



SCENARIO

ASSOCIAZIONE NAZIONALE INFERMIERI DI AREA CRITICA

XXII CONGRESSO NAZIONALE

CORSO DI FORMAZIONE

CRITICITÀ ED INTENSIVITÀ ASSISTENZIALE

- Quali obiettivi
- Quali competenze
- Quanti infermieri

Analisi e definizioni secondo il modello della complessità assistenziale

A cura di:

MARCO MARSEGLIA

SANDRA SCALORBI

BOLOGNA, 12-13-14 NOVEMBRE 2003

PRESENTAZIONE

I contributi raccolti nel presente volume consentono di descrivere l'assistenza infermieristica in area critica nel nostro paese, non solo rispetto a quello che essa oggi è, ma anche per ciò che si impegna a divenire.

L'analisi delle relazioni rende infatti possibile una rilettura della nostra attività professionale nel mutare del contesto sanitario, che si caratterizza per proposte organizzative di tipo innovativo.

Prosegue lo sviluppo delle norme contrattuali che ci riguardano, prosegue, allo stesso tempo, la realizzazione di percorsi formativi congruenti con l'evoluzione della professione e della disciplina infermieristica.

È necessario che ogni infermiere divenga protagonista del cambiamento, che sappia proporre soluzioni per non subirlo.

L'applicazione di un modello per la lettura della complessità assistenziale può consentire di mettere in luce la reale domanda di assistenza espressa dai cittadini, evidenziare l'unicità del contributo fornito dall'infermiere in risposta a questa domanda nel panorama delle professioni sanitarie, chiarire con quali modalità e rispetto a quali obiettivi operare in integrazione con gli altri professionisti e con il personale di supporto.

Per dare concretezza al modello si passa attraverso la presentazione di un caso, analizzato secondo questa modalità.

Attraverso la lettura, la discussione, la sperimentazione e la critica del modello ciascuno di noi metterà il proprio «mattoncino» rispetto a quel processo di sviluppo di cui si è parlato.

I curatori

Marco Marseglia

Sandra Scalorbi

SEGRETERIA SCIENTIFICA

MARIA BENETTON
ELIO DRIGO
ANNALISA SILVESTRO

SEGRETRIA ORGANIZZATIVA

GIANFRANCO CECINATI
ELENA CIRIELLO
PAOLA D'AMORE
PAOLA MARCHINO
MARCO MARSEGLIA
GRAZIELLA SOLOMITA

www.aniarti.it

aniarti@aniarti.it

www.efccna.org

Critical Care Nursing Association

RELATORI E MODERATORI

- MARIA BENETTON, Treviso, *Infermiera AFD, Tutor e docente c/o Corso di Laurea in Infermieristica Generale dell'Università di Padova, sede di Treviso, Componente del Comitato Direttivo Aniarti.*
- MARA BRANDOLI, Bologna, *Infermiera, Coordinatore Didattico del Corso di Laurea in Infermieristica, Scuola per Infermieri «Principessa di Piemonte» della Croce Rossa Italiana di Bologna.*
- PIETRO CAPODIFERRO, Bologna, *Infermiere DDSI, Coordinatore Didattico del Corso di Laurea in Infermieristica, Scuola per Infermieri «Principessa di Piemonte» della Croce Rossa Italiana di Bologna, Componente del Comitato Direttivo Aniarti.*
- OSVALDO CHIARA, Milano, *Medico, Responsabile dell'unità di Terapia Intensiva Chirurgica e Chirurgia d'Urgenza – Trauma Center – del Policlinico dell'Università di Milano, S.Su.Em.118, DEA -EAS Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano.*
- DANIELE COEN, Milano, *Medico, Direttore della Struttura Complessa di Pronto Soccorso Accettazione e Medicina d'Urgenza, Azienda Ospedaliera Niguarda Ca' Granda di Milano, Ricercatore all'Istituto «Mario Negri» di Milano.*
- ROSSANA DETTORI, Roma, *Infermiera, Responsabile Nazionale per la Sanità della CGIL (Roma).*
- ANGELINA DI NUCCIO, Caserta, *Infermiera AFD, Coordinatore Infermieristico, Blocco Operatorio Ospedale. «S. Rocco» di Sessa Aurunca (Caserta), Componente del Consiglio Nazionale Aniarti.*
- ELIO DRIGO, Udine, *Infermiere AFD, Coordinatore Infermieristico Unità Spinale Azienda 4 «Medio Friuli» di Udine, Presidente Aniarti.*
- NERINA DIRINDIN, Torino, *Economista, Professore associato presso la Facoltà di Economia dell'Università degli Studi di Torino, Docente di Economia Pubblica e di Economia Sanitaria presso l'Università di Torino, Facoltà di Economia - Dipartimento di Scienze Economiche e Finanziarie «G. Prato».*
- CINZIA GANDOLFO, Roma, *Infermiera Pediatrica, Oncologia Pediatrica, Terapia Intensiva, Policlinico «A. Gemelli» - Roma.*
- MARIAVITTORIA GOBBO, Roma, *Responsabile del Dipartimento della contrattazione della UIL FPL Nazionale, già UIL Sanità e UIL Enti Locali (Roma).*
- MARCO MARSEGLIA, Bologna, *Infermiere AFD, Coordinatore Infermieristico, Rianimazione Cardiochirurgica Policlinico «S. Orsola - Malpighi» di Bologna, Componente del Comitato Direttivo Aniarti.*

- DANILO MASSAI, Empoli, Infermiere DAI, Componente del Comitato Centrale della Federazione Nazionale IPASVI - Roma, Infermiere, Dirigente Sanitario dell'azienda USL 11 Empoli - Regione Toscana, Direttore Dipartimento Formazione - Azienda USL 11 Empoli - Regione Toscana.
- RITA MEGLIORIN, Roma, Infermiera DAI, Coordinatore Infermieristico, Terapia Intensiva Pediatrica - Dipartimento di Scienze Pediatriche e Neuroscienze dell'età evolutiva - Università Cattolica del Sacro Cuore - Policlinico «A. Gemelli» - Roma, Componente del Consiglio Nazionale Aniarti.
- FEDERICA PIERGENTILI, Ferrara, Infermiera, Infermiera Rianimazione Cardiochirurgica Policlinico «S. Orsola - Malpighi» di Bologna.
- ANNUNZIATA PINZARI, Roma, Infermiera AFD, Coordinatore Infermieristico Dipartimento Medico Chirurgico di Cardiologia Pediatrica, Ospedale «Bambino Gesù» di Roma, Componente del Comitato Direttivo Aniarti.
- GIULIANA PITACCO, Trieste, Infermiera Pediatrica IID, Staff del Commissario Straordinario dell'IRCCS «Burlo Garofolo» di Trieste.
- ANNA PORTANOVA, Roma, Infermiera AFD, Infermiera epidemiologa, Direzione Sanitaria, Ospedale «Bambino Gesù» di Roma.
- LORENA ROSSI, Bologna, Infermiera AFD-DDSI, Coordinatore Infermieristico, Medicina d'Urgenza, Policlinico «S. Orsola-Malpighi» di Bologna.
- MARIA CRISTINA ROSSI, Torino, Infermiera Pediatrica, Coordinatore Responsabile, Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale Infantile «Regina Margherita» di Torino.
- GIULIA SACCO, Torino, Infermiera Pediatrica, Infermiera Pediatrica Rianimazione - Azienda Ospedaliera OIRM - «S. Anna» di Torino.
- SANDRA SCALORBI, Bologna, Infermiera DDSI-ASV, Coordinatore Didattico del Corso di Laurea in Infermieristica, Scuola per Infermieri «Principessa di Piemonte» della Croce Rossa Italiana di Bologna.
- STEFANO SEBASTIANI, Bologna, Infermiere DAI, Infermiere Rianimazione Cardiochirurgica Policlinico «S.Orsola - Malpighi» di Bologna, Docente a contratto presso l'Università degli Studi di Ferrara, Responsabile di insegnamento e tutor del master in Assistenza in Area Critica presso l'Università degli Studi di Bologna.
- ANNALISA SILVESTRO, Udine, Infermiera IID, Dirigente del Servizio Infermieristico e Centro Formazione Aziendale Azienda 4 «Medio Friuli» di Udine, Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, Vice Presidente Aniarti.
- SILVIA VIARENGO, Torino, Infermiera Pediatrica, Infermiera Pediatrica Anestesia e Rianimazione Neonatale Pediatrica - O.I.R.M.- «S. Anna» di Torino.

IL PERCHÉ DEL CONGRESSO

Motivazione e contenuti del Congresso

Il *sistema sanitario* del paese sta vivendo un importante processo di *evoluzione e cambiamento* che deve essere orientato ed accompagnato dal gruppo professionale infermieristico in tutte le sue componenti.

Il contributo specifico che l'Aniarti può dare si sviluppa sull'analisi di alcuni elementi fondanti e *distintivi* dell'assistenza in Area critica – *criticità, instabilità, intensività* – declinati attraverso il concetto di *complessità* assistenziale.

Criticità, instabilità, intensività declinati attraverso il concetto di *complessità assistenziale* e posti in relazione:

- a) al processo di assistenza - chi fa che cosa e perché;
- b) all'organizzazione del lavoro - come vengono distribuite le risorse economiche, tecniche e professionali;
- c) al numero di operatori necessari per un'assistenza accettabile - quanti infermieri ed eventualmente, quanti «altri» operatori a coadiuvo degli infermieri stessi.

Alcune riflessioni

- la devoluzione in atto produce delle tensioni tra centro e periferia sulle scelte di riorganizzazione sanitaria;
- l'ospedale diventa sempre di più luogo per l'acuzie ed in cui è richiesta rapidità, perizia, ed alta integrazione per garantire una degenza breve e sicura;
- la criticità vitale e l'instabilità clinica non sono sempre sovrapponibili da un punto di vista operativo ma entrambe sottintendono intensività assistenziale;
- l'infermieristica in area critica è perizia, rapidità, alta competenza tecnica, ma anche e soprattutto capacità di analisi assistenziale, di pianificazione e decisione e di presa in carico olistica della persona;
- è preferibile ipotizzare l'inserimento di «altri» operatori e diversificare le competenze dell'équipe, piuttosto che consolidare un'assistenza infermieristica che non riesce ad effettuare analisi assistenziale, pianificazione e verifica e presa in carico olistica della persona.

Definizioni - affermazioni - il modello

Criticità è la situazione di pericolo di vita che richiede l'impegno rapido e sicuro di tutti gli operatori; il medico ha un ruolo rilevante.

Instabilità: è la situazione in cui possono ancora verificarsi eventi di pericolo di vita, non sempre precocemente prevedibili; l'infermiere con competenze avanzate ha un ruolo rilevante.

Intensività: l'intensività definisce un processo curativo medico-infermieristico caratterizzato da costante, continuativo e sistematico impegno assistenziale; l'infermiere ha un ruolo rilevante.

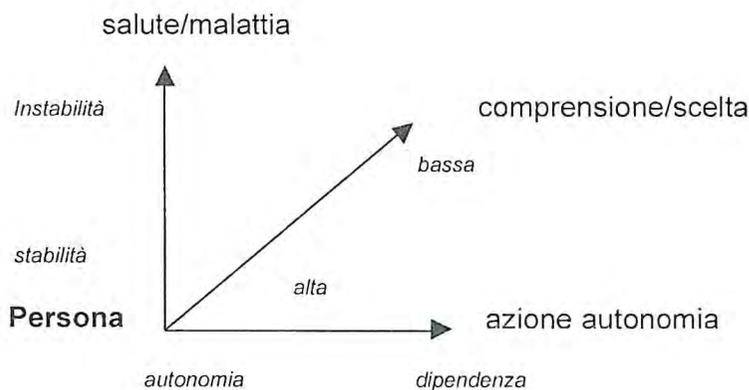
Attività pertinenti: sono attività che richiedono abilità tecniche coniugate al costante utilizzo di modelli cognitivi disciplinari, nel nostro caso infermieristici; la pertinenza di un'attività non è definita una volta per tutte ma in base al livello di complessità della situazione clinico-assistenziale della persona.

