affinché ci sia una crescita vera.

Condividiamo pienamente che non ci sia commistione tra ordini professionali e associazioni, anche se devo dire che quest'anno siamo stati chiamati ad un'audizione della federazione, dove erano presenti tutte le associazioni, e ci sembrava che la federazione desiderasse che in qualche modo ci fosse collaborazione per la nostra crescita, soprattutto per quanto riguarda la formazione e per quanto riguarda quelli che saranno gli accreditamenti professionali, anche se non sappiamo bene come questi saranno gestiti.

Ringraziamo l'ANIARTI per quest'opportunità.

Interviene *Monica Casati*

Il discorso della federazione delle società scientifiche va pensato probabilmente già nell'ottica, proposta più volte e ribadita dal prof. Focarile, della multidisciplinarietà e dell'integrazione delle professioni per il risultato sanitario.

Questo oggi è un punto centrale del sistema di erogazione dell'assistenza

sanitaria; ciò non vuol dire che le diverse discipline perdono la loro connotazione, la loro identità e la loro specificità, ma credo che su questo gli infermieri possono fare veramente molto assieme alle altre parti.

A questa federazione cui accennava prima il prof. Focarile, appartiene già, ad esempio, l'associazione dei fisioterapisti.

Tempo fa, quando scoprii che esisteva questa federazione, ho preso dal sito l'elenco delle associazioni e una delle cose che mi ha colpito molto è che appartengono alla federazione delle società medico scientifiche un gruppo molto vasto di entità, che si chiamano associazioni, agenzie, dipartimenti.

Tra le altre compare l'associazione italiana dell'analisi transazionale, l'associazione medico sportiva patavina, l'associazione italiana di omeopatia, che in Italia non ha una situazione formale simile a quella francese, quindi ci sono comunque all'interno di questa federazione delle associazioni di grandissimo prestigio e rilievo, c'è comunque anche tutta una serie di partecipanti, di nominativi, che lasciano pensare che potremmo anche ipotizzare che le associazioni italiane o gli organismi che si occupano di questo tipo di attività, quella scientifica, possano costituire, con le federazione italiana delle società medico scientifiche, dei ganci, delle integrazioni per attività multidisciplinari.

È anche vero che potremmo ipotizzare una federazione delle società medico scientifiche infermieristiche, ma in questo senso il rischio del corporativismo di cui parlava prima il prof. Cislaghi è molto vicino.

Sulla multidisciplinarietà, per la collega che ha parlato a nome della associazione italiana dell'assistenza oncologica, io credo che sulle linee guida noi infermieri dobbiamo avviare un percorso molto serio, perché le linee guida sono per loro definizione internazionali e su questo c'è una convergenza quasi totale, come processo multidisciplinare che porta alla stesura, alle indicazioni di raccomandazioni di natura clinica, utili per chi si occupa di assistenza e per chi la riceve, con una gradazione delle raccomandazioni ben precise su basi di revisione bibliografica, ma anche con coinvolgimento dell'utenza e degli economisti ed amministratori.

Ancora oggi nell'ambito professionale infermieristico e medico, il concetto di linee guida non è ancora metodologicamente solido.

Sulle linee guida forse potremmo fare noi i promotori di attività effettivamente multidisciplinari, quindi l'attività professionale, nel senso delle linee guida, potrebbe diventare la promozione di attività multidisciplinare.

Sulle linee guida credo che per altro l'ANIARTI, che ha contribuito assieme ad altri gruppi, vedo alcuni rappresentanti qui presenti, ad un convegno a Marina di Massa, si sia confrontata con un panorama associativo molto fertile in Italia, al di là delle diverse interpretazioni di cui stiamo prendendo consapevolezza in questo periodo, c'è comunque un attività che ha sempre più caratteristiche di scientificità.

Due cose mi sembrano importanti: il processo, quindi rispetto del rigore, ma anche la capacità di avere un reporting, una documentazione del processo, tale per cui, una volta pubblicato il risultato, di qualsiasi cosa, articolo, una ricerca, delle linee guida, vi è la capacità di ricostruire a posteriori il processo metodologico.

In questo senso delle recenti analisi fatte all'interno di tesi di diploma che io seguo dimostrano che anche agenzie centrali destinate all'elaborazione di linee guida rendono poi visibili i processi metodologici che portano alle raccomandazioni di natura clinica.

Altre riflessioni riguardano gli infermieri che si occupano di medicina non convenzionale; credo che nessuno possa schierarsi a favore o contro, nel senso che l'infermiere fa delle scelte, deve fare i conti con il fatto che è inserito, dal punto di vista formale, in istituzioni, che hanno una medicina di tipo «ufficiale»;

In un articolo di un anno fa su una rivista di medicina legale italiana è comparsa un'indagine fatta nei vari ordini professionali di medici italiani, dove essi avevano persino difficoltà a trovare i termini per classificare tutto quello che non era ufficiale.

Su questo aspetto, per altro, alternativo, non convenzionale, mi viene da dire: nessuna preclusione, ma attenzione a questi processi, perché se vogliamo che la legge 42, che ci ha dato tutta una serie di dimensioni professionali assolutamente innovative rispetto al passato, prenda corpo in termini professionali, su questi aspetti facciamo una sistematizzazione delle riflessioni e valutiamo con grande cautela.

L'approccio per patologia è sicuramente un approccio molto chiaro, ma spiegavo prima al prof.Cislaghi che da 20 anni gli infermieri americani stanno discutendo che un DRG, che etichetta con una diagnosi medica una situazione clinica, non comprende meccanismi di ponderazione della dipendenza assistenziale, del carico di assistenza infermieristica.

Se oggi un paziente anziano sottoposto ad enterostomia non ha compreso a pieno le modalità su come autogestirsi, l'infermiere non può decidere autonomamente di tenere un giorno in più il paziente in ospedale per far si che questo bisogno sia poi soddisfatto.

Quindi c'è una diversa considerazione dell'attività diretta a queste dimensioni di tipo psico-sociale, culturali rispetto invece a quelle legate alla patologia, che sono molto tecniche.

Non voglio spezzare una lancia a favore di Siccardi e contro un approccio per patologia, dico che gli infermieri vivono una certa irritazione, proprio perché fatta la diagnosi medica ne consegue l'assistenza di altri professionisti, come succede tuttora nell'assistenza domiciliare, perché è il medico di base che attiva l'assistenza infermieristica e non c'è un'autonomia in questo senso.

Interviene *Elio Drigo*

Vorrei chiedere ai nostri relatori se esistono delle modalità per la formalizzazione di una costituzione di società scientifica, e se esistono quali sono le caratteristiche di queste e come eventualmente si mette in pratica questo riconoscimento, come si struttura l'attività di riconoscimento di questa società scientifica.

Interviene *Cesare Cislaghi*

Che io sappia è un argomento solo accennato nella 229, e non messo in pratica.

Io mi chiedo se migliorerebbe o no un accreditamento formale e non un accreditamento sostanziale, credo che la forma di accreditamento migliore di una società scientifica è il fatto di essere nel dibattito scientifico, di una rivista scientifica ad esempio è accreditamento il numero di volte che la rivista è citata da altri, sono parametri sostanziali.

Ci sono poi dei momenti in cui si svilupperanno dei parametri formali burocratici; in questo momento il panorama non è così chiaro, però io mi preoccuperei di anticipare tutto ciò con un accreditamento sostanziale.

Mi sembra importante, ad esempio, che i membri dell'associazione siano invitati a congressi di altre professionalità, siano presenti nel comitato di programmazione regionale, questo è l'accreditamento che mi preoccuperei maggiormente di raggiungere, poi, dopo, se verranno delle regole burocratiche si vedrà.

Interviene *Elio Drigo*

Era un punto chiarificatore anche per concretizzare quello che è stato detto fino ad adesso.

Se non ci sono altri interventi, io ringrazio i relatori che hanno partecipato a questo dibattito, voi che siete intervenuti, e penso e spero che siano motivo di riflessione per ciascuno di noi e magari per le organizzazioni di cui facciamo parte per sviluppare questa tipologia di problemi e questo filone di interesse e di appartenenza nostra e della professione.

SEZIONE POSTER

UTILIZZO DELLA PCA NEL PAZIENTE POST-OPERATO RICOVERATO IN TERAPIA INTENSIVA

L. BARBIERI [1], R. GREGGIO [2], E. MICHIELETTO [1], R. RAMPAZZO [2], S. SEGALINA [2], G. ZIN [2], L. RUZZA [2]

[1] Rianimazione Azienda ospedaliera di Padova.
[2] Rianimazione Ospedale S. Antonio di Padova

Nel 3000 Avanti Cristo in Mesopotamia l'*asu* era la figura carismatica alla quale riferirsi per trovare un rimedio al dolore. Egli era spesso accompagnato da un prete-medico e da un esorcista. L'*asu* usava droghe, per esempio *oppio* estratto dal papavero, *cannabis*, ecc., e compiva piccoli interventi chirurgici. Per gli egiziani il dolore era visto come il risultato dell'azione di spiriti maligni che entravano nel corpo umano attraverso orecchie e narici. I papiri di argomento medico indicano un uso prevalente di *hyoscyamus, scopolamina, oppio e cannabis*, accompagnanti da procedure rituali. La farmacologia egiziana influenzò successivamente le pratiche mediche greche, romane, ebraiche e arabe (1).

Il dolore fisico è causa di sofferenza e di inabilità e compromette seriamente la qualità della vita di diversi milioni di persone nel mondo; nonostante ciò, una proporzione importante di questi individui non riceve un'adeguata gestione del loro dolore. Il dolore post-operatorio è conseguenza del danno tissutale che causa liberazione di ioni potassio, bradichinine, prostaglandine e istamina con successiva attivazione di recettori specifici (*nocicettori*); come risposta alla lesione dei tessuti avviene la liberazione di catecolamine in grado di alterare la funzionalità cardiovascolare (aumento della FC, della PAO, della Gittata Cardiaca e delle resistenze sistemiche) e alla richiesta miocardia di ossigeno. Tutte queste variazioni risultano pericolose nel paziente cardiopatico, ipossico o defedato poiché possono provocare ischemia miocardica e aritmie. Esistono marcate differenze riguardanti il livello di dolore postoperatorio in rapporto alla sede dell'intervento, alla traumaticità intraoperatoria, al tipo di incisione, alla manipolazione dei visceri ecc. Inoltre studi recenti hanno dimostrato che livelli elevati di ansia sono correlati a maggior dolore; anche le informazioni pre-operatorie ricevute dal paziente influiscono sul grado di dolore poiché diversa è l'ansia, l'aspettativa di dolore e quindi la percezione dello stesso (2) (3).

Il reparto dove maggiormente viene sperimentato un altissimo livello di sofferenza, non solo da parte del paziente ma anche dei familiari, è la Terapia Intensiva (TI). Stevens e coll. nel 1990 hanno rilevato che il 30-70% dei pazienti in TI prova dolore per lo più di grado moderato, severo o addirittura intollerabile (4). In un recente studio di Bone (5), analizzando i dati ottenuti dai questionari consegnati ai pazienti dimessi dalla rianimazione e trasferiti in altri

reparti, viene spesso ribadito il concetto che il 50% di questi pazienti ha citato il dolore come peggior ricordo della degenza in TI. Il problema è dovuto all'inadeguato controllo del dolore? Ad errate valutazioni della sofferenza manifestata dal paziente?

Varie sono le possibilità nel trattamento del dolore post-operatorio:

- analgesici somministrati per os, ev, im;
- anestetici locali od oppiacei per via perdurale o subaracnoidea;
- tecnica Patient Controlled Analgesia (PCA).

Analizzeremo solo quest'ultima tecnica che consiste nella somministrazione di analgesici attraverso un'usuale via di somministrazione ma con una nuova modalità di erogazione «à la demande», autosomministrata dal paziente stesso. La PCA, nata nei primi anni 60 e successivamente miglioratasi, si basa sul principio dell'individualizzazione dell'analgesia (6) (7) (8) (9). In pazienti svegli, coscienti e collaboranti, il controllo del dolore può essere ottenuto attraverso il metodo PCA. Il sistema adottato dalle nostre rianimazioni è il PCA-Vygon (fig. 1), caratterizzato dall'iniezione endovenosa di boli intermittenti di un «cocktail farmacologico» adattato al paziente, al tipo di intervento, alla patologia di base; i boli vengono infusi quando il paziente attiva il dispositivo. L'intervallo minimo tra la somministrazione di una dose e della successiva viene impostato dall'anestesista e definito come «intervallo di serrata», ossia il periodo durante il quale il sistema PCA-Vygon non può erogare il farmaco anche se il paziente lo chiede. Questa metodica a tempo minimo obbligato è indispensabile per impedire pericolosi accumuli ed evitare depressione respiratoria e tossicità da sovradosaggio.

Si tratta di un dispositivo non elettrico composto da un contenitore, graduato e caricato di analgesico, che alloggia in un telaio cilindrico munito di camera di dosaggio prestabilito e di valvola antireflusso; il tutto è chiuso da un coperchio dotato di una leva che, quando premuta, permette l'infusione della dose (10).

Senza dover negoziare con altri per ricevere il trattamento del suo dolore, il paziente acquisisce in questo modo anche la tranquillità dell'autonomia, oltre ad un più immediato sollievo della sofferenza. Gli studi eseguiti in passato hanno dimostrato che con questo sistema l'analgesia è migliore e la dose totale di oppiacei consumata è più bassa (11) (12) (13).

Il dispositivo oggi in commercio è utilizzato per la somministrazione endovenosa, epidurale, sottocutanea, subaracnoidea, intralesionale; la somministrazione avviene soltanto a richiesta del paziente.

Il successo della PCA è in rapporto all'opportuna istruzione del paziente sulla metodica, così come del medico e dello staff infermieristico implicati nella programmazione e nel controllo del sistema (6) (14). Studi recenti hanno affermato che l'età non è un impedimento all'uso dell'analgesia controllata dal paziente, sia nei bambini (15) (16) sia negli anziani (17) (18) (19); in tutti questi studi, giovani e vecchi hanno ottenuto comparabili e soddisfacenti livelli di analgesia mediante l'autocontrollo con la tecnica PCA.

Nell'anno 1999 su 399 pazienti entrati nella nostra TI, 102 sono stati ricoverati per monitoraggio post-operatorio, dopo interventi chirurgici (11 per cesareo in gestosi, 10 politraumatismi, 16 per fratture arti inferiori complicate con embolia polmonare, 22 per colecistectomia in pazienti molto anziani ASA 3-4, 12 per laparotomia e toracotomia in pazienti scoagualti nei quali non era stato possibile posizionare un catetere perdurale quale via di somministrazione di anestetici e oppiacei in infusione continua, 31 per altri tipi di intervento). I risultati emersi dimostrano come i pazienti post-operati preferiscono senza dubbio la tecnica PCA rispetto alle somministrazioni convenzionali.

La gestione del dolore acuto nei pazienti in TI è un'area che abbisogna di maggiore attenzione. Esistono tecniche moderne in grado di migliorare l'outcome e ridurre la durata della degenza in rianimazione; l'applicazione delle attuali conoscenze anche nel campo dell'analgesia possono essere di beneficio sia per il paziente sia per il team che opera in tali reparti, riducendo il carico di lavoro del personale infermieristico.