Livello di complessità: indica la tipologia della complessità assistenziale (alta, media o bassa) della persona. È rilevante per l'infermiere per decidere che cosa effettuare direttamente o che cosa demandare ad altri operatori.

Il modello per definire la complessità assistenziale (*).

La situazione della persona viene analizzata attraverso 3 linee:

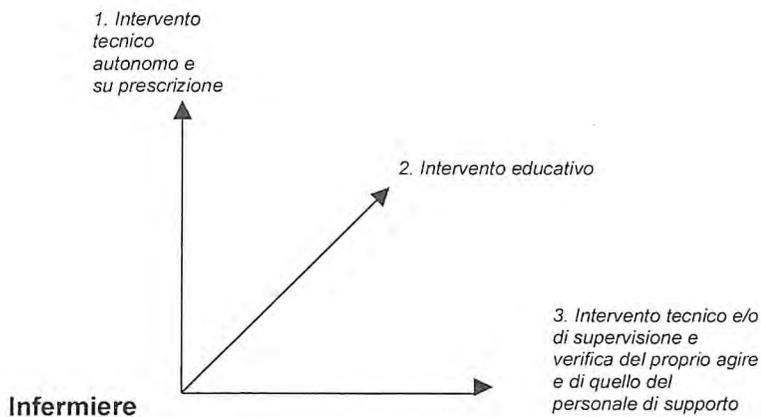
- salute/malattia (valuta l'instabilità clinica che può essere bassa o alta);
- comprensione/scelta (valuta la capacità di comprendere e di scegliere per sé; può essere bassa o alta);
- azione autonoma (valuta il livello autonomia nel rispondere ai propri bisogni).



Gli infermieri hanno tradizionalmente focalizzato il loro intervento assistenziale o sulla linea della salute/malattia (processo diagnostico terapeutico) o sulla linea della azione autonoma sostituendosi comunque alla persona anche quando la dipendenza non è dovuta a motivi inerenti la linea salute/malattia.

L'intervento dell'infermiere viene definito sulla base delle linee precedentemente presentate ed ipotizzando le seguenti tipologie di intervento:

(*) Il modello è stato elaborato da IID G. PITACCO, IID A. SILVESTRO e con il contributo di DAI R. FINOS, e DAI M. PELIZZARI.



Intervento tecnico autonomo e/o su prescrizione

È l'insieme delle azioni e prestazioni tecniche collegate alla garanzia della corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico terapeutiche ed alla gestione/utilizzo degli strumenti e presidi a rilevante componente tecnologica ed informatica.

Deve essere declinato in relazione alle definizioni di criticità, instabilità ed intensività.

Intervento educativo/informativo

È l'insieme delle azioni e prestazioni di tipo relazionale ed informativo/educativo che sono collegate alla rilevazione dei bisogni di assistenza infermieristica ed informazione/educazione sanitaria ed all'addestramento all'autocura.

Deve essere declinato in relazione allo stato di comprensione (vigilanza) della persona (vs. persone di riferimento).

Intervento tecnico autonomo

È l'insieme delle azioni e prestazioni collegate a quanto pianificato nel processo di assistenza e a quanto definito in termini di risultato.

Deve essere declinato in relazione alla situazione di instabilità, alla comprensione/scelta ed alla presenza di operatori di coadiuvo all'assistenza infermieristica.

OBIETTIVI DEL CORSO DI FORMAZIONE

- Definire l'incidenza della «complessità» nel processo di assistenza infermieristica in area critica.
- Presentare un modello di analisi e di definizione del livello di complessità assistenziale e le relative applicazioni sulla valutazione delle pertinenze professionali.
- Fornire indicazioni, metodi e strumenti per utilizzare il modello di analisi della complessità assistenziale in area critica.
- Presentare le fasi di un caso clinico e la pianificazione del processo di assistenza attraverso il modello di analisi della complessità assistenziale.
- Analizzare le implicazioni organizzative e di integrazione – anche con gli operatori socio-sanitari – che derivano da una pianificazione infermieristica basata sulla valutazione del livello di complessità assistenziale.
- Favorire l'elaborazione professionale ed il dibattito sulla responsabilità dell'infermiere di area critica rispetto alla specificità professionale, alle eventuali competenze possedute, alla disponibilità reale di risorse, alle priorità assistenziali.

XXII CONGRESSO NAZIONALE

PROGRAMMA

12 novembre 2003

I Sessione Sala Europa

Ore 10.30-12.00

Moderatore: *Elio Drigo*

- * Le riforme del sistema sanitario e le innovazioni nell'erogazione dell'assistenza.
Nerina Dirindin (TO).
- * Complessità, acuzie, rapidità, perizia, integrazione, brevità di degenza/trattamento nella criticità ed intensività assistenziale.
Daniele Coen (MI).
- * L'infermieristica nell'intensività assistenziale: quale il valore aggiunto.
Elio Drigo (UD).
- * Dibattito con gli esperti.
Dirindin, Coen, Drigo

II Sessione Sala Europa

Ore 14.30-16.00

Moderatore: *Elio Drigo*

- * La complessità e l'assistenza infermieristica: significati e modalità di analisi per la composizione dell'équipe assistenziale.
Il significato di complessità;
Un modello di analisi della complessità per:
 - la definizione dell'appropriatezza e dei percorsi assistenziali;
 - la definizione del numero degli operatori assistenziali e delle relative competenze.

Intervengono:

Annalisa Silvestro (UD)
Giuliana Pitacco (TS)

Dibattito con gli esperti.

Annalisa Silvestro, Giuliana Pitacco.

13 novembre 2003

III Sessione Sala Europa per Infermieri

Ore 9.00-12.30

Moderatore/facilitatore esperto: *Annalisa Silvestro* (UD)

- * Caso clinico
Presentazione a cura di *Marco Marseglia* e *Federica Piergentili*.
- * Analisi clinica ed assistenziale utilizzando la variabile della complessità.

Intervengono gli infermieri del gruppo di lavoro.

<i>Maria Benetton</i> , Treviso	<i>Marco Marseglia</i> , Bologna
<i>Mara Brandoli</i> , Bologna	<i>Sandra Scalorbi</i> , Bologna
<i>Pietro Capodiferro</i> , Bologna	<i>Stefano Sebastiani</i> , Bologna
<i>Angelina Di Nuccio</i> , Caserta	<i>Lorena Rossi</i> , Bologna

- * **1^a Fase:** *Accoglimento in reparto di degenza*
Maria Benetton - Treviso
– Dibattito con gli esperti.
- * **2^a Fase:** *Intensività assistenziale alla persona «stabile»*
Angelina Di Nuccio - Caserta, *Stefano Sebastiani* - Bologna
– Dibattito con gli esperti.

Ore 14,00-16,30

- * **3^a Fase:** *Intensività assistenziale alla persona «instabile»*
Pietro Capodiferro - Bologna, *Sandra Scalorbi* - Bologna
– Dibattito con gli esperti.
- * **4^a fase:** *Assistenza infermieristica per il trasferimento in reparto di degenza*
Lorena Rossi - Bologna, *Mara Brandoli* - Bologna .
– Dibattito con gli esperti.

13 novembre 2003

IV Sessione Sala Italia per Infermieri Pediatrici

Ore 9.00-12.30

Moderatore/facilitatore esperto: Giuliana Pitacco (TS)

- * Analisi clinica ed assistenziale utilizzando la variabile della complessità.

Intervengono gli infermieri pediatrici del gruppo di lavoro.

Cinzia Gandolfo, Roma

Rita Megliorin, Roma

Annunziata Pinzari, Roma

Anna Portanova, Roma

M. Cristina Rossi, Torino

Giulia Sacco, Torino

Silvia Viarengo, Torino

- * **1ª Fase:** *Accoglimento in reparto di degenza*

M. Cristina Rossi - Torino

- * **2ª Fase:** *Intensività assistenziale in fase di diagnostica e stabilizzazione*

M. Cristina Rossi - Torino

– Dibattito con gli esperti.

Ore 14.00-16.30

- * **3ª fase:** *Intensività assistenziale ed attività educativa*

Rita Megliorin - Roma, Cinzia Gandolfo - Roma

– Dibattito con gli esperti

- * **4ª Fase:** *Assistenza infermieristica per la dimissione protetta*

Annunziata Pinzari – Roma, Anna Portanova - Roma

– Dibattito con gli esperti.

14 novembre 2003

V Sessione Sala Europa

Ore 09.00-13.00

Moderatore: *Drigo / Silvestro*

- * Nuovi modelli organizzativi e formativi per l'assistenza alla persona in situazione critica: e il contratto di lavoro?
 - * Il trauma center
Osvaldo Chiara, Milano
 - * *Il master in assistenza in area critica*
Danilo Massai, Firenze
 - * *Il contratto di lavoro per il comparto in sanità*
Rossana Dettori - Roma, Mariavittoria Gobbo - Roma
- Dibattito con gli esperti

LE RIFORME DEL SISTEMA SANITARIO E LE INNOVAZIONI NELL'EROGAZIONE DELL'ASSISTENZA

N. DIRINDIN

Università degli Studi di Torino
Dipartimento di Scienze Economiche e Finanziarie «G. Prato»

Il settore sanitario è in continua trasformazione. Il mondo sviluppato è alla ricerca di un modello di funzionamento e di erogazione dell'assistenza sanitaria in grado di conciliare le esigenze di recupero dei valori di fondo dei sistemi di tutela della salute con gli obiettivi di responsabilizzazione e di razionalizzazione nell'impiego delle risorse. Le politiche degli inizi degli anni '90, modellate sulle esigenze di risanamento della finanza pubblica e di contenimento della spesa sanitaria pubblica, si sono infatti dimostrate in larga parte incapaci di innescare un processo di riforma orientato prioritariamente al miglioramento dei livelli di efficacia e di equità dell'intero sistema.

Secondo l'*Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico*, i paesi sviluppati non possono limitarsi ad intervenire attraverso i programmi tradizionali di contenimento della spesa pubblica (inevitabilmente destinati a produrre il semplice trasferimento degli oneri sui gruppi più deboli della popolazione), ma devono procedere in un'ottica globale, individuando risposte politiche nel contesto democratico nel quale operano i servizi, preservando l'integrità dei sistemi nazionali e favorendo l'adozione di politiche di tutela della salute che vadano oltre la semplice produzione di servizi sanitari (Oecd, 1996).

Nell'ambito di tale processo riformatore, l'esigenza di verificare i percorsi compiuti e di perfezionare i cambiamenti avviati è comune a tutti i paesi. Il quesito riguarda la capacità degli interventi relativi all'*organizzazione* e al *finanziamento* dei sistemi sanitari di migliorare i livelli di efficacia con cui i sistemi rispondono ai bisogni di salute della popolazione. Secondo una corrente di pensiero, la risposta è solo in parte confortante, perché le disfunzioni di cui soffre la sanità sono in qualche modo addebitabili alla medicina moderna, che ha favorito aspirazioni individuali e pratiche mediche destinate a mettere a dura prova il sistema sanitario e a condannarlo al collasso (Callahan). Ne discende un forte richiamo al *sistema dei valori*, particolarmente significativo in questo specifico momento storico e specificamente per la realtà italiana.

La crisi dei sistemi sanitari è da ricondurre alla diffusa confusione fra *obiettivi* da massimizzare e *vincoli* da rispettare (l'obiettivo degli ospedali è la cura delle malattie o il rispetto dei tetti di spesa?), alla crescente attenzione alla produttività degli *input* anziché all'efficacia degli *output* (fino a inseguire – acriticamente – l'eccellenza dei processi, a prescindere dalla loro reale utilità pratica), all'adozione di meccanismi di *razionamento* senza aver preliminarmente esplorato le strade della *razionalizzazione* degli interventi.

Benché l'attenzione al rispetto dei vincoli di bilancio, obiettivo cruciale per

il mantenimento di un sistema solidaristico in un contesto di scarsità di risorse, abbia contribuito ad una crescita di attenzione nei confronti dell'efficienza, il vero problema della sanità italiana (ma, per la verità, di tutti i paesi sviluppati) è l'efficacia degli interventi sanitari. Ciò che appare insoddisfacente non è tanto la produttività delle risorse impiegate nei singoli processi produttivi, quanto la consapevolezza che troppo spesso esse sono utilizzate per produrre prestazioni poco efficaci, per alimentare aspettative non sostenibili, per rispondere a bisogni particolari e non generali. In altri termini, e nonostante il contenuto del dibattito corrente, il principale male di cui soffre la sanità pubblica non è tanto legato alla micro-efficienza produttiva, ovvero al non ottimale utilizzo delle risorse disponibili per la produzione di dati servizi e prestazioni, quanto alla macro-efficienza allocativa, ovvero all'inadeguatezza delle scelte allocative fra programmi alternativi di intervento.

Anche in Italia, gli obiettivi di risanamento della finanza pubblica hanno imposto, a partire dal 1992, una crescente attenzione al rispetto dei vincoli di bilancio. Ma, nella gran parte dei casi, tale orientamento – assolutamente condivisibile, stante la decennale disinvoltura dal lato della spesa – è stato rapidamente interpretato come un'indicazione strategica *dell'obiettivo* cui tendere. Il pareggio di bilancio è sempre più percepito come un obiettivo (anzi, come *l'unico* obiettivo da raggiungere) e non più semplicemente come un vincolo da tener presente nel momento in cui si opera per realizzare l'obiettivo primo del servizio sanitario ovvero la tutela della salute.

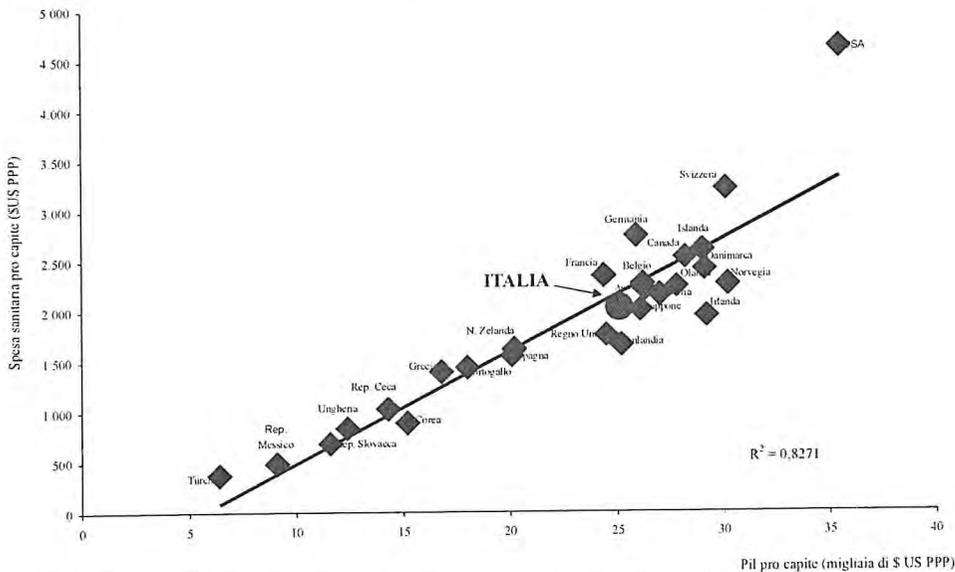
All'interno di un tale quadro, la preoccupazione è che la crescente attenzione ai problemi dell'efficienza dell'industria della salute (e al contenimento della spesa) possa far apparire meno urgente una serie di riflessioni sul contributo del sistema al miglioramento dei livelli di salute della collettività e sulla sua capacità di rispondere ai mutevoli bisogni della popolazione. Un eccesso di attenzione ai problemi dell'efficienza produttiva può infatti risultare funzionale al continuo rinvio della valutazione dell'efficacia complessiva del servizio. Peraltro, la centralità dei problemi di efficacia non deve costituire un alibi per il rinvio di azioni di contenimento della spesa e di riduzione degli sprechi; al contrario il rispetto dei vincoli di bilancio deve essere considerato – in positivo – una straordinaria opportunità di cambiamento.

Ma quali fattori possono contribuire a spiegare tali equivoci? Quali forze operano a favore del mito della micro-efficienza produttiva e a danno della macro-efficienza allocativa?

I sistemi sanitari possono avere il loro obiettivo non solo nella salute, ma anche nel conseguimento di scopi che poco hanno a che vedere con la salute. Uno dei problemi fondamentali della sanità dei paesi sviluppati sta nella difficoltà crescente a tenere distinte le esigenze di tutela della salute dalle ambizioni di espansione dell'industria di prestazioni e servizi. In un mercato imperfetto, in cui l'offerta è in grado di indurre la propria domanda, la progressiva crescita dell'assistenza sanitaria produce effetti a favore dei produttori di prestazioni sanitarie che vanno al di là delle reali esigenze di salute della collettività. Il settore sanitario si trova infatti in una situazione ideale per l'industria

della salute: una domanda illimitata, una continua innovazione tecnologica e un importante finanziamento pubblico. E la medicina moderna ha spesso tratto vantaggio da tale situazione: «il potere sociale della medicina» non sarebbe così ampio se «il mondo degli affari non avesse scoperto che essa poteva garantire profitti enormi e diventare fonte di arricchimento» (Callahan, p. 59).

Sofferamoci rapidamente sulla dinamica della spesa sanitaria. Con riferimento al livello complessivo della spesa sanitaria, il grafico n. 1 indica la relazione esistente fra l'ammontare delle risorse destinate alla salute e il livello di sviluppo economico. Risulta evidente che la spesa sanitaria cresce con il Pil: i paesi poveri non possono che riservare alla sanità una piccola quota delle risorse disponibili; i paesi ricchi destinano alla sanità quote crescenti di risorse. Da notare che la relazione prescinde dal tipo di sistema sanitario operante nel singolo paese. Si noti inoltre la collocazione dell'Italia, la quale occupa una posizione assolutamente in linea con quella dei paesi a livello di sviluppo simile al nostro. Ne discende che la spesa sanitaria italiana (pubblica più privata) non può assolutamente essere giudicata eccessiva. I ripetuti allarmi sulla sostenibilità della sanità paiono del tutto ingiustificati. A maggior ragione, se si tiene conto che la quota di spesa pubblica è, in Italia, inferiore alla media europea.



Graf. n. 1: Spesa sanitaria totale (pubblica + privata) e Pil pro capite nei paesi sviluppati - 2000. Fonte: elaborazione dati Oecd 2002

In tale contesto, la riforma del 1999 costituisce, per il nostro Paese, una tappa fondamentale di verifica, alla fine degli anni '90, della coerenza dei numerosi interventi di attuazione delle riforme introdotte all'inizio del decennio e delle soluzioni adottate nelle diverse realtà regionali. Il decreto legislativo 229/1999

presenta i contenuti di maggior rilievo; esso si propone due finalità fondamentali: 1) rendere pienamente perseguibili gli obiettivi di tutela della salute contenuti nella legge 833 del 1978 istitutiva del Servizio sanitario nazionale e ii) completare il processo di riforma del sistema sanitario avviato agli inizi degli anni '90 con il d.lgs. 502/1992.

Sul piano dei contenuti, il decreto 229/1999 si caratterizza per un salto di qualità rispetto ai precedenti interventi normativi; esso introduce innovazioni che, in armonia con le tendenze di riforma dell'assistenza sanitaria in Europa, si propongono di definire un insieme di regole in grado di conciliare il recupero dei principi ispiratori dei sistemi sanitari di tipo universalistico con le esigenze di razionalizzazione nell'impiego delle risorse. Punto centrale è la conferma dell'importanza del Servizio sanitario nazionale quale strumento primario di garanzia del diritto fondamentale alla tutela della salute. Al Ssn spetta il compito di assicurare, attraverso risorse pubbliche reperite nel rispetto del principio della solidarietà fra classi sociali, i livelli essenziali ed uniformi di assistenza, i quali rappresentano le garanzie che il sistema si impegna ad assicurare in condizioni di uniformità su tutto il territorio nazionale e all'intera collettività di individui.

Nell'ottica della valorizzazione e del completamento del decreto 502/92, costituiscono punti qualificanti del riordino del d. lgs. 229/99:

- il potenziamento dell'attività territoriale, attraverso l'attivazione dei *distretti* e lo sviluppo dell'integrazione *socio-sanitaria*, da cui il venir meno della centralità dell'ospedale,
- la valorizzazione delle *risorse umane*, la *formazione e l'aggiornamento* professionale,
- la definizione di un puntuale processo di *accreditamento* delle strutture che operano per conto del Ssn;
- il potenziamento del ruolo dei *comuni*, nella fase di indirizzo e di valutazione (e non in quella di gestione dei servizi);
- l'introduzione della *esclusività* del rapporto di lavoro.

Le riforme della fine degli anni '90 non hanno peraltro potuto produrre se non parzialmente gli effetti che si proponevano di realizzare. In questa sede si segnala, fra tutti, un importante risultato: il forte impulso impresso alla programmazione regionale. Dopo un periodo contraddistinto da molte carenze, soprattutto in alcune regioni tradizionalmente restie a programmare la rete dei servizi, si è recentemente assistito a un rinnovato vigore della programmazione regionale. Il fenomeno è da ricondurre alle nuove responsabilità attribuite alle regioni con il federalismo fiscale, e alla conseguente maggiore consapevolezza della necessità della programmazione sanitaria.

Oltre alla riforma del modello di *organizzazione e funzionamento* del Ssn, la fine del decennio vede l'avvio di un'altra innovazione: la riforma del sistema di *finanziamento* del Ssn, contenuta nel decreto legislativo n. 56 del 2000 che introduce il «federalismo fiscale». Analizziamo sinteticamente i maggiori elementi di novità.

In primo luogo, il provvedimento prevede la soppressione degli attuali tra-

sferimenti statali alle Regioni (compresi quelli del fondo sanitario) e la loro sostituzione con una compartecipazione delle Regioni al gettito dell'Iva (nonché con altre voci minori). Il meccanismo garantisce a ciascuna regione *entrate invariate* rispetto ai precedenti trasferimenti statali. Ma ciò vale solo per il primo anno, il 2001. Successivamente, le entrate si discosteranno gradualmente dal dato storico fino a restarne completamente svincolate; ciò avverrà a partire dal 2013, quando le regioni potranno contare su un ammontare di risorse commisurate alle funzioni che devono svolgere, calcolate tenuto conto della popolazione residente, della capacità fiscale, dei fabbisogni sanitari e della dimensione geografica.

In secondo luogo, il decreto sancisce la nascita di un «fondo perequativo nazionale» destinato alla realizzazione degli obiettivi di solidarietà interregionale. Esso è alimentato dalle quote di compartecipazione all'Iva che le regioni *ricche* mettono a disposizione delle regioni *povere* a titolo di concorso alla solidarietà. Il fondo perequativo (stimabile in poco meno del 10% della spesa complessiva per il Ssn) consentirà alle regioni con minore capacità fiscale di ridurre (peraltro solo del 90%) le differenze fra il proprio gettito pro capite e quello medio delle regioni a statuto ordinario.