Bibliografia

1. PRITHVI RP *History of pain medicine* In PRITHVI RP *Pain medecine, a comprehensive review* Mosby 1996; 3-10.
2. DASTA JF, FUHRMAN TM, MCCANDLES C *Patterns of prescribing and administering drugs for agitation and pain in patients in a surgical intensivecare unit* Crit Care Med 1994; 22: 974-80.
3. DONOVAN M, DILLON P, MCGUIRE L *Incidence and characteristics of pain in a sample of medical-surgical patients* Pain 1987; 30: 69-78.
4. STEVENS DS, EDWARDS WT *Management of pain in mechanically ventilated patients* Crit Care Clin 1994; 10: 767-78.
5. BONE RC, HAYDEN WR, LEVINE RL et al *Recognition, assessment and treatment of ansiety in critical care patient* Dis Mon 1995; 31: 296-359.
6. BENNET RL, BATENHORST RL, BIVINS BA et al *Patient controlled analgesia ; a new concept of postoperative pain relief* Ann Surg 1982; 195: 700-5.
7. LAGLADE A, BRIARD C et al *Analgésie controlée par le patient et douleurs postopératoires* Cah Anesth 1994 ; 42: 183-91.
8. LEVIN A, KLEIN SL, BROLIN RE et al *Patient controlled analgesia for morbility obese patients : an effective modality if used correctly* Anesthesiology 1992; 76: 857-8.
9. OWEN H, PLUMMER JL, ARMSTRONG I et al *Variables of patient controlled analgesia; 1 bolus size* Anaesthesia 1989; 44: 7-10.
10. ZARA D *L'analgesia controllata dal paziente: descrizione di un nuovo dispositivo* Tesi di Laurea Università degli studi di Padova, Istituto di Anestesiologia e Rianimazione.
11. SILVASTI M, SVARTLING N, PITKANEN M, ROSENBERG PH *Comparison of intravenous patient-controlled analgesia with tramadol versus morphine after microvascular breast reconstruction Eur J Anaesthesiol* 2000;17(7): 448-55.
12. SILVASTI M, ROSENBERG P, SEPPALA T, SVARTLING N, PITKANEN M *Comparison of analgesic efficacy of oxycodone and morphine in postoperative intravenous patient-controlled analgesia Acta Anaesthesiol Scand* 1998; 42(5): 576-80.
13. HO ST, WANG JJ, LIU HS, HU OY, TZENG JI, LIAW WJ *Comparison of PCA nalbuphine and morphine in Chinese gynecologic patients Acta Anaesthesiol Sin* 1998; 36(2): 65-70.
14. GIACOMELLO M, SPAGNA A, VINCENTI E *Patient controlled analgesia in terapia intensiva: dalla morfina al ketolac* In Vincenti E, Giron GP *Aggiornamenti in anestesiologia e rianimazione1991* Istituto di Anestesiologia e Rianimazione Università di Padova 1991; 103-22.
15. PETERS JW, BANDELL HOEKSTRA IE, HUIJER ABU-SAAD H, BOUWMEESTER J, MEURSING AE, TIBBOEL D *Patient controlled analgesia in children and adolescents: a randomized controlled trial Paediatr Anaesth* 1999; 9(3): 235-41.
16. BERDE CB, LEHN BM, YEE JD, SETHNA NF, RUSSO D *Patient-controlled analgesia in children and adolescents: a randomized, prospective comparison with intramuscular administration of morphine for postoperative analgesia J Pediatr* 1991; 118(3): 460-6.
17. GAGLIESE L, JACKSON M, RITVO P, WOWK A, KATZ J *Age is not an impediment to effective use of patient-controlled analgesia by surgical patients Anesthesiology* 2000; 93(3): 601-10.
18. READY LB *PCA is effective for older patients-But are there limits? Anesthesiology* 2000; 93(3): 597-8.
19. ELLIS JA, BLOUIN R, LOCKETT J *Patient-controlled analgesia: optimizing the experience Clin Nurs Res* 1999; 8(3): 283-94.

BURN-OUT DELL'INFERMIERE PROFESSIONALE IN TERAPIA INTENSIVA

R. GREGGIO [1], L. BARBIERI [2], C. DAL CHECCO [1], E. FATTORETTO [1], L. RUZZA [1], S. SEGALINA [1], S. PERUZZI [3], E. MICHIELETTO [2], P. BALSAMO [2]

[1] Ospedale S. Antonio Padova
[2] Azienda Ospedaliera Ospedale Civile di Padova
[3] Casa di cura Abano Terme

Il burn-out è il processo attraverso il quale l'operatore sanitario si disimpegna psicologicamente dal lavoro in risposta allo stress che il suo precedente impegno gli ha causato (1). È una strategia difensiva usata quando l'azione diretta di difesa dimostra l'inutilità di ogni sforzo; comporta la perdita di interesse per i pazienti, la perdita di considerazione positiva nei confronti dei colleghi e del servizio e il ritiro emotivo dal lavoro (2). Uno dei più importanti fattori che contribuiscono allo stress lavorativo in Terapia Intensiva (TI) è la richiesta di un alto livello di competenza infermieristica. Gli operatori sono fortemente motivati a raggiungere una situazione di efficienza e di successo nel lavoro, ma i loro sforzi sono frustrati in situazioni di lavoro caratterizzate da impossibilità di previsione e mancanza di controllo personale, oltre che da carenza di gratificazione (3). Altri fattori che ulteriormente gravano la tensione psicologica sono rappresentati dal notevole carico di lavoro e dal contatto con i familiari ansiosi e sotto tensione.

In base a risultati emersi da uno studio Padovano (2) si può affermare che il personale infermieristico sviluppa ansia in misura maggiore rispetto al personale medico. Ma se l'ansia appare come un disturbo in agguato costantemente sul personale sanitario di TI, ancora più significativa è la presenza della depressione, in particolare negli infermieri.

Emblematico delle differenze tra personale medico e infermieri, in tema di stress psicologico, è il rapporto di particolare vicinanza con il paziente (4). Gli infermieri si rendono conto, come i medici, della significatività dei problemi psicologici vissuti dall'ammalato, ma nello stesso tempo ne vedono anche il corpo in una dimensione più umana: ai loro occhi il paziente vive, soffre, mangia, sporca, si lamenta, si irrita; e di fronte a loro provano sentimenti di vergogna e di imbarazzo. In definitiva gli infermieri sembrano avere un ruolo più «materno» nei confronti del paziente, rispetto ai medici, ma non meno frustrante.

Sebbene sia presente all'interno dello staff medico-infermieristico della TI un certo grado di solidarietà, come osservato anche da Caldwell (5), che si esprime con la ricerca di spazi per stare assieme e con il desiderio di condividere i momenti di distensione, fuori e dentro il reparto, vi è comunque per i medici e gli infermieri della TI un concreto pericolo di burn-out.

I meccanismi di difesa messi in campo con maggior frequenza dal personale infermieristico di TI sono:

– l'isolamento: il distanziamento dal paziente e dalle componenti emotive della situazione; è totalmente inconscio e si verifica soprattutto nel personale medico mentre l'infermiere tende maggiormente ad evitare il rapporto con i familiari (6).

– la reificazione del paziente: il paziente diventa sempre più un caso clinico, un problema tecnico;

– la razionalizzazione: l'incontro con il paziente, le sue sensazioni non sono più un problema emotivo ma assumono preminentemente le caratteristiche di un problema tecnico; questo meccanismo di difesa è adottato più frequentemente dai medici (7).

Alcuni recenti studi hanno evidenziato come non esista una correlazione caratteristica tra il grado di burn-out e l'età dell'operatore sanitario, sebbene differenti meccanismi difensivi vengano messi in atto tra gruppi diversi di operatori, anche n base alla loro età (8) (9) (10).

Spesso si realizzano meccanismi difensivi di gruppo; una delle dinamiche più interessanti è quella di tipo familiare, che si realizza nel gruppo terapeutico mediante la suddivisione precisa dei ruoli: ai medici viene in qualche modo riservato il ruolo decisionale, tecnico, paterno; ai paramedici quello protettivo, psicologico, materno (11) (12). Questo tipo di suddivisione dei ruoli è uno dei meccanismi difensivi che, assieme a quelli posti in atto individualmente, costituisce una risposta del personale di TI al sovraccarico d'ansia. Ma a lungo andare, tali meccanismi rivelano i loro limiti: si produce nuova tensione; ansia e depressione aumentano la conflittualità: si realizza spesso il burn-out.

C'è da chiedersi se, a fronte di tale difficile situazione, esiste un margine di intervento e, in caso affermativo, come si possa intervenire in una situazione così complessa, avendone una visione globale. L'intervento non deve né può limitarsi al controllo dei comportamenti inadeguati, ma deve articolarsi in vari tempi e su vari piani, dal paziente ai familiari, dal personale medico a quello infermieristico. È infatti l'equipe terapeutica che forma la cultura e la temperatura emotiva del reparto, e sono proprio questa cultura e temperatura i «farmaci» fondamentali con cui intervenire.

Bibliografia

1. Cherniss C, *The burn-out syndrome* Sage publication Inc, Beverly Hills 1980.
2. De Bertolini C, Rupolo G, *La sofferenza psicologica in rianimazione* Ed. Patron, 1986: 37-57.
3. Fitch MI, Bakker D, Conlon M, *Important issues in clinical practice: perspectives of oncology nurses Can Oncol Nurs J* 1999 Fall;9(4):151-64.
4. Cano Peregrina MA, Garcia Cordoba C, Garcia Ruiz E, Lopez Abellan M, Parera Duarri N, *Burn-out of nurses Enferm Intensiva* 1996 Oct-Dec;7(4):138-46.
5. Caldwell T, Weiner MF, *Stress and coping in ICU nursin. A review* Gen Hosp Psych 1981; 3: 119.
6. Mennoia NV, Sacco S, Candura SM, *Burn-out risk in health workers at Alzheimer's units G Ital Med Lav Ergon* 2000 Jan-Mar;22(1):43-6; discussion 62-3.
7. Iacovides A, Fountoulakis K, Moysidou C, Ierodiakonou C, *Burnout in nursing staff: a clinical syndrome rather than a psychological reaction? Gen Hosp Psychiatry* 1997 Nov;19(6):419-28.
8. Kirwan M, Armstrong D, *Investigation of burnout in a sample of British general practitioners Br J Gen Pract* 1995 May;45(394):259-60.
9. Iacovides A, Fountoulakis KN, Moysidou C, Ierodiakonou C *Burnout in nursing staff: is there a relationship between depression and burnout? Int J Psychiatry Med* 1999;29(4):421-33.
10. Atance Martinez JC *Epidemiologic aspects of the burnout syndrome in hospital personnel Rev Esp Salud Publica* 1997 May-Jun;71(3):293-303.
11. Mauranges A, Canoui P *Understanding nurses' professional burnout syndrome Soins* 1998 Nov;(630):10-1.
12. Crombez JC, Gascon L, Legault L, Pilic I, Plante G, Fontaine JG *Burnout or professional exhaustion syndrome Union Med Can* 1985 Mar;114(3):176-81.

VERSO L'UMANIZZAZIONE DELLA TERAPIA INTENSIVA: UNA GUIDA AL REPARTO DI RIANIMAZIONE

A. SACCHI [1], A. CASAZZA [2], P. GERACI [2], M. LANGER [2]

[1] A.F.D. Rianimazione 2 - IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia
[2] Rianimazione 2 - IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

Introduzione

La comunicazione è un aspetto importante nel rapporto tra l'istituzione sanitaria e il cittadino che la utilizza. Essa rientra a buon diritto nell'ambito dell'umanizzazione dell'ospedale tanto auspicata quanto disattesa. Nell'attività di un reparto di rianimazione la comunicazione e l'umanizzazione sembrano avere uno spazio marginale, soprattutto se rapportate alla prevalenza della tecnologia, talvolta aggressiva, nella cura dei malati. Questi sono spesso esclusi, per la loro stessa gravità, o per lo stato di incoscienza, dalla relazione con l'esterno. Non così, però, i loro familiari che, al contrario di quanto accade nei reparti di degenza, partecipano coscientemente, anche se fisicamente separati dai congiunti, al loro processo di cura, subendo essi stessi, i disagi che altrove sono riservati ai pazienti: le ansie, le preoccupazioni, i dubbi, le incertezze.

Il tempo a disposizione degli operatori sanitari e, spesso, la concitazione del momento del ricovero, non consentono di occuparsi con la dovuta attenzione alle relazioni con i parenti e, d'altro canto, gran parte delle domande che questi rivolgono ai sanitari sono prevedibile e sempre uguali, mentre le risposte sono diverse a seconda dei sanitari interpellati. Ecco perché abbiamo deciso di fare un piccolo passo organizzativo per migliorare, arricchire e uniformare la comunicazione nel nostro reparto iniziando dall'accoglienza.

Metodologie

Abbiamo elaborato un testo che spiega, in termini semplici, le caratteristiche del reparto di rianimazione, come riconoscere le varie figure professionali, l'attività svolta intorno ai ricoverati, i nostri rapporti con i loro familiari, le aspettative dei pazienti e dei loro congiunti, i disagi evitabili e quelli inevitabili legati al ricovero. Abbiamo anche raccolto una serie di informazioni pratiche utili ai parenti: numeri telefonici del reparto e degli uffici ospedalieri cui rivolgersi; modalità della richiesta di documentazione; piantina dell'ospedale con indicazione di alcune strutture interessanti (non solo cliniche, ma utili: sportello bancomat, dispensatori di bevande e snack eccetera). È stato anche elaborato un semplice questionario di soddisfazione con alcuni quesiti per eventuali suggerimenti migliorativi. La necessità di rendere ben visibili i messaggi del testo ci ha spinto a rivolgerci a una ditta specializzata in comunicazione pub-

blicitaria non sanitaria che ha realizzato una guida pieghevole in formato tascabile molto colorata con accorgimenti grafici accattivanti (citiamo ad esempio l'acrostico SPERANZA contenuto nella pagina introduttiva). Con la stessa impostazione grafica è stata realizzata la scheda-questionario e la cassetta per riconsegnarla anonimamente. La guida è stata realizzata con il contributo finanziario di sponsor (non commerciali) esterni all'ospedale. L'iniziativa è partita nel mese di luglio. La consegna avviene da parte degli infermieri al momento del ricovero (nei casi in cui non la si ritenga inopportuna). In un secondo tempo viene fornita anche la scheda-questionario.

Risultati e conclusioni

Il personale del nostro reparto si è dimostrato favorevole al progetto. La guida è stata accolta con favore dai familiari dei ricoverati. Non sono insorti problemi ma, al contrario, si sono ridotte le richieste di informazioni pratiche da parte dei parenti. Non sembra invece essere modificato il bisogno di colloquio dei familiari con il personale sanitario. Le schede di questionario imbucate nella casella predisposta non sono ancora molte (10% circa del totale dei questionari consegnati). I commenti sono tutti piuttosto positivi, alcuni propositivi (es. sulla necessità di un locale adibito a sala d'attesa o soggiorno per i parenti, opportunità di un *pass* per l'accesso in ospedale con l'automobile), altre utilmente critiche (es. orari di visita troppo limitati). È presto per fare bilanci più approfonditi. Un bilancio più completo è previsto al termine del primo anno di sperimentazione.

(1) AFD [il progetto, in collaborazione con l'AFD Anna Negri dell'Ufficio Umanizzazione del San Matteo, è stato realizzato grazie al contributo di tutti i medici [2] e gli infermieri del reparto: Fulvio Albertario [2], Marcella Balestreri [2], Guido Bellinzona [2], Livio Carnevale [2], Franco Caruso, Michela Cicogna, Antonella Dambruoso, Daniela Florio, M.Grazia Fracchia, Giancarlo Garavello, Roberto Imberti [2], Clarissa Lorato, Laura Maffi, Nadia Marchini, Simona Massarotti, Giovanna Matta, Carmine Naccarato, Natascia Nardon, Silvano Noli (2), Laura Pasian, Mario Peta [2], Stefania Piccinelli, Davide Preda, Patrizia Raimondi, M.Clara Sacchi, M.Grazia Spazzini, Giulia Ticozzelli [2], Claudio Toscanini, Oreste Trentini [2], Mario Triscari, Romano Turzi, Rossana Valentini, Lilia Vercesi].

RUOLO DELL'INFERMIERE NEL SUPPORTO PSICOLOGICO AL PAZIENTE USTIONATO E PROPOSTA DI UNO STRUMENTO OPERATIVO DI ASSISTENZA PSICOLOGICA

S. PERUZZI [1], L. BARBIERI [2], R. GREGGIO [3], E. MICHIELETTO [2], C. DAL CHECCO [3], E. FATTORETTO [3]

[1] Casa di Cura Abano Terme
[2] Azienda Ospedaliera di Padova
[3] Ospedale S. Antonio di Padova

Nostro obiettivo è proporre uno strumento operativo che permette una vera e propria assistenza infermieristica per il paziente ustionato, sia nella fase acuta sia in quella post-acuta della malattia, in quanto un ottimale approccio può contribuire a rendere il soggetto più disponibile ad affrontare le sofferenze e i disagi derivanti dall'evento ustione, ad accettare le cure e a fargli comprendere che l'infermiere è un'importante risorsa durante il decorso della malattia (1).

Abbiamo analizzato libri di testo, riviste mediche ed infermieristiche e valutato l'approccio diretto con il paziente presso l'Unità Operativa Centro Ustioni dell'ospedale di Padova. L'analisi ha posto in evidenza vari aspetti:

– i molteplici disagi e problemi di natura psicologica che possono insorgere nel paziente durante la fase acuta e post-acuta della patologia da ustione, sia che si tratti di bambino che di persona adulta (2);
– le richieste di assistenza infermieristica da parte di una persona colpita da lesione termica e chimica, sia a livello fisico che, soprattutto, psicologico e sociale;
– l'incidenza dello stress lavorativo che può conseguire al personale infermieristico dal continuo contatto con soggetti che hanno subito un trauma destrutturante dal punto di vista organico e psicologico (3);
– la stima della percentuale di degenti che hanno usato il fuoco come modalità suicidarla (da gennaio '99 a ottobre '99) e la valutazione delle difficoltà che l'operatore sanitario può incontrare nel rapporto col paziente ustionato per tentato suicidio;
– il ruolo della famiglia nel supporto all'ustionato sia durante il periodo di degenza sia nella delicata fase di riabilitazione (4)(5);
– gli interventi infermieristici che, nella fase acuta e post-acuta della malattia, risultano più appropriati per affrontare adeguatamente le necessità e lo stato emotivo del paziente (6).

Conclusioni: L'infermiere che assiste il paziente ustionato, visto il maggior

tempo che trascorre con lo stesso rispetto alle altre figure sanitarie, ha modo di ottenere una conoscenza abbastanza completa ed approfondita della sua evoluzione psico-fisica in relazione all'evento ustione. Tutto ciò deve trovare fondamento in una buona comunicazione tra infermiere e paziente. La qualità delle relazioni interpersonali si riflette sul benessere psicologico del paziente stesso e sulla qualità dell'assistenza fornita. L'importanza del ruolo infermieristico nella pratica assistenziale è basata, quindi, non solo sull'esecuzione delle procedure terapeutiche ma anche sulla necessità di sviluppare, più che con altri pazienti, una buona capacità di ascolto e osservazione. La funzione di supporto psicologico consiste nella capacità di offrire un adeguato ed efficace sostegno al soggetto, nel cogliere alcune alterazioni comportamentali durante la degenza per cercare di inquadrarle e portarle, per quanto possibile, ad una soluzione positiva (7).

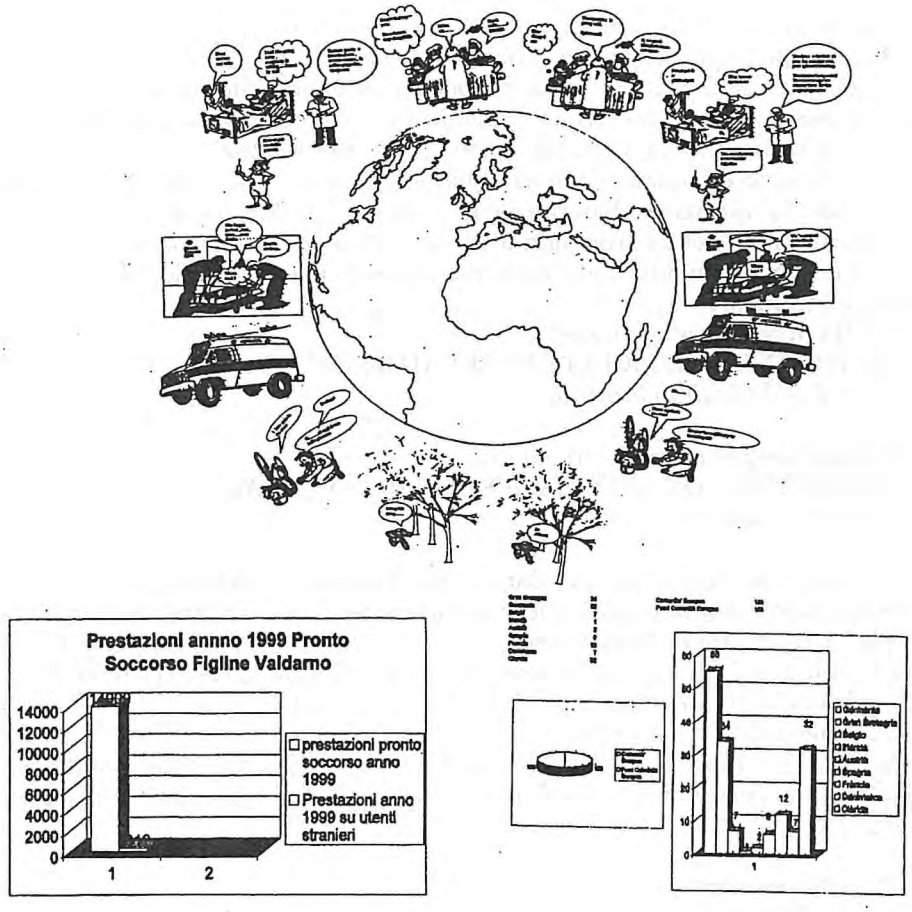
Con la proposta e l'elaborazione di una cartella infermieristica di assistenza psicologica si vuole costruire un mezzo più approfondito di conoscenza della persona, non solo ristretto all'aspetto fisico ed organico della patologia ma ampliato anche a quello psicologico e sociale al fine di offrire al paziente una possibile risposta professionale d'aiuto valida.

Bibliografia

1. Bosworth C *Burns Trauma, Management and Nursing Care* Ed. Bailiere Tindall, 1997.
2. Waltkins PN, Cook EL, May SR et al *Psychological stages in adaptation following burn injury: a method for facilitating psychological recovery of burn victims* J Burn Care Rehabil 1988; 9: 376-84.
3. Patterson DR, Everett JJ, bomardier CH, Questad KA, Lee VK, Marvin JA *Psychological effects of severe burn injuries* Psycol Bull 1993; 113(2): 362-78.
4. Browe G, Byne C, Brown B et al *Psychological adjustment of burn survivors* Burns 1985; 12: 28.
5. Bowden ML, Thomson PD, Prasad JK *Factors influencing return to employment after a burn injury* Arch Phys Med Rehabil 1989; 70: 772-4.
6. Kundson-Copper M *What are the research priorities in the behavioural areas for burn patients?* J Trauma 1984; 24(supp 9): S197-201.
7. Combi F, Silvello L, Torelli L *Trattamento riabilitativo del paziente ustionato* In Donati L, Buffaldi Preis FW *Le ustioni e il loro trattamento* B & G ed. 1997.

L'INFERMIERE MULTIETNICO

Autore: S. FREDDI - Istituzione ANIARTI



Il Poster è stato pubblicato come da originale

Le statistiche rilevano che presso il nostro dipartimento emergenza-urgenza si è rivolto nel 1999, n. 312 persone di diversa nazionalità.

L'esigenza quindi di creare un manuale multilingue nasce dalle problematiche che il personale sanitario deve affrontare nel quotidiano lavoro. mmaginate il problema di raccogliere informazioni sulla persona: dai dati anagrafici a quelli dei problemi presentati ecc. o dover dare semplici informazioni su quello che gli deve essere fatto, o far sì che la persona possa esprimere il proprio malessere.

Obiettivo di tale manuale è:

a) riuscire a relazionare con la persona;

b) stimolare il personale sanitario su tali problematiche, ed essere uno strumento didattico.

Sviluppo: lo sviluppo di tale manuale ha una concezione modulare per poter utilizzare la parte che più interessa.

Il manuale si sviluppa in tre parti:

A) manuale linguistico nelle vzrie lingue suddiviso in vari capitoli (Pronto Soccorso - U.O. di degenza - Indagine per patologie e sintomatologia - Pagamento prestazioni sanitarie - Raccomandazioni - Manovre infermieristiche ed esami diagnostici - Intervento chirurgico - Richieste del paziente).

Le frasi sono distanziate con lo scopo anche di poterle indicare. Per ogni parola esiste la traduzione letteraria e la pronuncia italianizzate in cui si propone la pronuncia delle parole non utilizzando i segni fonetici come correttamente si dovrebbe ma una pronuncia più similare per dar modo all'operatore di poter comunicare.

Es. Ha difficoltà a respirare?
DO YOU HAVE DIFFICULTY IN BREATHING?
Du iu hev difficult in britthing?

Domani esegue un prelievo ematico
TOMORROW YOU WILL HAVE SOME BLOOD DRAWN
Tumorro iu wil hev som blod dro

Le frasi sono distanziate per dar modo all'operatore di indicarle.

Sono state lasciate pagine libere per aggiungere altre parole a seconda le necessità riscontrare dall'operatore.

B) Indirizzario di organizzazioni cattoliche e laiche sparse per il territorio nazionale che aiutano gli immigrati.

C) Legge sull'immigrazione.

Verifica: l'utilizzazione di tale manuale come fase sperimentale è stato usato dall'80% del personale con risultati soddisfacenti. Il limite presentato è stato evidenziato nell'indice.

Progetto avanzato: esso si propone di:

A) adozione nelle varie U.O. di tali manuali.

B) Istituzione di un gruppo di lavoro per valutare le varie realtà e problematiche lavorative.

UTILIZZO NELL'EMERGENZA IN TERAPIA INTENSIVA DI DUE NUOVI PRESIDI: LMA E LMA-FASTRACH

R. GREGGIO [1], L. BARBIERI [2], E. MICHIELETTO [2], S. PERUZZI [3], N. LANDO [1], P. GORLATO [2], M. DI GIULIO [2], O. PAIUSCO [1]

[1] Ospedale S. Antonio Padova
[2] Azienda Ospedaliera Ospedale Civile di Padova
[3] Casa di Cura Abano Terme

Una delle principali competenze del personale sanitario che lavora nell'emergenza intra ed extra-ospedaliera, consiste nel mantenere il controllo delle vie aeree in modo impeccabile. L'intubazione tracheale rappresenta la manovra senz'altro più invasiva e sicura ma non sempre è garantito il successo, soprattutto nei casi di incidenti stradali con pazienti incarcerati tra le lamiere, o per alterazioni anatomiche dovute al trauma.

I casi di intubazione difficoltosa, riferiti in letteratura ed effettivamente verificatisi nel nostro lavoro, accadono con maggior frequenza nelle situazioni di emergenza, in ambiente non protetto, o in situazioni logistiche difficili rispetto alle condizioni di elezione per esempio in Sala Operatoria ma anche nelle urgenze intraospedaliere, nei reparti di degenza, in radiologia o in Terapia Intensiva (TI) nei pazienti distrofici, con spondilite anchilosante ecc.

La mancata intubazione è un evento particolarmente temibile, non solo per il personale medico ma anche per noi infermieri che routinariamente siamo presenti a fianco dei nostri medici, nelle situazioni critiche quasi mai prevedibili e pianificabili.

Presso la TI dell'Ospedale S. Antonio di Padova, abbiamo partecipato vivamente a corsi di aggiornamento tenuti dai medici di reparto e, tra i vari argomenti trattati, sono stati illustrati due nuovi presidi presenti da circa un anno nei nostri carrelli di emergenza e utilizzati nei casi di intubazioni difficili.

È stato interessante notare che questi presidi, sono abbastanza facili da posizionare, almeno sul manichino, dopo un adeguato training di formazione e, leggendo alcuni recenti lavori scientifici, abbiamo notato che all'estero nelle emergenze intraospedaliere sono proprio i nostri colleghi a posizionare queste maschere in attesa dell'arrivo dell'anestesista rianimatore o del medico intensivista in tutti i pazienti in arresto cardiorespiratorio intraospedaliero:

- Maschera laringea (LMA);
- Fastrach (LMA-Fastrach o ILMA).

Per eseguire l'intubazione con questi strumenti nuovi, non ancora diffusi in tutte le TI italiane, non è necessario l'uso del laringoscopio come per il tubo tracheale. L'innovazione consiste nell'intubare alla cieca il paziente, con l'uso di una sola mano da parte dell'operatore. Non è inoltre necessario che il paziente sia disteso e con il collo in iperestensione.

Rappresentano un'innovazione nel campo degli strumenti utilizzati nell'emergenza in TI e dovrebbero essere noti a tutti, dato che L'American Society of Anesthesiologist (ASA), la Società Francese di Anestesia e Rianimazione e la Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia intensiva (SIAARTI) hanno inserito la Maschera Laringea e la Fastrach nell'algoritmo proposto per la gestione dei pazienti che presentano una «difficile intubazione». Tali devices non hanno in ogni modo la pretesa di sostituirsi al tubo tracheale, in tutte le condizioni ideali per l'intubazione. Qualora però si presentassero situazioni di intubazione difficile, essi potranno costituire una valida alternativa per il mantenimento delle vie aeree, nelle urgenze intraospedaliere sia nella nostra rianimazione sia nei reparti di degenza dell'ospedale S. Antonio di Padova.

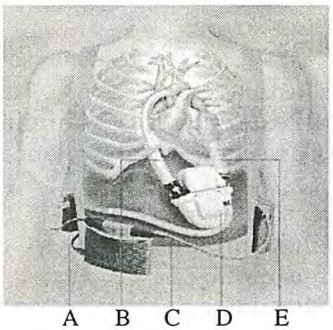
Bibliografia

1. YARDY N, HANCOX D, STRANG T. *A comparison of two airway aids for emergency use by unskilled personnel The combitube and laryngeal mask.* Anaesthesia 1999, 54,172,197.
2. *Results of a multicentre trial: The use of the laryngeal mask airway by nurses during cardiopulmonary resuscitation.* Anaesthesia 1994; 49:3-7
3. DAVIES PFR, TIGHE SQM, GREENSLADE GL, EVANS GH *Laryngeal mask airway and tracheal tube insertion by unskilled personnel* Lancet 1990; 336;977-999
4. PENNANT JH, WALKER MB, *Comparison of the endotracheal tube and laryngeal mask in airway management by paramedical personnel* Anesthesia and Analgesia 1992, 74: 531-4.