In terzo luogo, il decreto stabilisce che le entrate delle regioni a statuto ordinario non siano più soggette ad alcun vincolo di destinazione, ma servano complessivamente a finanziare la totalità delle funzioni trasferite. Più precisamente, il decreto legislativo 56/2000 prevede che i fondi destinati al Ssn (circa i tre quarti dei bilanci delle regioni a statuto ordinario) non siano più riservati alla sanità, ma possano essere destinati a qualsiasi settore di intervento. In altri termini, la sanità entra in competizione con gli altri settori di competenza regionale.

È una vera e propria rivoluzione, che – come tutte le rivoluzioni – segna un momento di rottura rispetto al passato. Ma quali le ragioni della svolta federalista?

A ben vedere, almeno tre importanti fattori hanno contribuito a tale rapida inversione di tendenza: il rigore imposto dal risanamento della finanza pubblica (che ha reso necessario un adeguamento del prelievo fiscale alle dimensioni della spesa pubblica); l'apertura alla competizione internazionale (e la conseguente ricerca di soluzioni in grado di favorire la riduzione dei costi di produzione, in particolare della pressione contributiva e tributaria); il permanere dei divari fra nord e sud del paese (segno dell'inefficacia delle politiche nazionali a sostegno dello sviluppo del mezzogiorno e causa del perdurare di consistenti flussi di trasferimenti).

Il primo ordine di fattori, il risanamento della finanza pubblica, spiega la fermezza dimostrata dal governo centrale, in primo luogo dal Ministero del Tesoro, nel perseguire il federalismo fiscale. Senza la piena responsabilizzazione delle regioni sui disavanzi da esse generati, responsabilizzazione definitivamente introdotta con la finanziaria 2001, il Paese rischierebbe infatti un pericoloso indebolimento delle politiche virtuose che gli hanno consentito di entrare in Europa.

Il secondo ordine di fattori, le aspettative connesse a una riduzione della pressione fiscale, spiega la determinazione delle regioni, e in particolare di quelle economicamente più forti, nel rivendicare una minore interferenza dello Stato nell'economia. L'obiettivo è peraltro direttamente collegato alla *questione meridionale*, la cui mancata risoluzione continua a generare, a carico delle regioni del nord, oneri rilevanti in termini sia di maggiore pressione fiscale sia di freno alla conquista di posizioni di primo piano nel panorama dei paesi dell'Unione Europea. Di qui la richiesta di una politica redistributiva che si differenzi da quella tradizionalmente operata dal governo centrale, quanto sia a *dimensioni* (ne è riprova il fatto che le regioni hanno concordato fra loro l'entità del fondo di perequazione previsto dal federalismo fiscale) sia a *modalità di attuazione* (a favore di una solidarietà meno *paternalistica* e più *fraterna*, che pretende maggior impegno da parte dei beneficiari ed è al contempo più *visibile*).

A tali fattori ne andrebbe aggiunto un altro, legato alla crisi del sistema politico. Secondo Scotto «quanto più la classe politica è eterogenea e frazionata, tanto più numerosi e importanti sono i gruppi di essa che, per premunirsi contro eventuali dissidi con la volontà dei gruppi rimanenti, aspirano al frazionamento territoriale del potere». Ciò spiegherebbe l'attuale situazione italiana, ove «la richiesta di autonomia, lungi dal pervenire dalla cosiddetta *società civile*, proviene invece dai rappresentanti delle istituzioni locali: sindaci, assessori, presidenti di province e di regioni mossi dalla lotta per la conquista di un potere sempre più ampio» (Fausto, 2000). La dimensione locale sarebbe quindi funzionale a garantire la sopravvivenza di posizioni destinate a scomparire in un sistema nazionale oltre che utile a favorire gruppi specifici di interesse (si veda in proposito la bibliografia riportata in Dirindin e Pagano 2001).

La domanda di federalismo sembra quindi nascere e crescere in un terreno in cui convergono una pluralità di interessi, tutti favorevoli allo spostamento del potere decisionale verso livelli di governo subcentrali; l'interesse dell'amministrazione centrale (responsabile, anche a nome delle regioni, del rispetto degli impegni assunti con il patto di stabilità), quello del mondo della produzione (desideroso di preconstituire le condizioni per una riduzione della pressione fiscale), quello delle regioni del nord (interessate a sostituirsi allo Stato nelle politiche redistributive), quello della classe politica (ansiosa di trovare spazi di potere compatibili con la propria frammentazione), quello dei presidenti delle regioni (che vedono accrescere il proprio ruolo e possono così aspirare a diventare *governatori*).

A questo punto si innesta il tema dell'autonomia delle regioni nella definizione delle politiche sanitarie. Le regioni italiane sono, come è noto, molto diverse fra loro. Le diversità dei sistemi sanitari sono marcate, nella quantità e nella qualità dell'offerta; oltre a fattori storici-strutturali, differenze si osservano nel diverso mix pubblico-privato, nelle scelte rispetto ad un processo di integrazione o separazione degli ospedali, nella presenza o meno di una tradizione di programmazione e controllo a livello regionale o aziendale, nell'attivazione delle procedure di concertazione e contrattazione regionale, nelle modalità di finanziamento delle Aziende Usl e Ospedaliere, nei ritardi e nelle inadempien-

ze nell'applicazione delle leggi nazionali, ecc.. Tali differenze sono verosimilmente destinate ad aumentare (e forse sarebbero aumentate anche senza federalismo). Per il prossimo futuro, si può presumere che le politiche per la salute tenderanno sempre a più a differenziarsi, a seconda delle caratteristiche e delle peculiarità delle singole realtà regionali. Alcune regioni, quelle con *a*) un'offerta di prestazioni sanitarie forte e aggressiva (la capacità di pressione dell'industria della salute all'interno della regione condiziona le scelte delle amministrazioni regionali), *b*) un reddito medio pro capite elevato (ovvero una maggiore disponibilità a sostenere oneri per la sanità privata) e *c*) un orientamento politico - ideologico favorevole al libero mercato (o comunque contrario al settore pubblico), tenderanno progressivamente a incrementare il ruolo della sanità privata e le opportunità di crescita del mercato. Al contrario le regioni con minore forza di pressione dal lato dei produttori, con un orientamento a favore dell'intervento pubblico o con minore disponibilità a pagare da parte dei cittadini, si orienteranno verso il mantenimento (o il rafforzamento) del servizio sanitario nazionale.

È possibile quindi immaginare che alcune Regioni andranno a sperimentare, formalmente (attraverso esplicite modifiche normative) o di fatto (attraverso la graduale dequalificazione del settore pubblico), soluzioni anche in parte alternative al Ssn.

In altri termini, il mix di universalismo, globalità, accessibilità e qualità potrà tendere progressivamente a differenziarsi a livello regionale, puntando di volta in volta a sistemi di offerta che privilegiano l'universalismo (effettivo, e non solo dichiarato), oppure la globalità (ovvero la completezza delle aree di intervento), o ancora l'accessibilità (in termini economici, organizzativi, sociali e psicologici) o la qualità (compresa la tempestività degli interventi).

È quindi necessario che le Regioni si attrezzino per confrontarsi sistematicamente e per rendere riconoscibili le differenze sul piano della tutela della salute, in particolare di quella dei segmenti più deboli della popolazione.

Bibliografia

- CALLAHAN D, *La medicina impossibile*, Baldini & Castoldi, Milano, 2000.
- DIRINDIN N., *Diritto alla salute e livelli essenziali di assistenza*, in *Sanità Pubblica*, n. 7/8, 2000, pagg. 1013-1029.
- DIRINDIN N., *Una sfida possibile: il recupero di un sistema di valori per una assistenza sanitaria sostenibile*, in *Bioetica*, Zadig, n. 1, 2002, pag. 53-63.
- DIRINDIN N. e PAGANO E. (a cura di), *Governare il federalismo. Le sfide per la sanità*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 2001.
- Oecd, *Health Care Reform in Light of Changing Funding, Incentives and Production Patterns*, Oecd, 1996, Working Papers, 18
- Oecd, *Oecd Health Data 2002*, Paris 2002
- Oms (1996), *Réforme des systèmes de santé en Europe. Analyses des stratégies actuelles*, Copenhagen, Oms, Bureau régional de l'Europe
- World Health Organization (1996), *Analysis of Current Strategies*, Who, Regional Office for Europe, Copenhagen

COMPLESSITÀ, ACUZIE, RAPIDITÀ, PERIZIA, INTEGRAZIONE, BREVIÀ DI DEGENZA/TRATTAMENTO NELLA CRITICITÀ ED INTENSIVITÀ ASSISTENZIALE

D. COEN

PS/MU - A.O. Niguarda Ca' Granda – Milano

Il primo dei termini presentati nel titolo, la «complessità», è l'elemento chiave per la definizione del contesto all'interno del quale gli altri termini devono articolarsi.

Per definire la complessità, e valutarne la presenza in un contesto sanitario di criticità assistenziale è innanzitutto necessario definirne la distanza verso altri elementi confinanti, altrettanto presenti nell'ambito della medicina in urgenza.

La complessità dunque, e innanzitutto, non è sinonimo di «complicazione». Molte delle cose che noi tutti facciamo, o dobbiamo conoscere nel nostro lavoro sono complicate. Bisogna studiare, praticare, meditare: formule matematiche, concetti di fisica, biochimica, fisiopatologia non sono facili da comprendere, ma una volta che se ne capiscono regole e meccanismi la loro (relativa) prevedibilità, ripetitività e regolarità le rendono facilmente padroneggiabili. Il campo della risposta alla «complicazione» è dunque quello della competenza tecnica.

Il secondo concetto verso il quale delineare un confine è quello di «confusione». Anche la confusione fa parte della nostra esperienza quotidiana. Un pronto soccorso affollato, l'accesso sulla scena di un disastro stradale o di una maxi emergenza, alcune cartelle cliniche... L'aspetto chiave della confusione è la difficoltà ad identificare i singoli elementi e i loro confini. Le cose sono mescolate tra loro in ordine sparso, o sfumano l'una nell'altra, senza una logica immediatamente riconoscibile.

Me neppure di questo ci vogliamo occupare oggi. Oggi riflettiamo, sinteticamente, sulla complessità. La scienza ha capito che per comprendere un fenomeno non basta identificare i numerosi dati che lo compongono e che non è il numero elevato di variabili in gioco a stabilire la sua complessità, quanto il loro essere visibilmente intrecciate in una serie di *relazioni*. Complessità tra l'altro vuole dire che non è vero che se l'azione è piccola l'effetto sarà proporzionalmente piccolo, non è vero che se l'azione è «buona» il risultato sarà per forza buono.

L'intervento sanitario in genere, e quello nell'ambito della criticità/intensività in particolare, è dunque complesso non tanto per la sua possibile difficoltà, né per gli elementi di confusione che possono a tratti delinearla, ma per la numerosità delle relazioni che determinano il suo risultato, relazioni che presentano quasi costantemente dimensioni di competenza tecnica, organizzativa, di interazione interpersonale e di emotività soggettiva.

Segue un «banale» e un po' didascalico esempio di complessità «organizzativa» dove si vede come, in una reale situazione di pronto soccorso, un problema clinicamente minore possa, attraverso scarti successivi di relazioni e di interazioni portare a conseguenze assai lontane dalle intenzioni di tutti gli operatori coinvolti.

Storia di un mal di orecchio

Caso clinico: un paziente si presenta al bancone del triage dicendo di avere male all'orecchio. L'infermiere gli assegna un codice bianco e lo avvia all'area ambulatoriale del Pronto Soccorso, informandolo che il medico lo vedrà quanto prima e se necessario lo invierà dall'otorinolaringoiatra.

Ecco però comparire alcuni elementi, organizzativi e relazionali di complessità:

- l'ambulatorio ORL è a 700 metri dal PS;
- i medici ORL sono in conflitto permanente con i medici del PS;
- Il verbale di PS non è ancora informatizzato.