IMPIANTO DI L.V.A.S.
LEFT VENTRICULAR ASSIST SYSTEM

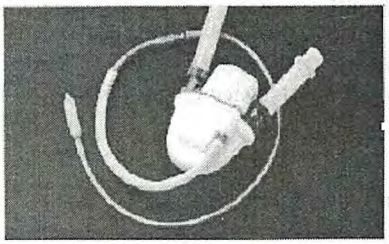
A.F.D. L. ROSSI, I.P. N. DE DOMENICO, I.P. F. MINELLI, I.P. PAGANELLI, I.P. S. LE NOCI

Servizio di Anestesia e Rianimazione Cardiochirurgica Dott. Grillone
Policlinico S. Orsola-Malpighi - Bologna



Component Specifications

A. Controller and power packs
B. Outflow extension
C. Percutaneous lead
D. Pump/Drive unit
E. Inflow cannula



Il «L.V.A.S.» (Left Ventricular Assist System) utilizzato (NOVACOR) è un sistema di assistenza ventricolare sinistra, totalmente impiantabile, portatile, ideato per fornire un supporto circolatorio ai malati con insufficienza cardiaca in fase terminale, come «bridge» al trapianto.

L'apparecchio suddetto comprende un'unità integrata «pompa attuatore» e condotti valvolati con protesi biologiche.

Questa unità è collegata all'esterno ad un computer ed alla rete di alimentazione, che regola e controlla il funzionamento della pompa.

La macchina, inoltre, è provvista di batterie portatili per l'assistenza a domicilio. Essa preleva il sangue dal ventricolo sinistro e lo immette in aorta ascendente, tramite anastomosi.

Sono segnalate alcune controindicazioni all'impianto del suddetto sistema:

malattie del parenchima polmonare, disfunzione epato-renale, malattie cerebro-vascolari, cancro con metastasi, alterazioni della crasi ematica, insufficienza ventricolare destra, sepsi in atto.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Il sig. B.G.L. entra presso il nostro servizio di Anestesia e Rianimazione dopo aver trascorso 12 ore in sala operatoria per l'impianto del NOVACOR. La complessità assistenziale determina la necessità di adottare il rapporto infermiere paziente 1:1 per tutta la durata del ricovero.

Il paziente presenta:

- due cateteri arteriosi
- due cateteri venosi centrali per la somministrazione della terapia
- catetere di Swan Ganz connesso al Vigilance per il monitoraggio emodinamico e respiratorio
- connessione al ventilatore meccanico
- LVAS connesso alla Centralina del Device con il cavo addominale
- sonda per eco trans-esofagea
- due drenaggi mediastinici
- due drenaggi pleurici
- un drenaggio addominale
- pompa autotrans per il recupero del sangue
- tre sonde termometriche (cutanea, esofagea, rettale)
- apparecchio per la somministrazione dell'Ossido Nitrico
- SNG

Parametri sottoposti a monitoraggio continuo

- ECG
- frequenza cardiaca
- pressione arteriosa
- pressione venosa centrale
- pressione in arteria polmonare
- pressione in atrio sinistro
- pressione di incuneamento polmonare
- gradiente trans-polmonare
- portata cardiaca
- indice cardiaco
- diuresi
- tempo di coagulazione attivato (TAC)
- perdite ematiche
- emogasanalisi

Prestazioni

Assicurare la respirazione
Somministrare ossigenoterapia
Aspirare le secrezioni nel paziente intubato
Assistere il paziente in ventilazione meccanica
Assicurare l'alimentazione e l'idratazione
Somministrare Nutrizione Enterale
Assicurare l'eliminazione urinaria ed intestinale
Assicurare l'igiene e il confort
Eseguire le cure igieniche totali
Mobilizzare e posizionare il paziente
Eseguire esercizi muscolari
Assicurare il riposo ed il sonno
Preparare un ambiente adeguato
Prevenire e controllare i rumori
Assicurare la funzione cardiocircolatoria
Effettuare il monitoraggio dei parametri vitali
Assicurare un ambiente sicuro e terapeutico
Attuare comportamenti atti a prevenire le infezioni ospedaliere
Attuare una corretta bonifica e controllare la sterilizzazione dei presidi utilizzati
Assicurare l'interazione nella comunicazione
Utilizzare metodiche alternative alla comunicazione verbale
Attuare interventi mirati al mantenimento dell'equilibrio psico-sociale
Applicare le procedure terapeutiche
Somministrare terapia endovenosa
Somministrare terapia I.M., S.C., Orale, attraverso il S.N.G.
Gestire le vie infusive e di monitoraggio
Rimuovere cateteri arteriosi e venosi
Gestire i drenaggi
Gestire le ferite chirurgiche e i punti di fuoriuscita dei cavi del LVAS
Gestire il catetere di Swan Ganz
Gestire la somministrazione dell'ossido nitrico
Gestire la NPT
Assicurare una corretta esecuzione delle procedure diagnostiche
Eseguire prelievi per esami ematochimici e di routine
Assistere il paziente durante l'esecuzione di esami strumentali
Prelevare campioni per esami microbiologici

Conclusioni

Tutti gli interventi attuati dall'équipe medico infermieristica, in stretta collaborazione, ebbero un esito favorevole per la ripresa fisica e psichica del paziente tanto che il sig. B.L.G., fu trasferito in reparto.

Questo evento fu vissuto con un atteggiamento ambivalente da parte del paziente. Infatti, da un lato era un momento molto atteso, ma dall'altro temuto, poiché egli sentiva di uscire da un luogo «protetto» non solo dal punto di vista ambientale ma soprattutto professionale, poiché vi aveva ricevuto un'assistenza continuativa 24 ore su 24 e con gli operatori del servizio si era instaurato un valido rapporto di fiducia che aveva permesso di intraprendere, continuare e portare a termine un'assistenza per tutti molto impegnativa, ma basata su un rapporto empatico.
Il sig. B.G.L. acquisì una buona pratica nella gestione del NOVACOR, in reparto, rendendosi autonomo e riuscendo a condurre una discreta qualità di vita sino al giorno in cui ricevette la telefonata del cardiochirurgo:

«È disponibile un cuore per lei ...»

Il signor B.G.L. è stato trapiantato il 14 marzo 1999.

ORGANIZZAZIONE DI UN SERVIZIO DI TERAPIA DEL DOLORE ACUTO POSTOPERATORIO

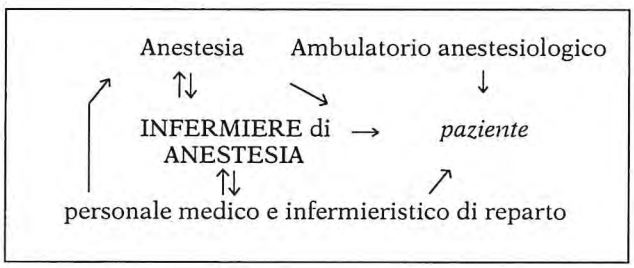
F. PIGAIANI, L. SCHIAVON, P. SECCHIERO, M. TARDIVELLO, M. GIACOBBE, S. TARTARI

U.O. di Anestesia e Rianimazione, Ospedale San Luca, Trecenta - Rovigo

Il dolore acuto postoperatorio è sempre stato ritenuto se non necessario sicuramente intrinseco all'atto chirurgico e comunque inevitabile. Negli ultimi anni è gradualmente maturata invece l'idea che il dolore non solo sia inutile ed eticamente inaccettabile, ma anche dannoso in quanto innesca una cascata neurovegetativa e neuroendocrina, responsabile di numerose complicanze, facilita lo sviluppo di «persistent pain» e ritarda il ristabilimento della funzione psicofisica e dello stato funzionale preesistente (1).

Partendo da questi presupposti, l'U.O. di Anestesia e Terapia Semintensiva dell'Ospedale di Trecenta, ha istituito dal gennaio 1999 un APS (Acute Pain Service), all'interno di un ospedale che dispone di 193 posti letto, di cui 93 chirurgici, suddivisi tra le specialità di chirurgia generale, vascolare, ostetricia-ginecologia, ortopedia, otorinolaringoiatria, urologia; nel 1999 sono stati eseguiti 2760 interventi. L'APS è nato quindi con l'*obiettivo* di ridurre l'incidenza e la severità del dolore acuto postoperatorio, educare i pazienti a riferire la presenza di dolore in modo da ricevere un adeguato trattamento, aumentare il benessere del paziente e la sua soddisfazione, contribuire alla riduzione delle complicanze postoperatorie, migliorare il rapporto di fiducia operatore sanitario-paziente.

Il nostro APS si basa su un approccio multidisciplinare e multifunzionale al paziente postoperato e vede affincati il medico anestesista, l'infermiere professionale (IP) di anestesia, il chirurgo, il personale infermieristico di reparto e il farmacista (2).

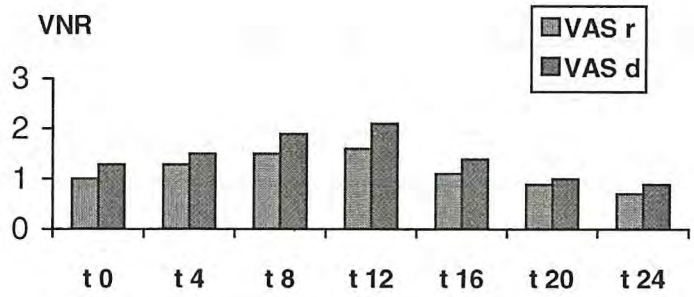


Sono state realizzate *linee guida* e protocolli per la gestione del dolore acuto postoperatorio. Le linee guida comprendono i compiti di ciascun componente dell'APS, le informazioni da fornire al paziente, aspetti diagnostici e misurazione

del dolore attraverso apposite scale, oltre agli algoritmi per l'analgesia sistemica con oppioidi, farmaci analgesici antiinfiammatori non steroidei, anestetici locali. Inoltre sono state fornite le indicazioni per la profilassi e il trattamento degli effetti collaterali, per l'analgesia di salvataggio e per il trattamento del dolore nel bambino (3, 4). Queste linee guida sono state ricavate dalle indicazioni fornite dalle Società Scientifiche (5, 6). Nel nostro APS utilizziamo nove protocolli analgesici che prevedono una durata variabile di 24-48 ore a seconda del tipo di intervento chirurgico e spaziano da una terapia antalgica orale con posologia prestabilita, a complesse metodiche di controllo del dolore come l'analgesia peridurale continua o la PCA (patient controlled analgesia) che permette l'associazione di infusione continua di oppioidi e boli controllati direttamente dal paziente (Tabella 1). Per ogni intervento è valutato il dolore atteso postoperatorio (moderato, medio-alto o elevato) e di conseguenza il paziente riceve uno dei suddetti protocolli (rispettivamente A,B e C) Solo nei pazienti ricoverati in ambiente intensivo sono applicati protocolli (D) che prevedono l'infusione continua di oppioidi ad alto dosaggio (remifentanil e/o morfina) o l'infusione peridurale continua di oppiacei lipofili. Il nostro obiettivo è di mantenere l'intensità del dolore, valutata con la scala VNR (Verbal Numerical Rate, scala numerica verbale del dolore che va da zero = assenza di dolore, a 10 = massimo dolore tollerabile) inferiore a 3. Nel caso che il VNR risulti più elevato è prevista la somministrazione di un analgesico di salvataggio.

In quest'ottica di approccio multidisciplinare il ruolo fondamentale di collegamento tra le varie figure è svolto dall'*IP di anestesia* (Tabella 2) (7). In particolare l'I.P. di anestesia è responsabile del controllo del dolore in Sala Risveglio, verifica che il paziente abbia compreso la scala del dolore (spiegatagli durante la visita anestesiologica), cura l'allestimento delle pompe (elettriche ed elastomeriche); inoltre effettua il controllo giornaliero dei pazienti operati e coordina gli IP di Reparto. Questi ultimi due compiti, pur essendo assai gravosi per gli IP di anestesia, trovano il loro razionale nel fatto che il monitoraggio regolare e affidabile dell'intensità del dolore del pazinete è importante per stimare lo standard di cura fornito. Questa valutazione viene effettuata, nel nostro APS, con la scala VNR a riposo e sotto sforzo. Viene inoltre eseguito un sistematico monitoraggio dei parametri emodinamici (PA, FC), respiratori (FR, $Sp0_2$ per alcuni protocolli), neuropsichici (Ramsey Scale) e motori (Bromage Score) (Tabella 3). Infatti con l'avvento dell'APS sono state introdotte tecniche analgesiche invasive, altamente efficaci, ma che richiedono un più attento controllo. Il personale infermieristico di reparto, che ha seguito un breve corso di preparazione, valuta tali parametri ogni 4 ore per tutta la durata del trattamento antalgico. L'utilizzo di schede di raccolta dati aumenta la sensibilità del personale al dolore (un paziente che non lamenta dolore non necessariamentee non ha dolore) e permette una precoce scoperta degli effetti collaterali. Inoltre forniscono i dati necessari ad adattare i protocolli utilizzati al dolore del paziente, al fine di individuare i dosaggi e le modalità di somministrazione che consentano di ottenere un'ottima analgesia con la minima incidenza di effetti collaterali.

In questo primo anno di attività il nostro APS ha trattato 728 pazienti postoperati. Sonostati applicati i seguenti protocollo anlgesici: paracetamolo+codeina a orari fissi (36%), fans+oppioidi deboli con elastomero (38%), PCA con morfina (8%), oppioidi per via subaracnoidea (10%), PCAE con anestetici ± oppioidi (8%). Mediamente i VNR ottenuti sono sempre stati significativamente inferiori a 3 (Figura 1).



Dal 9% dei pazienti è stata richiesta un'analgesia di salvataggio. Gli effetti collaterali che abbiamo riscontrato sono sempre stati di modesta rilevanza clinica e sono stati: nausea e/o vomito (21%), ritenzione urinaria (3%), prurito (2%). La maggioranza dei pazienti che avevano già avuto un'esperienza chirurgica ha gradito molto questo nuovo approccio al problema dolore.

Nell'attuazione del nostro APS abbiamo riscontrato una iniziale riluttanza del personale di reparto legato sia all'aumentato numero di rilevazioni da effettuare, sia alla difficoltà di gestione degli allarmi delle pompe.

Un elemento critico per migliorare l'attuazione dell'analgesia è la collaborazione con il personale di reparto e la necessità di un aggiornamento continuo dello staff. Presso il nostro APS vengono pertanto programmati incontri con cadenza trimestrale. Alla nascita dell'APS è stato condotto un breve corso in cui è stata trattata la fisiopatologia del dolore e la farmacologia degli analgesici e degli anestetici locali, oltre al funzionamento e all'utilizzo delle pompe elettiche ed elastomeriche e dei monitor. Negli incontri sucessivi sono stati valutati i dati raccolti, le sucessive modifiche apportate ai protocolli, i problemi incontrati.

La valutazione dell'efficacia del trattamento antalgico ci spinge a continuare la nostra attività, per tendere al raggiungimento del benessere postoperatorio del paziente, che non è legato solo al sollievo dal dolore chirurgico, ma anche all'individuazione e correzione degli altri motivi di disagio.

Tabella 1: *Protocolli analgesici*

prot. A1: paracetamolo 15mg/Kg+codeina 0.9mg/Kg per os o rettali ogni 6ore
prot. A2: ketorolac 90 mg/24 h
prtot. B1: PCEA ropivacaina 0.2% 4ml/h + boli ± morfina 1mg in bolo
prot. B2: morfina 100 mcg subaracnoidea
prot.B3: ketorolac 90 mg+tramadolo 300 mg ev in 24 ore
prot. B4: paracetamolo 2gr ev ogni 6 ore+ tramadolo 300mg ev in 24 ore
prot. C1: morfina 0.5mg/h+ boli ev PCA
prot. C2: morfina 0.5 mg/h+boli.PCA +paracetamolo 2g ogni 6ore ev

Tabella 2: *Schema organizzativo*

ANESTESISTA (responsabile): risolve i problemi,modifica i protocolli, raccoglie i dati, aggiornamento;informa il paz. durante la visita preoperatoria, illustra il VNR	CHIRURGO: primo filtro analgesia di salvataggio
IP ANESTESIA: vedi testo	FARMACISTA: fornitura farmaci e presidi
IP reparto CHIRURGICO: rilievo dati ogni 4 ore	

Tabella 3: *Scheda di rilevamento parametri, Ramsey Scale e Bromage Score*

	0	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40	44	48
VNR riposo													
VNR sforzo													
PA													
FC													
FR													
$Sp0_2$													
Ramsey													
Bromage													
nausea/ vomito													
ritenzione urinaria													
prurito													
effetti collaterali													

Ramsey Scale (livello di sedazione):
1- ansia e agitazione estrema
2 - paz. cooperante, tranquillo e orientato
3 - paz. che esegue gli ordini
4 - risposta immediata agli stimoli
5 - risposta attenuata agli stimoli
6 - assenza di risposta agli stimoli

Bromage Score:
0 - assenza di blocco
1 - impossibilità a sollevare l'arto esteso
2 - impossibilità a flettere il ginocchio
3 - assenza di movimento

Bibliografia

1. Nolli M., Albani A., Nicosia F., *Il dolore postoperatorio,* Mosby-year Book Doyma Italia-Milano 1995.
2. Rawal N., *Organization of acute pain services a low-cost model,* Pain 57:117-123,1994.
3. Ready L.B., Ashburn M., Caplan R.A., Carr D.B., Connis R.T., Dixon C.I., Hubbard L., Rice L.J., *Practice guidelines for acute pain managment in the perioperative setting. A report of the American Society of Anesthesiologists task force on pain managment, acute pain section,* Anesthesiology 82:1071-1081, 1995.
4. Agency for health care policy and reserch (AHCPR), *Clinical practise guidelines for acute pain managment,* 1990, 20 novembre Washington D.C.
5. Wulf H., Schug S.A., Allvin R., Khelet H., *La gestione del paziente post-chirurgico. Come possiamo progredire?,* Acute Pain 1:32-44, 1999.
6. Gruppo di studio SIAARTI per la terapia del dolore, *Presentazione delle raccomandazioni SIAARTI per il trattamento del dolore postoperatorio,* Minerva Anestesiologica 64:51-56, 1998.
7. Clark L.A., *The nurse: an important player in acute pain managment,* Analgesia 2:7-9,1991.

LA BREVE OSSERVAZIONE

R. GIANNONI, G. GIANNOTTI, B. PAGGETTI, R. RAVAZZOTTO, C. SABINI

II.PP. Pronto Soccorso P.T. DEA II livello - Azienda Ospedaliera San Martino - Genova

Perché?

Il 19 febbraio 1999 entra a far parte dell'organizzione del DEA II livello, Ospedale San Martino di Genova, l'Unità di Breve Osservazione.

L'obiettivo di questa nuova realtà,operativa 24h su 24, è migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria e diminuire il numero dei ricoveri.

Riferimenti legislativi

Sistema di emergenza urgenza - linee guida n. 1/1996 in applicazione del DPR 27 marzo 1992 «atto di indirizzo e coordinamento dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza» ... nell'ambito dell'attività di emergenza e urgenza, dovranno essere garantite quelle di osservazione e breve degenza con un dimensionamento delle relative unità operative che sia rapportato alle diverse situazioni locali, in particolari a quelle delle grandi aree urbane e metropolitane.

Dove?

Ubicazione e organizzazione strutturale:l'unità di B.O. si trova al piano terra del P.S. adiacente alle sale di primo intervento. Consta di due locali, ogni locale contiene tre testa letto (due posti letto più un posto barella), due erogatori a muro per l'ossigeno, un lavandino, una scrivania, un mobile bancone contenente la biancheria, i principali farmaci e fleboclisi, materiale occorrente per prelievi ematochimici, incanulamento vena, piccole medicazioni e cateterismo vescicale; paravento, asta per flebo contenitori differenziati per rifiuti e biancheria, un telefono, un condizionatore dell'aria, un elettrocardiografo ad uso comune dei due locali.

Chi?

Le situazioni patologiche e le problematiche che richiedono più frequentemente il ricovero in B.O. sono:

- coliche renali;
- coliche addominali;

- epigastralgie e/o dolore toracico;
- reazioni allergiche;
- epistassi;
- cefalee;
- pazienti in attesa di intervento chirurgico urgente;
- etilismo acuto stato ansioso depressivo (spesso questi stati sono sintomi legati al disagio sociale secondario ad esempio all'insicurezza economica all'immigrazione o a patologie psichiatriche);
- minori in attesa dei parenti per la dimissione.

I pazienti che dopo la visita nelle sale di primo intervento si presume non necessitino di ricovero immediato o dimissione vengono inviati alla breve osservazione.

In questa sede vengono effettuate le seguenti prestazioni:

- monitoraggio dei parametri vitali;
- somministrazione della terapia prescritta;
- attesa e completamento dell'iter diagnostico (consulenze specialistiche, refertazione degli esami radiologici ed ematochimici);
- preparazione all'intervento chirurgico urgente.

Con?

Il ruolo dell'infermiere comprende:

- accettazione e registrazione dei pazienti;
- assistenza infermieristica;
- esecuzione delle prescrizioni mediche;
- educazione sanitaria;
- sostegno psicologico

quindi richiede *competenza plurispecialistica*, dovendo trattare pazienti con quadri patologici diversi; *capacità comunicative* che gli permettano di svolgere la *funzione di mediatore*, fra paziente-medico-parente.

Il ruolo dell'operatore è particolarmente delicato. in quanto deve rispondere adeguatamente alle continue richieste sia di informazione che di intervento per la risoluzione rapida.di ciò che è sentito come problema o bisogno. (tempi di attesa, esiti degli esami diagnostici in corso, somministrazione di antidolorifici ulteriore visita del medico, ecc.).

In questo contesto l'infemiere capace di gestire l'ansia che comunque viene a crearsi contribuisce in modo determinante all'umanizzazione e quindi alla qualità del servizio di pronto soccorso.

Quanto?

La Breve osservazione dura un periodo massimo di *sei ore.*

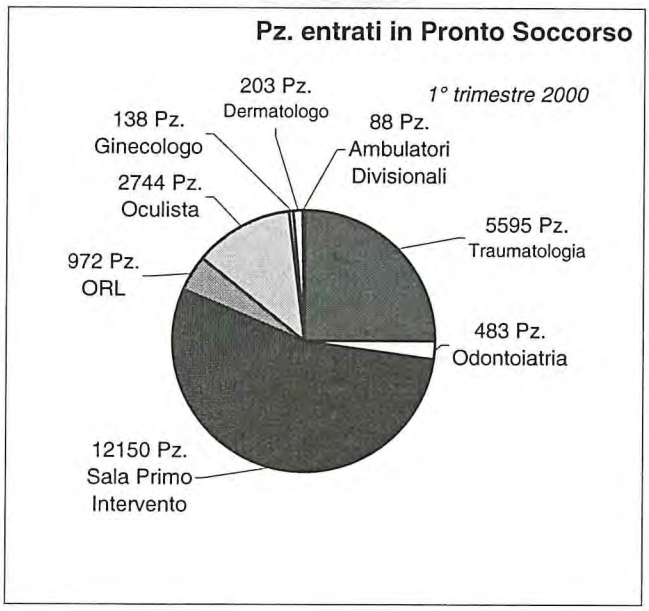
A seconda dell'esito degli esami e della terapia il paziente, concorda con l'équipe sanitaria, se:

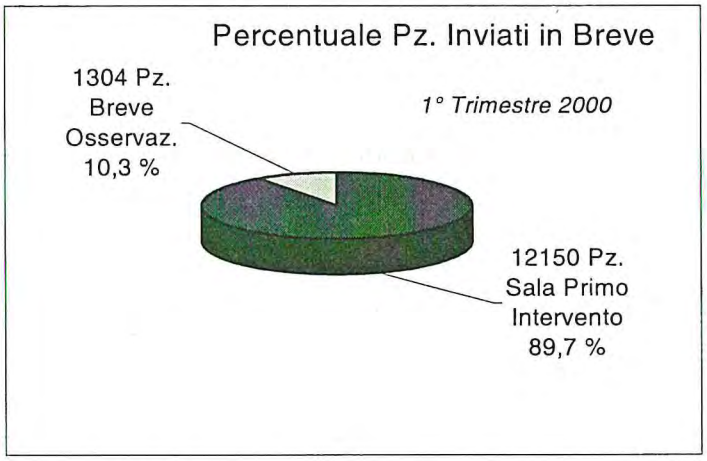
- essere ricoverato;
- essere dimesso;
- proseguire le cure in ambulatorio.

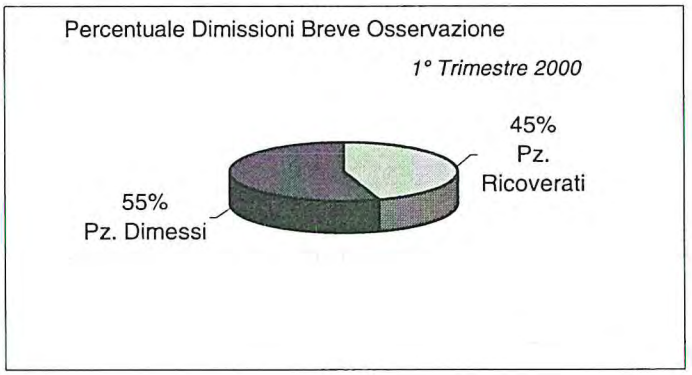
Quindi?

L'apertura della B.O.ha contribuito a migliorare l'organizzazione e la funzionalità del P.S:

- i lavori di ristrutturazione dei locali hanno migliorato le condizioni igienico-sanitarie rendendo l'ambiente più accogliente e sicuro;
- il personale infermieristico è aumentato di un'unità per ogni turno cio rende possibile anche la sorveglianza dei pz che sostano in corridoio in attesa della prima visita;
- la riduzione dei ricoveri nei reparti di Medicina e Chirurgia d'Urgenza ha consentito un miglioramento dell'assistenza;
- l'accoglienza dei pazienti in questa area permette un maggiore turn-over nelle sale di primo intervento, diminuendo i tempi di attesa e consentendo la migliore gestione dei casi più urgenti.




Percentuale Pz. Inviati in Breve
1304 Pz.
Breve
Osservaz.
10,3 %
1° Trimestre 2000
12150 Pz.
Sala Primo
Intervento
89,7 %


Percentuale Dimissioni Breve Osservazione
1° Trimestre 2000
45%
Pz.
Ricoverati
55%
Pz. Dimessi

PROBLEMATICHE NELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE INFERMIERISTICA IN CASO DI TRASFERIMENTO DEL PAZIENTE DALLA TERAPIA INTENSIVA AL SERVIZIO DI NEUROCHIRURGIA DI CESENA

D. BECCARI [1], C. FUSAROLI [2]

[1] Infermiera - Terapia Intensiva Cesena
[2] Infermiera - Neurochirurgia Cesena

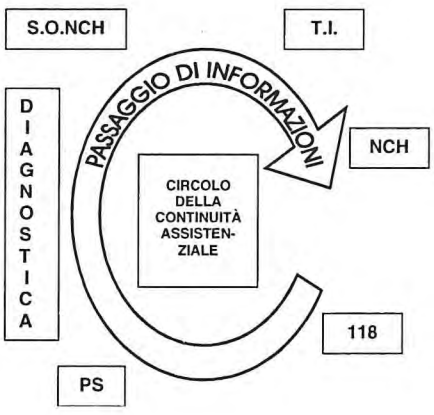
Obiettivo

Ricreare una possibile soluzione del problema in questione, allo scopo di *ottimizzare la continuità assistenziale del paziente trasferito* nel servizio di Neurochirurgia.

Il nostro elaborato è nato dall'esigenza di un miglioramento non solo professionale e operativo, ma soprattutto di tipo qualitativo per quanto riguarda l'assistenza infermieristica erogata al paziente.

Background

Le conoscenze riguardanti il paziente, diventano informazioni di fondamentale importanza e devono in qualche modo essere trasmesse ai colleghi al momento del passaggio di divisione, affinché l'assistenza infermieristica sia continuativa e adeguata durante la degenza in ospedale per ottenere al meglio e al più presto la salute del paziente.



Metodo

Abbiamo formulato un *questionario* coinvolgendo 45 colleghi delle Unità Operative in questione, in questo modo i dati raccolti da parte di professionisti che condividono obiettivi assistenziali comuni e le eventuali problematiche inerenti, risultano corretti e veritieri e favoriscono il raggiungimento di una soluzione più adeguata al problema.

QUESTIONARIO RELATIVO ALLE PROBLEMATICHE DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE INFERMIERISTICA IN CASO DI TRASFERIMENTO INTRAOSPEDALIERO DEL PAZIENTE (NCH.-T.I.)

1. In caso di trasferimento il paziente è accompagnato da una scheda di dimissione infermieristica? SI NO

Se NO

2. In quale modo ottieni le informazioni per la continuità assistenziale?
   - Telefonicamente SI NO
   - Verbalmente al momento del trasferimento SI NO
   - Cartella I.P. SI NO
   - Altro _____
     _____

3. Quali sono le informazioni che ritieni necessario conoscere? (Dare un punteggio da 1 a 10 in base alla priorità di interesse)
   - Stato neurologico _____
   - Stato nutrizionale (sng. peg. Tipo di alimentazione) _____
   - Grado di autonomia motoria _____
   - Stato respiratorio (ossigeno terapia. Tipo di secrezioni, ecc.) _____
   - Stato eliminatorio (feci, urine) _____
   - Stato sociale e familiare _____
   - Data di introduzione/sostituzione dei presidi (cvc. cat. vescic. sng, ecc.) _____
   - Altro _____
     _____

4. Le informazioni ottenute sono utili e complete? SI NO

Se NO

5. Cosa comporta il fatto di non averle?
   - Perdita di tempo nella ricerca delle stesse SI NO
   - Pianificazione assistenziale inadeguata SI NO
   - Altro _____
     _____

6. La non conoscenza di determinate informazioni sul paziente incide sulla tua professionalità? Dare un punteggio da 1 a 10 _____

7. E in quale percentuale incide sul paziente? Dare un punteggio da 1 a 10 _____

Risultati

Come rappresentato nel grafico n. 1, si evidenzia che la modalità di passaggio di informazioni non avviene con un mezzo unico e ben definito ma talvolta telefonicamente, verbalmente, consultando la cartella infermieristica e l'assenza di una documentazione scritta (grafico n. 1).