Ed ecco alcune conseguenze che chiameremo di I livello:

- ci vuole un'ambulanza con due lettighieri per portare il paziente dallo specialista;
- il medico ORL, non potendosi prendere direttamente con il medico di PS se la prende con il paziente. Lo fa aspettare e lo tratta male;
- finita la visita il paziente se ne va direttamente a casa e non torna in Pronto Soccorso, non porta in PS il foglio di visita e parere con le prestazioni effettuate, non paga il ticket;
- il medico di PS dopo un paio di ore chiude il caso segnando sul verbale «abbandona PS».

Ed ecco alcune altre conseguenze, di II livello, verosimilmente già lontane dalla percezione del gentile infermiere di triage:

- le prestazioni eseguite (tamponamento nasale, rimozione CE ecc.) non vengono registrate;
- è necessario un lavoro supplementare di recupero crediti da parte dell'amministrazione per ottenere il pagamento del ticket;
- il numero di pazienti che abbandonano il PS risulta essere superiore al 2%.

Questi aspetti esitano in ulteriori conseguenze, di III livello, dai toni quasi drammatici e certo non previste, né desiderate da alcuno degli operatori coinvolti nella triste faccenda:

- problemi con la certificazione di qualità per l'elevata percentuale di abbandoni del PS;
- problemi con il raggiungimento degli obiettivi di budget per l'elevato numero di prestazioni non registrate;
- possibile riduzione dello stipendio di risultato dei medici;
- bassa qualità percepita ed aumento dei reclami da parte dell'utenza;
- aumento della conflittualità interna.

Al di là della sua apparente paradossalità, questa storia ci è utile per definire alcuni ulteriori, importanti elementi della «complessità»:

- l'esito di ogni singolo invio non è prevedibile.
- il risultato dipende anche dai comportamenti delle singole persone (varia cioè a seconda di chi è il medico di PS, di chi è l'otorino e da come impostano il rapporto con il paziente), cioè dipende dalla relazione;
- non esiste una risposta semplice e facilmente applicabile in grado di risolvere tutti gli aspetti del problema senza crearne altri.

Una azione piccola ha avuto effetti grandi.

Una azione «buona» ha avuto effetti negativi.

Forse è vero che il battito d'ali di una farfalla a Singapore può causare un terremoto in Indocina.

Un caso di complessità clinico/assistenziale

G.B. 37 anni, melanoma con MTS polmonari e cerebrali in progressione dopo una prima chemioterapia, ha appena terminato il primo ciclo di un nuovo schema antitumorale.

Giunge in PS per intensa astenia e febbre alle 11 del mattino. All'ingresso Hb= 8.4 g/dl. Alle ore 16 Hb=5.4 g/dl e bilirubina totale 3.6 mg/dl. Non evidenti focolai emorragici. Vengono praticate due sacche di emazie concentrate. Alle ore 19 Hb= 4.2 g/dl.

Si riscontra emoglobinuria massiva e viene posta diagnosi di emolisi intravascolare acuta da causa ignota. Il paziente viene ricoverato in medicina d'urgenza.

All'arrivo in reparto il paziente è in condizioni critiche, polipnoico, febbrile, accusa mialgie diffuse, è estremamente irrequieto.

Lo accompagnano la moglie, che ha lasciato a casa il bambino di 2 mesi da allattare, e altri 5 familiari. La moglie si sente male e cade per terra in preda a una crisi d'ansia.

Il medico di reparto è solo e sta assistendo un altro paziente grave. In reparto ci sono due infermieri e un OTA. C'è anche il primario che sta chiudendo la porta dello studio per andarsene a casa.

Si tratta chiaramente di una situazione drammatica, purtroppo non molto diversa negli elementi generali da tante altre situazioni che si devono affrontare quasi ogni giorno nell'ambito della criticità/intensità assistenziale.

Altrettanto ovviamente si tratta di una situazione che non presenta un unico problema, ne ha un'unica soluzione o una soluzione certamente migliore delle altre. Qualunque risposta si scelga, ci si dovrà comunque confrontare con almeno questi aspetti:

Aspetti tecnici:

- a) è un paziente che ha speranza di sopravvivere?
- b) se sì, cosa fare?

Problema etico: è un paziente con neoplasia in stadio avanzato, anche se fino al giorno prima non era considerato terminale: è opportuno un intervento «aggressivo»?

Problema assistenziale: ci sono da assistere contemporaneamente due malati gravi e da gestire la famiglia di uno dei due. Le forze in campo sono scarse.

Problemi relazionali:

a) assistere un malato giovane, che sta morendo;

b) sostenere la moglie e dare un ruolo ai familiari;

c) superare una diversa valutazione del caso che divide il primario e la sua assistente senza creare conflitti né generare sensi di colpa.

Ancora gli elementi della complessità: la relazione tra diversi aspetti del sapere e diversi soggetti che si influenzano tra di loro; diversi percorsi possibili, che una volta intrapresi presentano nuove ed ulteriori occasioni di interazione e di relazione e di conseguenza ulteriori scelte da fare. Anche, infine, percorsi diversi che possono portare ad uno stesso risultato.

Due parole su perizia ed integrazione

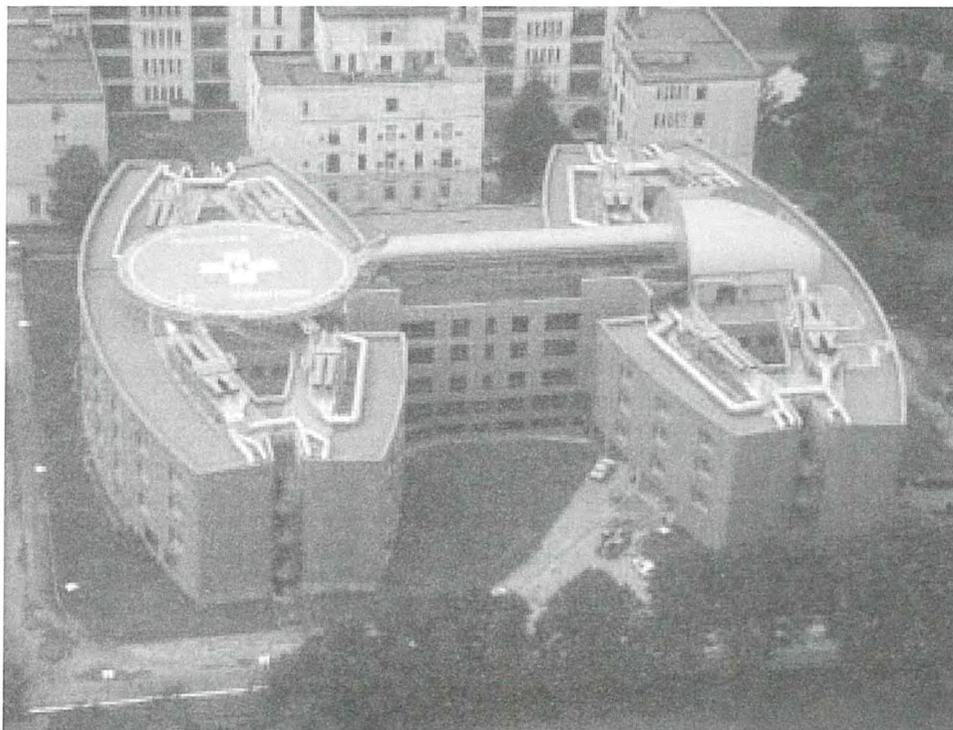
I pochi accenni sulla complessità fatti fin qui dovrebbero portarci alla comune conclusione che lavorare in un ambiente di criticità/intensività assistenziale, lavorare cioè con persone malate nel momento della loro massima angoscia e sofferenza richieda professionalità e competenze di elevatissimo livello.

Se però abbassiamo lo sguardo e verifichiamo quali sono gli atti che occupano la gran parte del tempo degli infermieri occupati in questo genere di attività, scorgiamo cose molto più piccole, molto meno eroiche, tutt'al più modeste abilità tecniche di cui, con un po' di pratica, chiunque potrebbe impadronirsi.

Nel Pronto Soccorso di Niguarda per esempio, tolti gli infermieri dedicati al triage o alla sala di emergenza, gli altri occupano l'80% del loro tempo a fare elettrocardiogrammi, prelevare esami, misurare temperature, assistere suture, fare medicazioni, spostare malati.

Ci si domanda allora: la crescita di perizia ad ogni livello e una continua interazione potrebbero liberare una cascata di energie e di competenze per rispondere alla sfida della complessità?

In parole più semplici: se gli atti «tecnici» per i quali gli infermieri utilizzano la maggior parte del loro tempo fossero eseguiti da personale a più basso livello di professionalità, gli infermieri potrebbero dedicare maggiore attenzione ai problemi complessi del paziente o del reparto? O c'è il rischio che allontanandosi dal rapporto «fisico» con il malato ci si allontani anche dalla possibilità di stabilire una adeguata relazione e quindi di comprenderne la complessità?



Arithmetic Hierarchy			
co-r.e. complete	CO-P.E.	FO(N)	r.e. complete
FO(V(N))	Recursive		FO(B(N))
Primitive Recursive			
$SO[2^{n^{O(1)}}]$	EXPTIME		SO(LFP)
$FO[2^{n^{O(1)}}]$	$SO[n^{O(1)}]$	PSPACE	FO(FFP) SO(TC)
Polynomial-Time Hierarchy			
co-NP complete	co-NP	NP	NP complete
SO(V)	NP \cap co-NP		SO(B)
$FO[n^{O(1)}]$	"truly feasible"		P FO(LFP) SO-Form
$FO[(\log n)^{O(1)}]$		NC	
NC ²			
$\log(CFL)$		sAC ¹	
FO(TC)	NSPACE[log n]		SO-Krom
FO(DTC)	DSPACE[log n]		
Register			NC ¹
FO(M)	ThC ⁰		
FO	Logarithmic-Time Hierarchy		AC ⁰

COMPLICATO

2



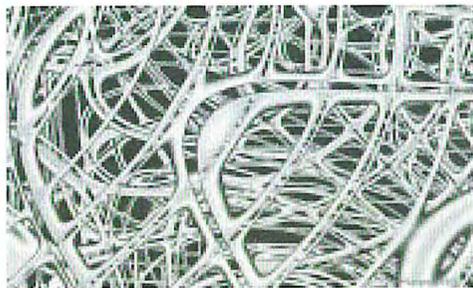
3

CONFUSO**COMPLICATO O COMPLESSO?**

“Oggi la scienza ha compreso che nella conoscenza della realtà non si tratta soltanto di raccogliere un numero considerevole di dati relativi ad un fenomeno, per meglio definirlo, e che non è il numero elevato di variabili in gioco a stabilire la presenza di una complessità, quanto il loro essere visibilmente intrecciate in una serie di *relazioni*.”

(Ugo Lucio Businaro)

5



4

COMPLESSO**COMPLICATO O COMPLESSO?**

“Siamo immersi nella complessità in tutti i nostri campi d'azione. Complessità tra l'altro vuole dire che non è vero che se l'azione è piccola l'effetto sarà proporzionalmente piccolo, non è vero che se l'azione è “buona” il risultato sarà per forza buono.”

(Ugo Lucio Businaro)

6



Il battito d'ali di una farfalla a Hong Kong può causare...



... un tornado in Indocina?

**STORIA DI UN MAL DI ORECCHI**

7

Ambientazione: Ospedale di Niguarda a Milano**Epoca:** 2003 d.C.**Azione:** Il Signor Rossi si presenta al triage del Pronto Soccorso alle ore 10 del mattino di un giorno feriale e dice di avere male ad un orecchio.

L'infermiere di triage assegna un codice bianco e dice: “Si accomodi in sala d'aspetto, il nostro medico la vedrà e poi se necessario la manderà dall'otorino”.