Modalità di passaggio delle informazioni infermieristiche

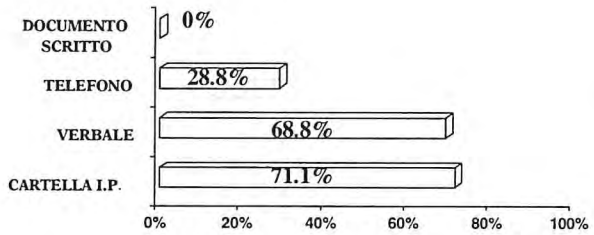
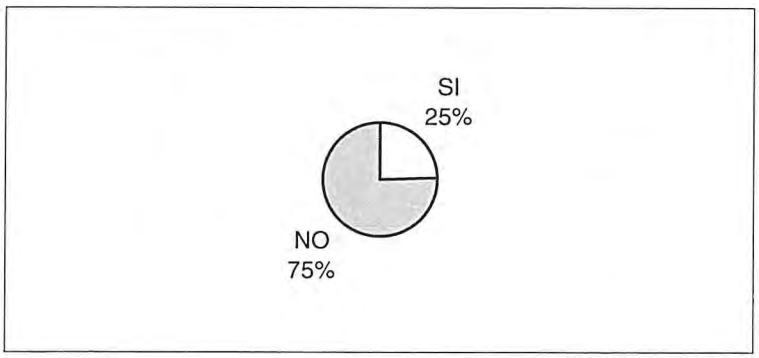


Grafico 1

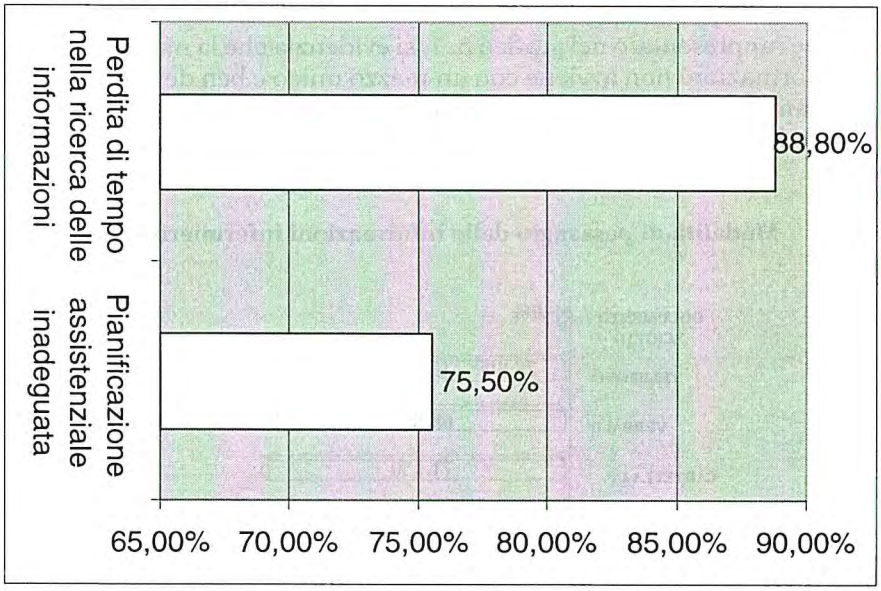
È stato rilevato che le informazioni attualmente ricevute durante il passaggio di divisione del paziente, sono di scarsa utilità e completezza; come rappresentato nel grafico n. 2.

Le informazioni infermieristiche ottenute sono complete e utili?



Si è evidenziato che a consegenza dell'incompletezza delle informazioni infermieristiche, si ha una perdita di tempo nella ricerca delle stesse (88,8%) e una pianificazione assistenziale inadeguata (75,5%) (grafico n. 3).

Conseguenze evidenziate da informazioni complete



È stato rilevato inoltre, che l'incompletezza delle informazioni, determina un'incidenza negativa rilevante sul paziente e in maniera minore ma non sottovalutata sulla nostra professionalità (grafico n. 4).

Incidenza negativa rilevata sulla nostra professionalità e sul paziente causata da informazioni incomplete

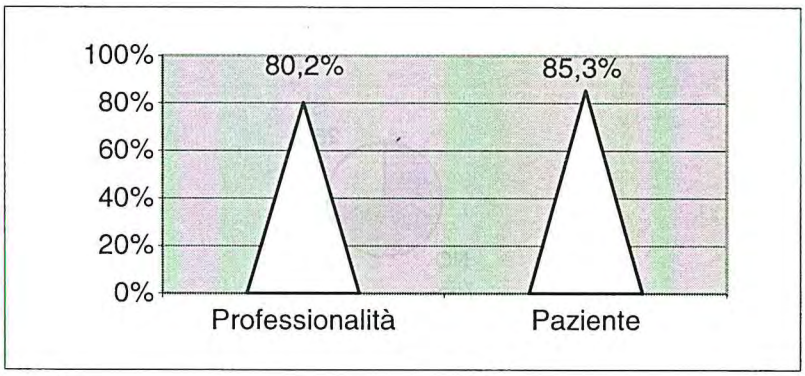
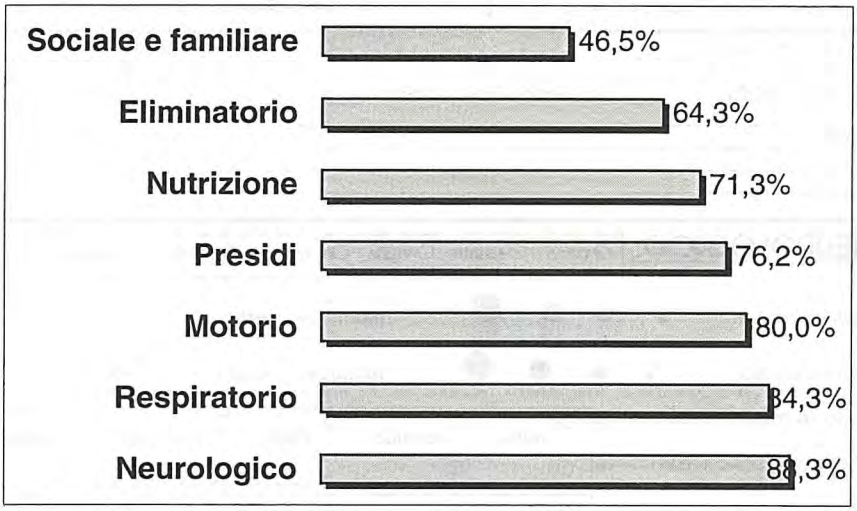


Grafico n. 4

Infine i dati raccolti dalle risposte alla domanda n. 3, hanno posto in evidenza il grado di interesse nella conoscenza di determinate informazioni ri-

guardanti il paziente, tali da poterci dare strumenti importanti per ottimizzare al meglio la nostra assistenza erogata (grafico n. 5).



Conclusioni

Il mezzo maggiormente utilizzato per il passaggio delle informazioni è quello della *consultazione della scheda IP* il quale comporta una *perdita di tempo nella ricerca dei dati* ritenuti necessari; il *mezzo verbale* utilizzato con una percentuale lievemente minore, risulta un *metodo immediato* ma non permette un riscontro delle *informazioni che possono essere talvolta tralasciate, trascurate o date per scontate,* incidendo negativamente sulla continuità assistenziale.

Ne deriva che l'ottimizzazione, per una continuità assistenziale, si debba concretizzare nella *formulazione di un metodo unico per uniformare il passaggio di informazioni* agevolando, nello stesso tempo, il lavoro quotidiano.

Riteniamo che il metodo migliore, affinché le informazioni non vengano disperse o tralasciate, e che possano essere riscontrabili da tutti gli operatori, anche a distanza di tempo, possa essere rappresentato nella *realizzazione di una documentazione scritta,* che fornisca le conoscenze idonee per agevolare l'assistenza erogata dal professionista nel modo migliore.

Nella realizzazione della *scheda di dimissione infermieristica* abbiamo incluso le informazioni ritenute necessarie suddividendo i prioritari bisogni del paziente, che sono stati evidenziati tramite la raccolta dati del nostro elaborato.

Nella stesura del documento abbiamo cercato una formulazione schematica affinché risulti *chiara, immediata, completa di facile compilazione e consultazione.*

AZIENDA OSPEDALIERA DI CESENA
TERAPIA INTENSIVA
Primario: Dott. Luigi Targa
Capo sala: Paola Sintoni

SCHEDA DI DIMISSIONE INFERMIERISTICA

TEL. 0547.352818 (Interno 2818)

NOME E COGNOME_____ N° CARTELLA_____
INDIRIZZO_____ CITTA'_____ DATA DI NASCITA_____
INGRESSO IN T.I._____ DIAGNOSI DI RICOVERO_____
_____
NOTE_____
_____
_____

NEUROLOGICO:

O coma O sedato O vigile O orientato O confuso O agitato

Pupilla destra • ● ● ● fotomotore destro O SI O NO

Pupilla sinistra • ● ● ● fotomotore sinistro O SI O NO

Risposta motoria destra →	O nulla	O estende	O flette	O localizza	O esegue
Risposta motoria sinistra →	O	O	O	O	O

Apertura occhi: O assente O spontanea O al comando O al dolore

RESPIRO:

O ventilazione meccanica tipo_____ FO2____%
O respiro spontaneo saO2____% O2 lt/min_____

Secrezioni: O scarse O abbondanti O fluide O dense O ematiche O purulenti

Riflesso della tosse: O assente O presente O efficace O scarsa

ELIMINAZIONE:

Diuresi: O cat. Vescicale O spontanea O incontinente

Evacuazione: O spontanea il _____ O stimolata il _____

INTRODUZIONE:

Alimentazione per O.S.: O liquida O semiliquida O solida

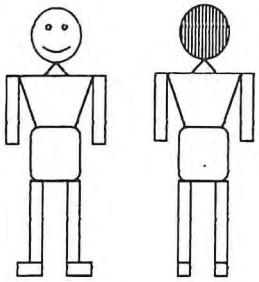
Parenterale:
O SNPT ora di inizio infusione_____ ml/h_____
O liquidi tipo_____ ml/h_____

Enterale: Ora di inizio_____ ml/h_____

MOBILIZZAZIONE:

O attiva O passiva O carrozzina O FKT

LESIONI CUTANEE



1 **ARROSAMENTO**
2 **FLITTENE**
3 **ESCARA**
4 **EXERESI CHIRURGICA**

(segnalare i numeri referenti sulle zone cutanee interessate)

medicazioni_____

_____ data_____

PRESIDI e DATA DI INTRODUZIONE

TUBO O.T._____
TUBO N.T._____
CAN.TRACHEO_____
C.V.C._____
C.V.P._____
S.N.G._____
CAT.VESCIC._____
DREN.TORACICO_____
DREN.ADDOMINALE_____

Note:

INFERMIERE REFERENTE:

A.O."V. Monaldi" – Napoli.
Divisione di Neonatologia e Terapia intensiva neonatale

L'ACCOGLIENZA AI GENITORI IN UN REPARTO DI TERAPIA INTENSIVA NEONATALE

Cucuzza V. psicologa , De Gennaro A. AFD,
Bianco G., Campesi M., Cicatiello P., Cipriani M., Cotena P., Galario T., Galletto A., Lapetina E., Petruzzella T., Romano C., Sarnataro M.-Vigilatrici d'Infanzia

Il trasferimento di un neonato in un reparto di terapia intensiva neonatale è inevitabilmente un evento drammatico. I genitori sono proiettati in una dimensione fin ad allora impensabile; tutte le fantasie sul loro bambino "sano e bello" improvvisamente si infrangono. Sono afflitti per aver "perso" il bambino perfetto che si aspettavano e si sentono responsabili e colpevoli della situazione creatasi. Il compito di ogni operatore professionale è quello di aiutare i genitori ad adattarsi alla situazione. Nella nostra realtà aziendale, attualmente, non è attivo un reparto di ostetricia perciò il nostro impegno è volto a colmare il doppio distacco fisico e logistico che comporta il trasferimento del neonato in altra struttura.
Nella circostanza del ricovero, il padre che di solito accompagna il piccolo, appare confuso e spaventato, preoccupato della salute del figlio e della mancata conoscenza del reparto destinato ad accoglierlo. E' costretto a dividere la sua presenza tra il bambino e la moglie. L'infermiera pediatrica, fornisce di volta in volta informazioni al papà su ciò che sta accadendo, cercando di non alimentare in lui fantasie catastrofiche ma di fornirgli un approccio con la realtà.

Appena possibile, al neonato è scattata una fotografia istantanea che, inserita in un cartoncino e accompagnata da alcune informazioni scritte dal primario, è consegnata al papà per la mamma. Ciò le permette di conoscere il suo bambino, di verificarne l'esistenza, di ricreare il "ponte" bruscamente interrotto dal trasferimento.

Il primo contatto del papà con il piccolo avviene in reparto, dopo aver ricevuto le prime informazioni mediche. Lo si invita a toccare il bimbo anche se per pochi attimi, informandolo sulla funzione degli elettrodi, sugli strumenti, orari di visita, creando un'alleanza terapeutica che gli permetta di prendere confidenza con il figlio e l'ambiente che lo circonda. Il papà ricorderà per anni le impressioni che ha ricevuto, il modo in cui è stato trattato, il calore umano o, viceversa, la freddezza professionale che ha ricevuto da medici e infermiere e, se avrà colto un clima di serenità e disponibilità, trasmetterà alla mamma una impressione di fiducia e di speranza.

La prima visita della mamma è uno dei momenti più difficili e densi di emozioni. Desiderato e temuto nello stesso tempo, è il momento in cui la madre deve confrontarsi non più con le informazioni ricevute fino ad allora dal marito o con i tratti confusi di una fotografia, ma con la realtà. Viene accompagnata all'incubatrice e le si lascia il tempo di guardare il suo bambino. Rimane in silenzio .... Anche noi rimaniamo in silenzio ... Il silenzio è una forma di comunicazione. Non appena la situazione lo consente, ne approfittiamo per commentare la vitalità, i movimenti corporei, le espressioni del viso del suo bambino, si invita la mamma a toccarlo ed accarezzarlo, spiegando l'importanza del contatto pelle-pelle, per il momento limitato alle carezze. Avviene così il primo vero contatto fisico tra madre e figlio.

Il coinvolgimento precoce della mamma nelle cure primarie (alimentazione, igiene, coccole, promozione del sonno ...) e successivamente il vero e proprio contenimento con la marsupioterapia e il massaggio, le permettono di sperimentare il proprio ruolo di madre. E' importante che ella non si senta inutile e passiva, ma protagonista della ripresa e della crescita del suo piccolo. D'altro canto, il neonato ha bisogno della presenza materna per far fronte alla solitudine dell'incubatrice, al dolore ad alle manovre della terapia intensiva. Una buona accoglienza, insomma, è fondamentale per avvicinare i genitori alla nuova situazione che sono costretti, loro malgrado, a vivere. Ha, soprattutto, un significato concreto se non è un elemento a se stante, ma é parte del processo diagnostico-terapeutico, effettuata da ogni operatore secondo il proprio ruolo, il proprio essere e le specifiche competenze.

TRAINING INFERMIERISTICO SULL'IMPIEGO DELLA LMA IN ETÀ PEDIATRICA

L. BARBIERI [1], R. GREGGIO [2], E. MICHIELETTO [1], R. RAMPAZZO [2], C. DAL CHECCO [2], M. PERUZZI [3], M. GREGGIO [3]

[1] Azienda Ospedaliera Padova
[2] Ospedale S. Antonio Padova
[3] SUEM 118 Padova

La rianimazione pediatrica si differenzia da quella dell'adulto perché alcune malattie, anche gravi, sono tipiche dell'età pediatrica. L'insufficienza respiratoria nel bambino ha un'incidenza elevata in quanto oltre alle patologie congenite (laringomalacia, atresia delle coane, tracheomalacia, cisti laringee, neoplasie intratoraciche ecc.) ci sono anche quelle acquisite per processi infettivi (epiglottidite, laringo-tracheo-bronchite ecc.) o traumi, corpi estranei, edema della glottide (1). La gestione delle vie aeree, fattore chiave nella rianimazione cardiopolmonare di base e avanzata così come nell'insufficienza respiratoria, richiede grande capacità per essere eseguita correttamente. Il controllo delle vie aeree, da parte dei primi soccorritori qualificati, è solitamente effettuato mediante il posizionamento di una cannula oro/naso-faringea e ventilazione con maschera facciale (FMV) e pallone ambu anche se sono spesso presenti una serie di limitazioni: mancata aderenza della maschera al volto, l'inflazione gastrica, la completa assenza di protezione delle vie aeree nei confronti dell'aspirazione di contenuto gastrico. Indubbiamente il tubo endotracheale cuffiato costituisce il miglior presidio per la gestione delle vie aeree durante RCP, ma tale tecnica è appannaggio di anestesisti esperti in quanto difficile da apprendere e applicare.

La Laryngeal Mask Airway (LMA) ideata da A.I.J. Brian, è un sistema innovativo che garantisce il controllo delle vie aeree evitando l'invasività del tubo endotracheale. La LMA, oggi distribuita in oltre 70 paesi, è stata utilizzata in tutto il mondo almeno 40 milioni di volte. Inventata nel 1981 durante uno studio pilota condotto al Royal London Hospital del quale i risultati sono stati pubblicati sul British Journal of Anaesthesia nel 1983 (2), è stata immessa sul mercato la prima volta nel Regno Unito nel 1988 e in USA nel 1991, dove ha ottenuto larga popolarità, prima per l'impiego negli adulti poi nei bambini. La LMA è costituita da due parti: una prossimale, simile ad un tubo endotracheale; ed una distale, la maschera propriamente detta, caratterizzata da una cuffia in silicone ellittica ed insufflabile che si conforma al contorno dell'ipofaringe con il suo lume che guarda l'imbocco laringeo. Quando è ben inserita, la punta della cuffia giace nel recesso inferiore dell'ipofaringe, superiormente all'imbocco esofageo, i suoi lati si adagiano nelle fosse piriformi; il margine superiore tocca la base della lingua. In tal modo l'apertura della maschera, attraverso la quale il paziente può respirare, guarda la rima della glottide. La struttura gonfiabile che viene cuffiata si adatta

alle strutture faringo-laringee, mantenendo una buona tenuta fino ad una pressione positiva all'interno delle vie aeree di circa 20 cm H_2O. E' disponibile in varie grandezze alcune delle quali vengono fornite con tubo armato; la cuffia viene gonfiata con aria attraverso una normale siringa con un volume prestabilito dalla casa costruttrice (tab. 1).

La LMA può essere inserita, da personale medico-infermieristico addestrato a tale manovra, al fine di assicurare il mantenimento delle vie aeree in tutti quei pazienti che vanno improvvisamente incontro a perdita di coscienza e richiedono una via aerea artificiale (3). È un device che il personale infermieristico all'estero usa ormai da anni come in Inghilterra (4), in Texas (5), in Giappone dal 1992 (6). In molti stati, quindi, questo presidio è adottato anche da figure non mediche mentre in Italia ciò non avviene ancora.

Un aspetto particolare della LMA riguarda il suo impiego in pediatria: c'è un crescente interesse nell'uso di questo device su pazienti pediatrici e neonati da parte dei primi soccorritori non esperti in intubazione endotracheale. Questo presidio è stato proposto per la gestione delle vie aeree dei neonati, provato da operatori spesso privi di esperienza nell'intubazione endotracheale neonatale (7) anche nei neonati molto piccoli, del peso inferiore a 1500 g. con LMA n. 1 (8). Alcuni autori hanno suggerito che la LMA può essere usata al posto della FMV in tutti i neonati che richiedono supporto ventilatorio temporaneo (9) (10). L'impiego della LMA in alternativa alla FMV è suggerito dai suoi vantaggi ma anche dai diversi inconvenienti che possono penalizzare il ricorso alla FMV: le dimensioni del neonato non facilitano, se non in mani esperte, un'adeguata assistenza ventilatoria con il rischio di insufflare aria nello stomaco; l'eccessiva estensione del collo durante la ventilazione è un'altra causa di pericolo per i danni che potrebbero derivare da un alterato allineamento dell'asse cranio-toracico (11). I problemi della FMV nel post-parto sono aggravati dalla presenza del volto spugnoso e scivoloso che non permette alla maschera di aderire bene e, occasionalmente, dalla coesistenza di anomalie congenite (12). Inoltre, rispetto alla maschera facciale, l'uso della LMA libera una mano del soccorritore che può quindi effettuare altre manovre.

Alcuni studi hanno dimostrato che un semplice corso teorico a personale inesperto non è sufficiente per l'apprendimento delle tecniche di posizionamento e ventilazione con LMA (13). Nel campo della medicina, in genere, l'esigenza di avere un riscontro pratico delle nozioni teoriche apprese è quanto mai alta. Per un corretto addestramento all'uso della LMA è necessario un training formativo breve ma caratterizzato da una componente teorica a cui si associano necessariamente prove pratiche sul manichino e verifica finale con la supervisione di personale esperto. Se il training viene eseguito secondo queste linee guida, si registrano ottimi risultati: 71%-100% di inserzioni con successo al primo tentativo e 100% al terzo (14) (15) (16).

In un lavoro del 1994 Grantham e coll. hanno addestrato 30 soccorritori che prestavano servizio in ambulanza e in un anno sono riusciti a raccogliere 233 casi nei quali è stata posizionata la LMA con un buon esito nel 90% dei casi (17).

Nella nostra Terapia Intensiva vengono effettuati corsi di formazione teori-

co-pratici utili non solo per rivedere le principali linee guida e le problematiche più frequenti nella gestione delle vie aeree, ma anche per conoscere e mettere in atto le nuove tecniche e i nuovi presidi che vengono proposti per essere impiegati nell'emergenza intra ed extraospedaliera. La pratica sul manichino ha permesso l'acquisizione delle tecniche corrette da parte di tutto il personale infermieristico, che, adeguatamente addestrato, è attualmente in grado di posizionare correttamente la LMA al primo tentativo in pochi secondi.

Incitati dai suggerimenti che la maschera laringea può essere utilizzata nella rianimazione dell'adulto, del bambino e del neonato, gli studi eseguiti fino ad oggi hanno dimostrato che, probabilmente, essa assumerà un ruolo di rilievo nella gestione delle vie aeree durante la RCP eseguita da personale infermieristico in futuro.

Misura	Volume d'aria	Indicazioni
1	2-4 ml (< 4ml)	Neonati fino a 5 kg
1½	4-7 ml (< 7 ml)	Bambini da 5 a 10 kg
2	5-10 ml (< 10 ml)	Bambini da 10 a 20 kg
2½	7-14 ml (< 14 ml)	Bambini da 20 a 30 kg
3	10-20 ml (< 20 ml)	Adolescenti da 30 a 50 kg

Tabella 1: *Misure e indicazioni della LMA in età pediatrica*

Bibliografia

1. Holbrook PR, *Textbook of pediatric critical care* Saunders & CO Philadelphia, 1993.
2. Brain AIJ, *The laryngeal mask-a new concept in airway management* Br J Anaesth 1983; 55: 801-5.
3. Barbieri S, Michieletto E, Gorlato P, Salvaterra F, Scalone A, Pietrantonio E, Grazzini M, Spagna, A *LMA E ILMA nel soccorso extraospedaliero: esperienza del 118 di Padova* Atti Congresso Jesolo 2000 Emergency Medicine: il Pronto Soccorso dal territorio all'ospedale, Jesolo 27-30 Settembre 2000
4. Bryden DC, Gwinnut C, *Tracheal intubation via the laryngeal mask airway: a viable alternative to direct laryngoscopy for nursing staff during cardiopulmonary resuscitation* Resuscitation 1998; 36: 19-22.
5. Pennant JH, Walker MB, *Comparison of the endotracheal tube and Laryngeal Mask in airway management by paramedical personnel* Anesth Analeg 1992; 74-81.
6. Brimacombe JR, *Does the laryngeal mask airway have a role outside the operating theatre?* Can J Anaesth 1995; 42: 258-9.
7. Paterson SJ, Bryne PJ, Molesky MG, et al *Neonatal Resuscitation Using the Laryngeal Mask Airway* Anesthesiology 1994; 80: 1248-53.
8. Brimacombe JR, *The use of the laryngeal mask airway in very small neonates* Anesthesiology 1994; 81: 1302.
9. Brimacombe JR, Berry AM, *The LMA – a consideration for the NRP guidelines?* Can J Anaesth 1995; 42: 88-9.
10. Lavies NG, *Use of the laryngeal mask airway in neonatal resuscitation* Anaesth 1993; 48: 352.
11. Orfei P, Bigetti E, Patrizio P, De Chiara A, Sabati A, Pinto G, *La maschera laringea in alternativa alla maschera facciale nel neonato* Minerva Anest 1999; 65(12): 837-41.
12. Harnett M, Kinirons B, Motherway C, Heffernan A, Casey W, *Airway complications in infants: comparison of laryngeal mask airway and the facemask-oral airway* Can J Anaesth 2000; 47(4): 315-8.
13. Tolley PM, Watts ADJ, Hickman JA, *Comparison of the use of the Laryngeal mask and face mask by inexperienced personnel* B J Anesth 1992; 69: 320-1.
14. Dickinson M, Curry P, *Training for the use of the laryngeal mask in emergency and resuscitation situations* Resuscitation 1994; 28: 111-3.
15. Multicentre Trial, *The use of the laryngeal mask airway by nurses during cardiopulmonary resuscitation* Anaesthesia 1994; 49(1): 3-7.
16. Cataldo R, Carassiti M, Onorati F, Agrò F, *Training formativo all'uso della maschera laringea nell'emergenza* Minerva Anest vol. 62 suppl. al n°9: 1228.
17. Grantham H, Phillips G, Gilligan JE, *The Laryngeal Mask in pre-hospital emergency care* Emerg Med 1994; 6: 193-7.

UTILIZZO DELLA FISIOTERAPIA RESPIRATORIA NEL PAZIENTE CON INSUFFICIENZA RESPIRATORIA IN UNA TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE

S. BARBIERI [1], F. SALVATERRA [1], E. MICHIELETTO [2], L. BARBIERI [2], R. GREGGIO [1], C. DAL CHECCO [1], E. FATTORETTO [1], G. MARCHIORI [1], P. BALSAMO [2], M. NICOLETTO [1]

[1] Ospedale S. Antonio di Padova
[2] Azienda Ospedaliera Ospedale Civile di Padova

Nella letteratura internazionale spesso è riportata l'efficacia della fisioterapia respiratoria (FTR) nell'outcome dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva (TI) (1) (2). I pazienti ricoverati per lungo tempo in TI possono sviluppare una miopatia critica (secondaria) e una neuropatia a causa dell'immobilità muscolare e della paralisi (3) (4). Secondo alcuni studi, tale problema può presentarsi in una percentuale compresa tra il 50% e l'80% dei pazienti, e in alcuni la disabilità permane anche ad un anno di distanza dalla dimissione (5) (6) (7). La stragrande maggioranza di queste alterazioni vengono diagnosticate come acquisite in TI.

La fisioterapia toracica è efficace nel trattamento della neuromiopatia respiratoria qualora venga iniziata prima che il danno raggiunga un livello avanzato, ossia prima che il Volume Corrente (VC) si riduca in modo importante (8) (9). Se i segni clinici dell'insufficienza respiratoria neuromuscolare vengono riconosciuti (breathlessness on talking or swallowing, rapid shallow breathing), è importante mantenerli sotto una stretta sorveglianza clinica. Alcuni studi raccomandano di monitorare il VC (o PImax e PEmax) e di iniziare una fisioterapia toracica intensiva qualora il VC scenda a valori compresi tra 20 e 30 ml/Kg (10). Opportuni interventi di fisioterapia possono migliorare la funzionalità respiratoria (scambio dei gas) e la prognosi della malattia, e sicuramente la ginnastica respiratoria riduce o evita il ricorso alla ventilazione artificiale (11). La FTR viene usata nei reparti di rianimazione per minimizzare la ritenzione di secrezioni respiratorie, potenziare l'ossigenazione e riespandere segmenti polmonari atelettasici.

Secondo studi recenti la percentuale di atelettasie post operatorie varia entro margini molto ampi (dal 3 all'88%) già a partire dal primo giorno d'intervento fino alla 5° o 6° giornata post operatoria. I valori variano a seconda delle casistiche ma in realtà molti fattori influiscono sulla comparsa delle atelettasie (come l'età del paziente, la durata dell'intervento chirurgico, il tipo di intervento, di anestesia e in particolare la terapia antalgica intra e post operatoria) (12) (13) (14).

La American Association for Respiratory Care (AARC) ha stabilito linee guida atte a definire in modo preciso il ruolo dei terapisti respiratori all'interno dei reparti di TI (15). Questi operatori, addestrati alla pratica in TI, possono eseguire

un trattamento sicuro ed efficace sulla maggioranza dei pazienti critici (16).

Nella nostra TI polivalente nei pazienti con insufficienza respiratoria non viene effettuata la ventilazione non invasiva ma esclusivamente quella invasiva (Fig. 1-4) e la FTR è utilizzata nei casi insufficienza respiratoria acuta, post-acuta, cronica riacutizzata (17) (18). Nell'ultimo anno (agosto '99-agosto '00) sono stati ricoverati 450 pazienti di cui:

- 31.63% pazienti con insufficienza respiratoria, BPCO, EPA;
- 22.44% pazienti chirurgici (monitoraggio o complicanze postoperatorie);
- 294 pazienti (65,3%) sono stati intubati (o già intubati all'ingresso) e ventilati meccanicamente;
- 51 pazienti (11,33%) sono stati tracheostomizzati;
- 69 pazienti (15,33%) sono deceduti durante la degenza, 381 (84,6%) sono stati dimessi.

Durante la seduta di FTR, fisioterapista ed infermiere cooperano per effettuare vari esercizi finalizzati a:

1. facilitare la tosse assistita, o stimolarla per ridurre i rischi legati all'accumulo di secrezioni tracheobronchiali (19);
2. effettuare il drenaggio posturale per ottimizzare la ventilazione e migliorare il rapporto PaO_2/FiO_2 (20);
3. eseguire vibrazioni e percussioni toraciche utili specialmente nei pazienti intubati e ventilati;
4. «riallenare» i muscoli respiratori nel paziente in respiro spontaneo con il tubo a T o nel paziente ventilato in «Pressure Support»;
5. effettuare una riabilitazione precoce della fase post-critica con esercizi respiratori, o con la riabilitazione degli arti inferiori e superiori;
6. preparare il paziente all'estubazione in corso di svezzamento (21).

I risultati sono comunque molto validi giacché i pazienti ventilati con insufficienza respiratoria acuta hanno presentato un notevole miglioramento del quadro radiologico ed emogasanalitico e una riduzione delle atelettasie senza la necessità di eseguire broncoscopie.

I risultati ottenuti presso il nostro reparto sono dovuti per buona parte allo studio e alla standardizzazione delle tecniche fisioterapiche a seconda del tipo di popolazione ricoverata in TI, da parte del Servizio di Fisiochinesiterapia dell'ospedale S. Antonio. Indubbiamente affinché la FTR possa garantire l massima efficacia è necessaria in questa attività una collaborazione stretta del fisioterapista con i medici, gli infermieri, i dietisti; la cooperazione finalizzata al paziente e la fiducia reciproca rappresentano un obiettivo determinante per il raggiungimento di risultati validi e duraturi.

Le capacità professionali del fisioterapista (e dell'infermiere che è accanto al paziente) consiste:

1. nel saper analizzare i segni clinici precoci di affaticamento, o dispnea;
2. nell'avere la padronanza delle diverse tecniche in relazione alla gravità del quadro clinico;

3. nel saper analizzare l'evoluzione e i progressi o i peggioramenti clinici;
4. nel raggiungere sempre maggior competenza tramite l'aggiornamento, la formazione continua e le verifiche scientifiche.