9



10

8

GLI ELEMENTI DELLA COMPLESSITA'

- L'ambulatorio ORL è a 700 metri dal PS
- I medici ORL sono in conflitto permanente con i medici del PS
- Il verbale di PS non è ancora informatizzato

11

CONSEGUENZE 1

- Ci vuole un'ambulanza con due lettighieri per portare il paziente in ORL.
- L'otorino, non potendosi prendere direttamente con il medico di PS se la prende con il paziente. Lo fa aspettare e lo tratta male.
- Finita la visita il paziente se ne va direttamente a casa e non torna in Pronto Soccorso, non porta in PS il foglio di visita e parere con le prestazioni effettuate, non paga il ticket.
- Il medico di PS dopo un paio di ore chiude il caso segnando sul verbale "abbandona PS".

12

CONSEGUENZE 2

- Il numero di pazienti che abbandonano il PS risulta essere superiore al 2%.
- Le prestazioni eseguite (tamponamento nasale, rimozione CE ecc.) non vengono registrate.
- E' necessario un lavoro supplementare di recupero crediti da parte dell'amministrazione per ottenere il pagamento del ticket.

13

CONSEGUENZE 3

- Problemi con la certificazione di qualità per l'elevata percentuale di abbandoni del PS.
- Problemi con il raggiungimento degli obiettivi di budget per l'elevato numero di prestazioni non registrate.
- Riduzione dello stipendio di risultato dei medici.
- Bassa qualità percepita ed aumento dei reclami.
- Aumento della conflittualità interna.

14

E' UNA SITUAZIONE COMPLESSA PERCHE':

- L'esito di ogni singolo invio *non e' prevedibile*.
- Il risultato dipende anche da chi e' il medico di PS, da chi e' l'otorino e da come si imposta il rapporto con il paziente, *cioe' dipende dalla relazione*.
- *Non esiste una risposta semplice e facilmente applicabile in grado di risolvere tutti gli aspetti del problema senza crearne altri.*

15

Una azione piccola ha avuto effetti grandi

Una azione "buona" ha avuto effetti negativi

Una farfalla ...

16

UN CASO DI COMPLESSITA' CLINICO ASSISTENZIALE

G.B. 37 anni, melanoma con MTS polmonari e cerebrali in progressione dopo prima chemioterapia, ha appena terminato il primo ciclo di un nuovo schema antitiblastico.

Giunge in PS per intensa astenia e febbricola alle 11,00 del mattino. All'ingresso Hb= 8.4 g/dl. Alle ore 16 Hb=5.4 g/dl e bilirubina totale 3.6 mg/dl. Non evidenti focolai emorragici. Vengono praticate due sacche di emazie concentrate. Alle ore 19 Hb= 4.2 g/dl.

Si riscontra emoglobinuria massiva e viene posta diagnosi di emolisi intravascolare acuta da causa ignota. Il paziente viene ricoverato in medicina d'urgenza.

17

UN CASO DI COMPLESSITA' CLINICO ASSISTENZIALE

All'arrivo in reparto il paziente è in condizioni critiche, polipnoico, febbrile, accusa mialgie diffuse, è estremamente irrequieto.

Lo accompagnano la moglie, che ha lasciato a casa il bambino di 2 mesi da allattare, e altri 5 familiari. La moglie si sente male e cade per terra in preda a una crisi d'ansia.

Il medico di reparto è solo e sta assistendo un altro paziente grave. In reparto ci sono due infermieri e un OTA. C'è anche il primario che sta chiudendo la porta dello studio per andarsene a casa.

18

GLI ELEMENTI DELLA COMPLESSITA' I

- Problema tecnico : a) è un paziente che ha speranza di sopravvivere?
b) se sì, cosa fare?
- Problema etico: è un paziente con neoplasia in stadio avanzato, anche se fino al giorno prima non era considerato terminale: è opportuno un intervento "aggressivo"?
- Problema assistenziale: ci sono da assistere contemporaneamente due malati gravi e da gestire la famiglia. Le forze in campo sono scarse.

19

TANTE SOLUZIONI POSSIBILI, NESSUNA PERFETTA.**IN OGNI CASO E' IMPORTANTE:**

- Comprendere la complessità della situazione
- Riattribuire continuamente le priorità
- Accettare di uscire dal proprio ruolo se necessario
- Avere forte tensione empatica
- Essere rapidi , capaci, interattivi ...

21

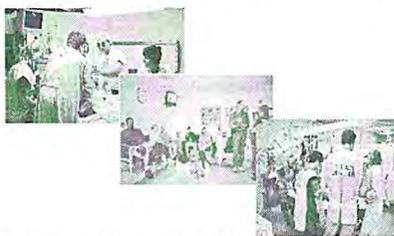
BREVITÀ DI DEGENZA/TRATTAMENTO II PERIZIA?

Al momento in cui scrivo (venerdì 7 novembre ore 22.55) su 21 reparti di rianimazione della provincia di Milano sono disponibili 4 letti. Non risulta disponibile nessun letto negli ospedali della città.

Oggi va meglio del solito ...

23

...in PS devono esserci gli infermieri migliori !



Perché si lavora "immersi" nella complessità

25

GLI ELEMENTI DELLA COMPLESSITA' II

- Problemi relazionali: a) assistere un malato giovane, che sta morendo
b) sostenere la moglie e dare un ruolo ai familiari
c) superare una diversa valutazione del caso che divide il primario e la sua assistente senza creare conflitti né generare sensi di colpa.

20

BREVITÀ DI DEGENZA/TRATTAMENTO I

1.000 LETTI CON DEGENZA MEDIA DI 10 GIORNI = 10.000 GIORNI PAZIENTE

1.000 LETTI CON DEGENZA MEDIA DI 9 GIORNI = 9.000 GIORNI PAZIENTE

AVANZANO 1.000 GIORNI PAZIENTE, EQUIVALENTI A CIRCA 100 LETTI, CON RISPARMIO DI

22

PRONTO SOCCORSO DI NIGUARDA
11 INFERMIERI DI TURNO DIURNO
2 TRIAGE
2 RIANIMAZIONE

7 NEGLI AMBULATORI (OCCUPANO L'80% DEL LORO TEMPO A FARE ECG, PRELEVARE ESAMI, MISURARE TEMPERATURE, ASSISTERE SUTURE, FARE MEDICAZIONI, SPOSTARE MALATI)

Eppure...

24

PERIZIA/INTERAZIONE

Competenze che travalicano i ruoli

- Abolizione del mansionario
- Superamento delle "tradizioni"
- Fa chi sa fare (è certificato per fare)

26

Complessità, acuzie, rapidità, perizia, integrazione, brevità di degenza/trattamento, ecc.

37

La crescita di perizia ad ogni livello e una continua interazione possono liberare una cascata di energie e di competenze per rispondere alla sfida della complessità?

27

GRAZIE

28

L'INFERMIERISTICA NELL'INTENSIVITÀ ASSISTENZIALE: QUALE IL VALORE AGGIUNTO

E. DRIGO

Presidente Aniarti

Nell'ospedale che assume un ruolo più preciso e definito nel sistema sanitario, nella crescente complessità delle situazioni e dell'organizzazione, l'assistenza infermieristica anche nell'ambito dell'intensività, svolge un'attività molto consistente e di grandissima responsabilità.

Dobbiamo comprendere come si colloca l'infermiere in tutto il quadro e nel panorama fin qui tracciato.

Dobbiamo identificare la motivazione per cui nel settore dell'intensività assistenziale, l'infermiere è insostituibile.

Per fare l'ulteriore passaggio, partiremo precisando il significato delle parole del titolo di questo intervento: infermieristica, intensività assistenziale, valore aggiunto.

1. Infermieristica:

– possiamo definirla come la disciplina riconosciuta con una sua connotazione nella presa in carico della persona in relazione ai problemi di salute: non è un generico erogare le prestazioni;

– l'approccio dell'infermieristica ha poi una caratteristica propria nella modalità, che non è settoriale, ma globale: ogni aspetto della persona esaminato va collocato nell'insieme della persona stessa e delle situazione data;

– la competenza dell'infermieristica è di fatto stata modellata in seguito all'impegno per essere all'altezza delle proprie responsabilità, stanti la connotazione per la presa in carico della persona e l'approccio di globalità.

Vedremo sinteticamente in che cosa consiste questa competenza, senza pretendere in questa sede, di approfondire: sarebbe, tra noi, quasi superfluo.

2. Secondo concetto: intensività assistenziale.

Che cosa possiamo intendere? Parliamo di situazioni in cui il rischio è elevato. L'assoluta, indiscutibile precedenza viene data alla garanzia della sopravvivenza. Pertanto, protocolli, procedure, monitoraggi sistematici, quasi ossessivi, dell'evoluzione delle situazioni e degli effetti degli interventi...

Possiamo pensare all'intensività assistenziale solo con un'impostazione di processo, di sequenza, di evoluzione, di integrazione.

E definiamo quindi l'intensività assistenziale come processo curativo caratterizzato da costante, intensivo e sistematico impegno assistenziale, anche con l'utilizzo di apparecchiature complesse.

L'elemento «apparecchiature» e «tecnologie complesse» viene esplicitamente citato a motivo della numerosità delle stesse oggi presente, per la loro utile applicazione nel percorso curativo ed assistenziale.

Citate, anche per il fatto che, spesso, possono divenire fattore oltre che di complessità anche di distorsione dei processi, soprattutto se teniamo presente l'attenzione infermieristica alla persona e l'approccio di globalità.

3. Terzo concetto: valore aggiunto.

Valore aggiunto è quanto si valuta per rendere evidenza di un cambiamento positivo, di un miglioramento. La differenza di qualità che deriva dal fatto di dedicare determinate competenze a risolvere problemi o situazioni difficili. Situazioni che non hanno soluzioni univoche. Il valore aggiunto è, nel nostro caso, una differenza di qualità derivante dalla applicazione delle competenze professionali alla situazione assistenziale. Esso viene determinato dall'intervento umano.

Gli interventi professionali sono tipici interventi che aggiungono valore ad azioni generiche.

Ma, poniamoci una prima domanda:

Come si coniugano i tre concetti esaminati di infermieristica, intensività assistenziale e valore aggiunto nella situazione generale che ci è stata presentata questa mattina?

Come si coniugano in un contesto fatto di:

- ospedali che cercano di contenere sempre più la dimensione e di privilegiare la focalizzazione sulla specificità di ruolo;
- un evidente, rapido incremento del livello di complessità, praticamente costitutivo dei processi operativi in area critica;
- una esplicita domanda di servizi assistenziali, non più solo un'accettazione dei servizi, a qualunque livello essi siano;
- possibilità di risposte sempre più avanzate ai problemi di salute, ai traumi, alle patologie...;
- risorse allocate con sempre maggiore oculatezza (almeno nelle intenzioni...) e di fatto, sempre più finite rispetto alle attese o alla velocità dell'espansione della domanda...

In questo contesto, il motivo per cui vi debbano essere degli infermieri in grado di gestire l'intensività assistenziale, qual è ?

Tre domande ancora più precise:

1. Che cosa fa l'infermiere che altri non fanno?
 2. Qual è il modo con cui agisce l'infermiere quando interviene?
 3. Qual è la specificità dell'infermieristica nell'intensività assistenziale?
- Qual è la differenza tra l'intervento dell'infermiere rispetto agli interventi di altri professionisti o operatori?

In sostanza, qual è il valore, il vantaggio, che l'infermiere garantisce nell'assicurare la propria assistenza?

Rivediamo con ordine le domande che ci siamo posti e diamo alcune risposte.