Il presupposto per l'ottimizzazione delle risorse consiste nell'attento monitoraggio delle condizioni cliniche e psicologiche dei pazienti durante la degenza in TI (22) (23) (24). Le variabili psicologiche influenzano in modo significativo il processo riabilitativo e i suoi risultati, interferendo spesso nell'espressione di una disabilità, o determinando il rado in cui questa esercita il suo impatto sull'andamento funzionale.

In Italia il fisioterapista respiratorio spesso rimane l'esecutore di singole tecniche fisioterapiche, mentre sarebbe auspicabile che il terapista diventi soggetto attivo nell'assistenza al paziente respiratorio.

Il trattamento fisioterapico può risultare più costoso in termini economici rispetto alla gestione del paziente tramite intubazione e ventilazione meccanica, ma sicuramente ha un maggior apporto di benefici per il paziente stesso.

Bibliografia

1. Delphanque D, Antonello M, Corriger E *Kinesiterapie et reanimation respiratoire* Paris; Masson 1994.
2. Lissoni A *Riabilitazione respiratoria* Ghedini ed: Milano 1992; 174-5.
3. Zochodne DW, Bolton CF, Wells GA, Gilbert JJ, Hahn AF, Brown JD, Sibbald WA *Critical illness polyneiropathy. A complication of sepsis and multiple organ failure* Brain 1987; 110: 819-42.
4. Latronico N, Fenzi F, Recupero D, Guarneri B, Tomelleri G et al *Critical illness myopathy and neuropathy* Lancet 1996; 347: 1579-82.
5. Witt NJ, Zochodne DW, Bolton CF, Grand' Maison F, Wells G et al *Peripheral nerve function in sepsis and multiple organ failure* Chest 1991; 99: 176-84.
6. LeiJten FSS, Harinck-De Weerd JE, Poortvliet DCJ, De Weerd AW *The role of polyneorupthy in motor convalescence after prolonged mechanical ventilation* Jama 1995; 274: 1221-5.
7. Berek K, Margreiter J, Willeit J, Berek A, Smutzhard E, Mutz NJ *Polyneuropathies in critically ill patients: a prospective evaluation* Intens Care Med 1996; 22: 849-54.
8. Ropper AH *Critical care of Guillain-Barré syndrome* In Ropper AH *Neurological and neurosurgical intensive care* Ed. Raven Press, New York 1993; 363-82.
9. A.T.S. Satement *Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease* Am J Respir Crit Care Med 1995; 152: S77-S121.
10. Latronico N, Guarneri B, Aloni S, Bussi G, Candiani A *Acute neuromuscolar respiratory failure after ICU discharge* Intens Care Med 1999; 25: 1302-6.
11. Wong WP *Physical therapy for a patient in acute respiratory failure* Phys Ther 2000; 80(7): 662-70.
12. Stiller KT, Geake T, Tailor J Grant R, Hall B *Acute lobar atelectasis: a comparison of two chest physiotherapy regimens* Chest 1990; 98: 1336-40.
13. Christensen EF, Shultz P, Jensen OV et al *Postoperative pulmonary complications and lung function in hihgrisk patients: a comparison of three physiotherapy regimens after upper abdominal surgery anesthesia* Acta Anaesthesiol Scand 1991; 35: 97-104.
14. Hall JC, Tarala RA, Tapper J, Hall JL *Prevention of respiratory complications after abdominal surgery: a randomised clinical trial* Br Med J 1996; 312: 148-52.
15. Yu NC, Stoller JK *Contributions of respiratory care practitioners to intensive care: a review* Ann Acad Med Singapore 1998; 27: 422-5.
16. Ciesla ND *Chest physical therapy for patients in the intensive care unit* Phys Ther 1996; 76: 609-25.
17. Bishop Kl *Pulmonary rehabilitation in the Intensive Care Unit* In Fishman AP (ed) *Pulmonary rehabilitation* Mdekker, New York 1996; 725-38.
18. Corrado A, Ambrosino N, Rossi A, Donner CF *Unità di Terapia Intensiva Respiratoria: Rassegna Patologia dell'apparato respiratorio* 1994; 9: 115-23.
19. Rossman CM, Waldes R, Sampson M, Newhouse MT *Effectof chest physiotherapy on the removal of mucus in patients with cystic fibrosis* Am Rev Respir Dis 1982; 126: 131-5.
20. Luce JM *Reducing the use of mechanical ventilation* New Engl J Med 1996; 335: 1916-7.
21. Ely EW, Baker AM, Dunagan DP, Burke HL et al *Effect on the duration of mechanical ventilation of identifying patients capable of breathing spontaneously* New Engl J Med 1996; 335: 1864-9.
22. Ciesla ND *Chest physical therapy for patients in the intensive care unit Phys* Ther 1996; 76: 609-25.
23. Nava S *Pulmonary rehabilitation in a respiratory intensive care unit (RICU)* Am J Resp Crit Care Med 1997; 155: A101.
24. Zampogna E *Terapista respiratorio? Sì grazie!* Pneumorama 1997; 3: 64-6.

A.O. Monaldi - Napoli
Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione

Facoltà di Medicina e Chirurgia
Istituto Medico Chirurgico di Cardiologia
Cattedra di Cardiochirurgia Pediatrica (Prof. Carlo VOSA)

ACCOGLIENZA IN UN REPARTO DI CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA

II.PP.: Fasano A., Carluccio E., Ricciardi A., Napolitano L., Tuccillo I.

Il reparto di cardiochirurgia pediatrica dell'A. O. Monaldi di Napoli, nasce nel 1997, dall'esigenza di creare un dipartimento che comprenda: reparto degenze, sala operatoria e terapia intensiva volto all'assistenza dei piccoli pazienti affetti da cardiopatie congenite trattabili chirurgicamente. Oggi finalmente è possibile avvalersi di una struttura che rappresenta, da un punto di vista architettonico e funzionale, un ambiente attento alla globalità dei bisogni del bambino. Difatti il piccolo, già dal suo primo ingresso in reparto, non avverte sensazioni di paura poiché dall'ampia reception si accede in sala giochi, denominata anche scuola dall'attività didattica-creativa delle insegnanti del provveditorato agli studi. In questa sala, il bambino ha l'opportunità di avere i primi contatti con altri bimbi, rendendosi conto che non c'è nulla da temere ed i genitori possono lasciarsi confortare direttamente dalle mamme che hanno quasi superato quel lungo e difficile percorso, che porterà alla guarigione i loro bambini. Ed è qui, che tra sussidi didattici e giocattoli, i nostri piccoli degenti vengono incoraggiati a disegnare, giacchè è ormai noto come proprio attraverso il disegno, riescano ad esprimere ansia e paura. Dalla reception si accede al reparto di degenza, costituito dalla classica medicheria, nella quale i genitori hanno la possibilità di incontrare lo staff che avrà cura dei loro bambini, possono fare domande, esprimere le proprie preoccupazioni e ricevere istruzioni su come comportarsi durante la degenza. Accanto alla medicheria troviamo la cucina "delle mamme", nella quale è possibile riscaldare o preparare pasti. Ed infine le colorate camerette, che possono ospitare due bambini con le rispettive mamme per tutta la durata della degenza in reparto; tutto ciò poiché è ormai chiaro che la permanenza in ospedale, senza un adeguato contatto con la figura materna, espone il piccolo al pericolo traumatico e deprivativo. Dal reparto degenze, attraverso una zona filtro, si accede alla sala di terapia intensiva pre e post operatoria che affianca la sala operatoria. Qui il personale, le attrezzature (letti snodabili, unità neonatali, monitor) e l'ambiente colorato e luminoso, sono particolarmente specializzati in funzione del tipo di assistenza necessaria. In questo contesto, ove la presenza della madre è molto meno assidua, per ovvie ragioni di emergenze ed assistenza, si stabilisce un rapporto ancora più profondo tra l'infermiera, il bambino ed i genitori allo scopo di soddisfare i bisogni del piccolo, instaurando una relazione d'aiuto in un clima di umanizzazione che punta a contenere l'ansia della famiglia ed a limitare la regressione del paziente. La Divisione è strutturata in modo tale da creare intorno al bambino un ambiente "terapeutico" puntando alla risoluzione dei problemi emotivi e non solo di quelli clinici, realizzando un'assistenza infermieristica attraverso interventi specifici, autonomi e complementari, di natura tecnica relazionale ed educativa. Il punto di partenza per quest'attività è la centralità della persona e la globalità dell'assistenza, tenendo conto di tutti i problemi reali e potenziali del bambino operato. In sintesi, in questo dipartimento pediatrico, puntiamo alla realizzazione di almeno tre condizioni base paerchè questo avvenga: la presenza della madre o di una figura parentale sostitutiva che rimanga con il piccolo ricoverato; la possibilità di giocare, soprattutto per sollecitare l'emergere e lo scaricarsi di tensioni affinchè avvenga nel bambino il processo di identificazione e quello di accettazione degli interventi terapeutici; ed infine la formazione continua del personale sanitario non solo per quel che riguarda l'aspetto tecnico, ma anche in rapporto alla conoscenza dei bisogni psicologici dei piccoli degenti e dei loro familiari.

Medical Slides - Tel. 081-5469951 - Napoli

INDICE

M. Marseglia, S. Scalorbi
Presentazione ..... Pag. 5

E. Drigo
I perché del XIX Congresso Aniarti ..... » 9

E. Drigo
Il Dipartimento nel Servizio Sanitario: contesto nazionale e sviluppo regionale ..... » 11

M. Benetton, A. Silvestro
La ri-definizione dei processi assistenziali: previsione di risultato, rapidità e continuità nelle cure ..... » 21

A. Silvestro
Intervento ..... » 29

C. Bertocchi
Le funzioni direttive e gestionali del referente infermieristico di dipartimento e di unità operativa dipartimentale ..... » 37

C. Morini, S. Baldo
Esperienza del Dipartimento provinciale dell'emergenza della provincia di Verona ..... » 43

DIBATTITO ..... » 57

E. Drigo
Introduzione ..... » 71

M. Castagna
Efficacia, efficienza ed ottimizzazione nella messa in comune delle risorse materiali e tecnologiche nell'ambito del Dipartimento ..... » 73

F. Traverso, A. Biglieri
Efficacia efficienza ed ottimizzazione nella messa in comune delle risorse materiali e tecnologiche nell'ambito del Dipartimento ..... » 79

A. De Benetti
Omogeneità dei presidi nell'ambito delle UU.OO. dipartimentali ..... » 83

C. Ghedini
Omogeneità delle apparecchiature ad alta componente tecnologica e dei presidi sanitari nell'ambito delle UU.OO. dipartimentali: punti di forza e debolezza ..... » 91

A. Castelli
Omogeneità delle apparecchiature ad alta componente tecnologica e dei presidi sanitari nell'ambito delle UU.OO. dipartimentali: punti di forza e debolezza ..... » 95

S. Donatacci
Omogeneità delle apparecchiature ad alta componente tecnologica e dei presidi sanitari nell'ambito delle UU.OO. dipartimentali: punti di forza e debolezza ..... » 107

DIBATTITO ..... » 113

D. Da Col
Il dolore nella quotidianità assistenziale ..... » 123

S. Sebastiani, P. Di Giulio
L'analgesia per le pratiche dolorose nelle terapie intensive ..... » 139

G. De Paoli, P. Di Giulio
La valutazione della stomatite e dei problemi del cavo orale e della loro gestione nelle terapie intensive ..... » 147

DIBATTITO ..... » 155

A. Magotti
Stato dell'arte degli studi sui bisogni dei familiari di un paziente ricoverato in un reparto di terapia intensiva ..... » 163

F. Montecchi, P. Di Giulio
Organizzazione delle visite e dell'attesa nelle terapie intensive italiane .... » 169

F. Moggia, P. Di Giulio
I bisogni dei familiari dei pazienti ricoverati in un reparto di terapia intensiva ..... » 175

DIBATTITO ..... » 183

M. Fiamminghi, A. Mingazzini
La gestione «flessibile» delle risorse umane nel sistema dipartimentale .. » 191

G. Pitacco, A. Palese
Le opportunità di valorizzazione professionale nel nuovo sistema classificatorio previsto dal CCNL 99/00 ..... » 207

A. Dalponte
Percorsi formativi per il mantenimento e l'acquisizione di competenze assistenziali, metodologiche e decisorie ..... » 215

DIBATTITO ..... » 223

SESSIONE SPECIALE

E. Drigo ..... » 239

C. Cislaghi ..... » 243

F. Focarile ..... » 247

DIBATTITO ..... » 251

SEZIONE POSTER ..... » 261

L. Barbieri, R. Greggio, E. Michieletto, R. Rampazzo, S. Segalina, G. Zin, L. Ruzza
Utilizzo della PCA nel paziente post-operato ricoverato in terapia intensiva » 263

R. Greggio, L. Barbieri, C. Dal Checco, E. Fattoretto, L. Ruzza, S. Segalina, S. Peruzzi, E. Michieletto, P. Balsamo
Burn-out dell'infermiere professionale in Terapia Intensiva ..... » 267

A. Sacchi, A. Casazza, P. Geraci, M. Langer
Verso l'umanizzazione della Terapia Intensiva: una guida al reparto di rianimazione ..... » 271

S. Peruzzi, L. Barbieri, R. Greggio, E. Michieletto, C. Dal Checco, E. Fattoretto
Ruolo dell'infermiere nel supporto psicologico al paziente ustionato e proposta di uno strumento operativo di assistenza psicologica ..... » 273

S. Freddi
L'infermiere multietnico ..... » 277

R. Greggio, L. Barbieri, E. Michieletto, S. Peruzzi, N. Lando, P. Gorlato, M. Di Giulio, O. Paiusco
Utilizzo nell'emergenza in Terapia Intensiva di due nuovi presidi: LMA e LMA-Fastrach ..... » 279

L. Rossi, N. De Domenico, F. Minelli, P. Paganelli, S. Le Noci
Impianto di L.V.A.S. Left Ventricular Assist System ..... » 283

F. Pigaiani, L. Schiavon, P. Secchiero, M. Tardivello, M. Giacobbe, S. Tartari
Organizzazione di un servizio di terapia del dolore acuto postoperatorio » 287

R. Giannoni, G. Giannotti, B. Paggetti, R. Ravazzotto, C. Sabini
La breve osservazione ..... » 293

D. Beccari, C. Fusaroli
Problematiche nella continuità assistenziale infermieristica in caso di trasferimento del paziente dalla Terapia Intensiva al servizio di neurochirurgia di Cesena ..... » 297

V. Cucuzza, A. De Gennaro, G. Bianco, M. Campesi, P. Cicatiello, M. Cipriani, P. Cotena, T. Galario, A. Galletto, E. Lapetina, T. Petruzzella, C. Romano, M. Sarnataro
L'accoglienza ai genitori in un reparto di Terapia Intensiva Neonatale.... » 305

L. Barbieri, R. Greggio, E. Michieletto, R. Rampazzo, C. Dal Checco, M. Peruzzi, M. Greggio
Training infermieristico sull'impiego della LMA in età pediatrica..... » 307

S. Barbieri, F. Salvaterra, E. Michieletto, L. Barbieri, R. Greggio, C. Dal Checco, E. Fattoretto, G. Marchiori, P. Balsamo, M. Nicoletto
Utilizzo della fisioterapia respiratoria nel paziente con insufficienza respiratoria in una terapia intensiva polivalente ..... » 311

A. Fasano, E. Carluccio, A. Ricciardi, L. Napolitano, I. Tuccillo
Accoglienza in un reparto di cardiochirurgia pediatrica ..... » 315

Finito di stampare nel mese di ottobre 2001
presso la Tipografia Tappini - Città di Castello (PG)
Tel. (075) 855.81.94 - Fax (075) 852.73.15 E-mail tappini@technet.it