1. *Che cosa fa l'infermiere che altri non fanno?*

- Risponde ai bisogni della persona nella complessità; che significa non «in ogni caso», ma, sempre e direttamente, laddove è indispensabile un intervento esperto, eventualmente anche con il personale di supporto all'assistenza;
- mantiene e garantisce la centralità della persona nello sviluppo del processo assistenziale;
- pianifica le risposte ai bisogni con l'ottica della globalità, superando la frammentarietà e la settorialità degli interventi, particolarmente in determinate situazioni o contesti molto tecnici;
- mantiene l'unità del processo, indicando ai singoli la necessità di integrare le esigenze

2. *Come agisce l'infermiere nei propri interventi?*

- Indiscutibilmente con competenza, non per consuetudine.... In area critica, è ovvio che la competenza nell'attuazione degli interventi tecnici, delle procedure deve essere data quasi per scontata...;
- sulla base delle conoscenze ed esperienze più avanzate conosciute (evidence-based nursing - EBN), senza mitizzare l'evidenza scientifica ma sempre considerandola;
- mobilitando tutte le risorse a disposizione. Questo si traduce in una diretta riattivazione della soggettività del malato e della famiglia;
- tenendo presente sempre la situazione del malato, del contesto e del momento nel processo in corso;
- avendo cura di valorizzare le relazioni a qualunque livello.

3. *Qual è la specificità dell'infermieristica nell'intensività?*

La specificità è dunque l'operare per garantire la conservazione dell'integrità della persona anche nella criticità in una fase dell'esperienza della vita del malato in cui (anche la percezione) il rischio di vita può essere elevatissimo.

Questo, di fatto:

1. indica il valore attribuito alla persona, alla soggettività,
2. mobilita la motivazione individuale al recupero della salute possibile,
3. contribuisce ad orientare il processo assistenziale verso gli obiettivi di salute più reali e completi.

Più sopra, ci ponevamo una domanda:

qual è la differenza, qual è il valore, il vantaggio, che l'infermiere garantisce assicurando la sua assistenza? La differenza, il valore che l'infermiere aggiunge all'assistenza intensiva è il risultato che deriva dall'assumersi la responsabilità di garantire al malato globalità di approccio alla persona in situazione di criticità e saper ricondurre ad unità le differenze e gli interventi molteplici.

Nel primo elemento, globalità, in area critica, l'abbiamo già accennato, è forte e costante il rischio di tecnicismo, meccanicità, routinarietà, dimenticanza della soggettività dei malati, trainato dalla facile credenza che tutti i malati siano in coma. In realtà, non sono più le terapie intensive di molti anni fa...

Attenzione al rischio di trasformare l'assistenza in una supermercato, una *superofferta* delle prestazioni, anche se molto sofisticate. La domanda è oggi di un servizio personalizzato (fa il paio con la *bottega-sotto-casa*), in rete con il mondo, in cui, pazienza se, al limite, non si trova tutto, ma, quello che si può ottenere viene cercato con partecipazione e dedizione...Anche questo fa oggi qualità della vita, che le persone considerano non secondario anche in sanità.

Nel secondo elemento, ricondurre ad unità la molteplicità, il fattore «unità» è rappresentato dal risultato per il malato, degli interventi anche frammentati, «molteplici», di quanti intervengono e «ricondurre» è il *fattore di competenza dell'infermiere*, fatto di *sapere, decidere ed essere in grado* di ottenere il risultato di tenere insieme per il malato, gli interventi.

Poniamoci un'ulteriore domanda: per rispondere a questo mandato che cosa serve? Serve:

- sapere scientifico specifico;
- competenze professionali (appropriatezza e non approssimazione, comportamenti, organizzazione);
- relazioni esperte (con i malati/altri, con gli altri operatori, con le istituzioni).

Essere una figura come quella descritta non è un'impresa semplice: tutt'altro. E' pertanto indispensabile considerare almeno 3 elementi:

- 1° la cultura - nel senso ampio e nobile del termine, fatta di:
 - conoscenze scientifiche e generali;
 - capacità di apprezzamento delle caratteristiche dell'ambiente in cui si svolge la vita e del contesto in cui accadono gli eventi;
 - capacità di percezione della situazione, specificamente per la clinica e la persona;
 - comprensione dell'evoluzione delle esperienze sia dell'ambiente sanitario (dell'area critica) che sociale più ampio. Saper collocare in un contesto temporale gli accadimenti così delle persone come delle organizzazioni.
- 2° un senso di «cittadinanza»;
 - un professionista, un infermiere, non può, intrinsecamente, non sentirsi solidale, tutt'uno nel proprio ruolo specifico, con la società in cui vive;
 - un professionista, un infermiere, ha l'obbligo di mantenere il proprio legame con la società aderendo al patto ed al proprio codice deontologico. Il legame diretto con la società è costitutivo del professionista. Da qui, per l'infermiere, la specificità di garantire un'assistenza globale e personalizzata.
- 3° elemento: il «rigore» e la costanza nel:
 - garantirsi la possibilità di erogare la migliore assistenza conosciuta e disponibile;
 - essere attivo nell'insieme dei professionisti: è all'interno di questo insieme che di fatto, si sviluppa la competenza e la competenza avanzata;
 - essere costantemente critici nell'applicazione delle conoscenze e favorire la diffusione delle conoscenze e delle esperienze.

Grazie! Credo che abbiamo tutti bisogno di un augurio di buon lavoro!

Parole chiave:

**L'infermieristica
nell'intensività assistenziale:
quale il valore aggiunto**

1

Infermieristica

- *Disciplina* che prende in carico la persona in relazione ai problemi di salute
- La *specificità* risiede nella caratteristica dell'approccio di globalità alla persona
- La *competenza* è determinata dalla responsabilità dell'assistenza generale alla persona

2

Intensività assistenziale

- **Processo curativo** caratterizzato da costante, intensivo e sistematico impegno assistenziale, anche con l'utilizzo di apparecchiature complesse

3

Valore aggiunto

- *Differenza di qualità* derivante dalla applicazione delle competenze professionali alla situazione assistenziale
- Il **valore aggiunto** è determinato dall'*intervento umano*

4

**infermieristica
intensività assistenziale
valore aggiunto:
come si coniugano?...**

5

Se:

- l'ospedale è...
- la complessità è insita...
- la domanda è...
- le risposte possibili sono...
- le risorse sono...

6

**...la motivazione
dell'indispensabilità
degli infermieri
qual è?**

7

1. Che cosa fa l'infermiere che altri non fanno?
2. Come lo fa quando interviene?
3. Qual è la specificità dell'infermieristica nell'intensività assistenziale?

8

Che cosa fa...
Come lo fa...
Qual è la specificità...

Qual è la differenza?

9

Qual è
il valore aggiunto
dell'infermieristica?

10

1. Che cosa fa l'infermiere che
altri non fanno?

- *Risponde* ai bisogni della persona nella complessità
- Mantiene la *centralità* della persona rispetto al processo assistenziale
- Pianifica le risposte ai bisogni con l'ottica della *globalità*, non della settorialità
- Mantiene l'*unità* del processo assistenziale

11

2. Come lo fa
l'infermiere quando interviene?

- Con *competenza*
- In base all'*evidenza*
- Valorizzando le *risorse* disponibili
- Considerando la *situazione*
- Collocando l'intervento nel *contesto*
- Curando le *relazioni*

12

3. Qual è la specificità
dell'infermieristica
nell'intensività?

La garanzia della conservazione
dell'*integrità* della persona
nell'intero processo
curativo-assistenziale
anche nella situazione di *criticità*

13

La differenza è
il valore aggiunto

Il *risultato* derivante
dall'assunzione di responsabilità per:

- 1. l'approccio di globalità alla persona in situazione di criticità
- 2. saper ricondurre ad unità la molteplicità

14

1. Approccio di globalità
alla persona
in situazione di criticità

- Superare la visione organica della malattia (AAA in A.C.!))
- In ogni intervento considerare l'effetto sulla persona

15

2. Ricondurre ad unità
la molteplicità

- *Unità*: risultato o cambiamento
- *Molteplicità*: i singoli interventi dei singoli operatori
- *Ricondurre*: sapere e riuscire a gestire l'insieme

16

**Per rispondere
a questo mandato
che cosa serve?**

17

Serve:

- **Sapere scientifico specifico**
- **Competenze professionali**
 - appropriatezza
 - comportamenti
 - organizzazione
- **Relazioni**
 - con i malati/altri
 - con altri operatori
 - con le istituzioni

18

**Per essere una figura
come quella descritta**

Indispensabile:

19

Cultura

- conoscenze
- ambiente e contesto
- situazione
- storia

20

«Cittadinanza»

- Essere e sentirsi componenti solidale con questa società
- Mantenere il legame inscindibile del professionista con la società attraverso il patto/codice

21

Rigore

- Manutenzione delle competenze
- Partecipazione alla professione
- Utilizzazione e disseminazione delle conoscenze elaborate e delle esperienze

22

Grazie.

Buon lavoro!

23

LA COMPLESSITÀ E L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA: SIGNIFICATI E MODALITÀ DI ANALISI PER LA COMPOSIZIONE DELL'ÉQUIPE ASSISTENZIALE

G. PITACCO ⁽¹⁾, A. SILVESTRO ⁽²⁾

⁽¹⁾ Infermiera Dirigente, I.R.C.C.S. «Burlo Garofalo» di Trieste.

⁽²⁾ Dirigente del Servizio infermieristico, Azienda per i servizi sanitari n. 4 «Medio Friuli», Udine - Vice Presidente Aniarti

Premessa

Il modello della «Complessità assistenziale» è stato elaborato (1) sia per dare una risposta professionale alla difficoltà che l'organizzazione sanitaria ha nel reperimento di infermieri nel mercato del lavoro, sia per evitare che si possa pensare di risolvere tale difficoltà sostituendo acriticamente gli infermieri con gli operatori di supporto all'assistenza infermieristica.

La sfida che viene lanciata nel convegno dell'Aniarti presentando il modello e ridefinendolo rispetto alle tipicità assistenziali dell'Area Critica, è quella di verificare se si può sostenere che in tale area possono essere inseriti operatori di supporto all'assistenza infermieristica.

GIULIANA PITACCO

Infermiera Dirigente, I.R.C.C.S. «Burlo Garofalo» di Trieste.

La base per l'elaborazione del modello è stata:

– la presa d'atto che la legge n. 251/2000 – dopo la legge n. 42/99 – assegna all'infermiere la responsabilità della personalizzazione dell'assistenza,

– la convinzione che la personalizzazione dell'assistenza risulta essere spesso solamente uno slogan,

– la constatazione che l'ospedale è sempre di più un luogo di cura per pazienti acuti con dimissioni precoci,

– l'idea che è necessario garantire una forte integrazione con il territorio mediante una capillare diffusione dei servizi territoriali,

ed infine la necessità di stimare coerentemente a quanto sopra riportato il fabbisogno di infermieri.

In letteratura vengono evidenziate circa una trentina di variabili che influenzano il carico di lavoro infermieristico, quali ad esempio la struttura architettonica, la distanza dei servizi diagnostici dal paziente, la disponibilità

(1) Modello della complessità assistenziale di A. SILVESTRO e G. PITACCO

di attrezzature di risorse e di tecnologie, le caratteristiche del gruppo professionale, l'esperienza dei professionisti, lo stile di leadership, il fatto che la sede lavorativa sia anche sede di formazione clinica.

Tali elementi però, che caratterizzano le varie Unità Operative, non possono essere presi in considerazione nella elaborazione di un modello che deve necessariamente astrarsi dalle specifiche realtà.

Sono state di conseguenza prese in considerazione, in quanto omogeneamente estraibili, le caratteristiche delle persone assistite, lasciando che le variabili sopradescritte giochino in modo diverso nelle varie realtà.

Le prime riflessioni elaborative rispetto al modello della complessità, si sono basate sulle variabili che definiscono la complessità organizzativa.

Tali variabili sono state poi tradotte in variabili che definiscono la complessità assistenziale.

Le variabili considerate sono: «incertezza», «interdipendenza», «decentramento della discrezionalità decisoria».

Le variabili sono state declinate su alcuni elementi cardine:

- la condizione di salute malattia della persona,
- la «competenza» intesa come «saper agire»,
- la capacità di soddisfare autonomamente i propri bisogni ossia di essere in grado di «fare».

Tanto più la situazione assistenziale è complessa, tanto più è importante enucleare elementi generali su cui sviluppare l'analisi, piuttosto che studiare pedissequamente le singole componenti della situazione.

Sui tre assi che definiscono graficamente la logica del modello rispetto alla persona assistita, sono state messe in evidenza le variabili ricordate prima.

Sull'asse «salute-malattia» viene indicata l'instabilità e la stabilità clinica; sull'asse «comprensione-scelta» è indicata la capacità di decidere cosa si vuole venga attuato; sull'asse «autonomia-dipendenza» è indicata la capacità della persona di soddisfare i propri bisogni.

Mano che si compie l'analisi sulle diverse assi analizzando le singole variabili si modifica e cambia il ruolo dell'infermiere.

L'asse della salute e malattia, ovvero l'asse verticale, rappresenta l'incertezza sulle condizioni cliniche del paziente.

L'asse della comprensione e della scelta, ovvero l'asse longitudinale, rappresenta la coniugazione della discrezionalità decisoria; l'asse dell'autonomia-dipendenza, ossia l'asse orizzontale, rappresenta la capacità di mettere in atto azioni autonome.

Man mano che aumenta l'instabilità del paziente, vi è una diminuzione della capacità decisoria e della discrezionalità dell'infermiere. L'asse verticale rappresenta l'area della attività collaborativa degli infermieri con altri professionisti. Questa è l'asse in cui vengono gestiti i processi diagnostico-terapeutici che vengono prescritti da altri.

Nonostante l'alta instabilità clinica produca una bassa capacità decisoria per l'infermiere, a quest'ultimo è comunque richiesta una alta capacità di interpretare segni e sintomi.

Sull'asse della comprensione e della scelta si colloca l'area della specifica

attività dell'infermiere che in questo caso ha sempre un'alta discrezionalità decisoria, in quanto in questo asse si collocano gli interventi di tipo educativo, di sostegno e di mobilitazione delle risorse della persona assistita.

Il terzo asse è quello dell'autonomia e della dipendenza, variabile quest'ultima che viene considerata in tutte o nella maggior parte delle metodologie per la rilevazione al fabbisogno infermieristico.

Anche quest'ultima asse si connota per l'alta discrezionalità decisoria dell'infermiere rispetto la pianificazione delle attività da mettere in atto e la decisione se effettuare direttamente le diverse attività oppure demandarle agli operatori di supporto.

Alla luce del modello si ritiene che l'assistenza infermieristica sia un processo di presa in carico ad elevata integrazione con la persona assistita e con i care givers (parenti e figure di riferimento dell'assistito) oltre che con altri professionisti della salute (ad esempio i medici) e con il personale di supporto (in particolare per quanto riguarda l'area dell'autonomia della dipendenza).

ANNALISA SILVESTRO

Dirigente del Servizio infermieristico, Azienda per i servizi sanitari n. 4 «Medio Friuli», Udine-Vice Presidente Aniarti

La presentazione precedente era impostata sulla analisi della persona di cui l'infermiere si fa carico. In questa relazione il percorso viene rifatto rispetto alla funzione che l'infermiere svolge.

Fino ad ora l'infermiere ha prevalentemente ragionato basandosi sul concetto di dipendenza.

Quando vi è dipendenza, sia di tipo fisico sia di tipo cognitivo, vi è altresì una completa e globale presa in carico della persona.

Dalla tale presa in carico deriva un carico di lavoro e un impegno infermieristico che è molto più orientato alla manualità lavorativa che all'attenzione a quelli che sono i modelli cognitivi, le abilità, la capacità di analizzare problemi, di individuare priorità e di decidere cosa è meglio fare, quando farlo e come farlo.

La logica conseguenza di quanto esposto è la scarsa necessità di avere infermieri con un significativo percorso formativo.

Da cui la domanda che spesso ci è stata posta: ma a cosa serve che gli infermieri vadano all'università?

Un altro aspetto su cui è importante riflettere è la capacità – possibilità della persona di governarsi durante questo il continuum salute malattia.

L'attuale società non accetta l'approccio paternalistico nei confronti del paziente; ciò produce il superamento dell'autoreferenzialità e la necessità di far comprendere perché servono infermieri e che cosa succede se c'è o meno assistenza infermieristica.

Ne consegue il bisogno di far comprendere qual è la diversità:

– tra una assistenza effettuata da un professionista Infermiere ed una assistenza effettuata da un Operatore Socio Sanitario,

- tra una assistenza effettuata da un medico che ha la collaborazione altamente qualificata di un infermiere,
- tra un'assistenza effettuata da un medico che ha la collaborazione di un Operatore Socio Sanitario, di un barelliere, di un autista soccorritore, di un volontario non professionista.

Ogni singolo professionista infermiere deve farsi portatore di questi messaggi e deve essere capace di fare marketing professionale.

La competenza non significa solo «fare» ma significa anche capire quando «far fare» ad altri e quando chiedere la competenza di altri.

Su questo punto è importante una riflessione: quante volte il gruppo professionale non ha voluto il coadiuvo di altri (ad esempio gli OSS) perché, forse, in difficoltà nel valutare le priorità relativamente alla propria azione autonoma.

Se la competenza è intesa anche come un «sapere agire» della persona, è indispensabile traslare tale competenza sulla professionalità infermieristica.

L'infermiere deve essere in grado di capire, comprendere, analizzare ciò che sta succedendo per scegliere, ovvero per definire la priorità di esecuzione di manovre in relazione alla specificità infermieristica, per definire le possibilità di demando ad altri operatori di alcune attività o per decidere la non pertinenza con l'assistenza infermieristica di alcune attività o prestazioni in quanto distoglienti dal proprio mandato principale.

Altra riflessione è necessaria sul coinvolgimento della persona assistita o dei suoi familiari nell'esecuzione delle manovre non propriamente sanitarie; in alcuni casi può essere utile una informazione ed educazione della persona o l'addestramento all'autocura che l'infermiere effettua.

Analizzando nei dettagli il modello emergono una serie di riflessioni su quanto presentato precedentemente.

Il Profilo Professionale dell'infermiere indica che lo stesso deve rendersi garante della corretta esecuzione delle procedure diagnostico-terapeutiche che vengono prescritte dal professionista medico, che ha competenza primaria in questa fase.

In tale fase l'infermiere è un collaboratore ad altissima ed elevatissima capacità e competenza professionale, ma non è l'attivatore del processo. Questa è l'area della collaborazione in quanto maggiore è la specificità e la competenza del medico, minore è la discrezionalità dell'infermiere.

Il paziente di cui ci si fa carico ha bisogno di avere buoni medici ma anche buoni infermieri; il continuo spostamento degli infermieri sulle attività tipiche del medico porta a trascurare le attività tipiche dell'assistenza infermieristica e questo pone le basi per una sottrazione dello specifico professionale mediante l'effettuazione di attività caratterizzanti altri professionisti sanitari.

Il modello presentato deve permettere una ulteriore riflessione: il fatto che il professionista infermiere non abbia una discrezionalità decisoria ma lavori, assista in base alle prescrizioni e alle indicazioni del medico non significa che l'infermiere non debba avere una grande capacità e competenza tecnica, ad esempio sulla semeiotica (che in questo momento è quasi esclusivamente appannaggio dell'infermiere).

Segni, sintomi e sensazioni caratterizzano l'attività quotidiana dell'infermiere, supportandone la capacità decisoria nell'attivazione dei processi assistenziali.

Relativamente all'Area Critica è ben ricordare che per certi versi può avere una maggiore capacità di utilizzare la semeiotica un infermiere che lavora in un reparto di medicina rispetto chi opera in una terapia intensiva.

Quest'ultimo infatti può usufruire di molteplici supporti tecnici, mentre il collega della medicina deve necessariamente compiere autonomamente l'analisi dei dati, in quanto se ciò non avviene vi può essere la compromissione delle capacità vitali del paziente (momento tardivo).

Una bassa discrezionalità decisoria non significa necessariamente una bassa capacità di interpretare segni e sintomi; una competenza strutturata porta ad una alta capacità di prevedere eventuali problemi per il paziente o di gestirli in maniera corretta nel momento in cui si verificano anche per attivare altri professionisti, quali ad esempio il medico.

Proseguendo con l'analisi, possiamo dire che è possibile trovare l'asse dove è presente la massima espressività della professionalità infermieristica, ovvero l'area specifica.

Se la persona non è in grado di comprendere ciò che gli sta accadendo, ad esempio perché è obnubilata nel sensorio, perché presenta una demenza, perché è in coma o per altri motivi, è fondamentale il ruolo dell'infermiere; questi deve essere in grado di decodificare i bisogni che la persona può avere e definire ciò che deve essere attuato di conseguenza. L'infermiere si sostituisce alla persona nel caso in cui questa non può compiere autonomamente alcune azioni.

Nelle nostre Unità Operative vengono decodificati problemi o vengono attuati compiti ripetitivi (rifacimento letti, somministrazione della terapia, manutenzione dei respiratori e degli umidificatori)?

Se una persona è in grado di interloquire con l'esterno il ruolo dell'infermiere è importantissimo in quanto è necessaria la spiegazione, il coinvolgimento nei percorsi assistenziali, l'aiuto alla persona nella comprensione e nella scelta di ciò che è meglio per sé, l'addestramento a compiere autonomamente gli atti che soddisfino i suoi bisogni.

Questa è l'area autonoma e di eccellenza dell'infermiere, che molte volte viene trascurata e di cui non sempre gli infermieri si fanno carico.

Ancora una riflessione sull'area della pianificazione e supervisione: gli Infermieri hanno gestito sempre completamente quest'area, fino ad arrivare ad una «infermieristizzazione» dell'assistenza.

Molte volte gli infermieri hanno effettuato attività e prestazioni aspecifiche non perché fosse necessario e importante per la persona, ma perché l'organizzazione del lavoro andava in quella direzione.

La dipendenza fisica o mentale faceva scattare automaticamente il concetto di competenza esclusiva infermieristica.

Questo concetto deve essere rivisto.

Infatti, con l'avvento sul territorio di strutture alternative all'ospedale (residenze sanitarie assistite, ospedali di comunità, case di riposo) dove è presente

un alto grado di dipendenza degli ospiti, non vi è una importante e rilevante presenza infermieristica.

È importante pertanto la definizione di che cosa è atto sanitario infermieristico, di che cosa è atto sanitario in genere e di che cosa non lo è che di conseguenza non necessita della concretizzazione operativa dell'infermiere.

L'infermiere non può essere visto solo in una ottica di «professional» in senso puro, cioè di colui che esegue direttamente le prestazioni, ma deve essere anche visto come colui che coordina e gestisce altri operatori che collaborano con lui.

La gestione del personale di supporto all'assistenza infermieristica non è del coordinatore infermieristico, ma dell'infermiere che, essendo responsabile dell'assistenza generale infermieristica, decide cosa, quando, come demandare alcune attività ad altri, mantenendo la titolarità del processo assistenziale.

Da quanto detto deriva il progetto di presa in carico della persona assistita da parte dell'infermiere che ha una competenza specifica che gli derivata dal proprio Profilo Professionale (D.M. 739/94).

La competenza infermieristica:

- sull'asse salute-malattia è legata alla gestione dei percorsi diagnostico terapeutici attivati da altri professionisti sanitari (ad esempio modalità di gestione della somministrazione della terapia);

- sull'asse comprensione-scelta è legata alla gestione della relazione educativa e alla definizione della tipologia dei processi di assistenza (mediante la relazione con la persona assistita o la sostituzione per il tempo più breve possibile in caso di possibilità autonoma);

- sull'asse autonomia-dipendenza è legata al pieno governo dei processi assistenziali.

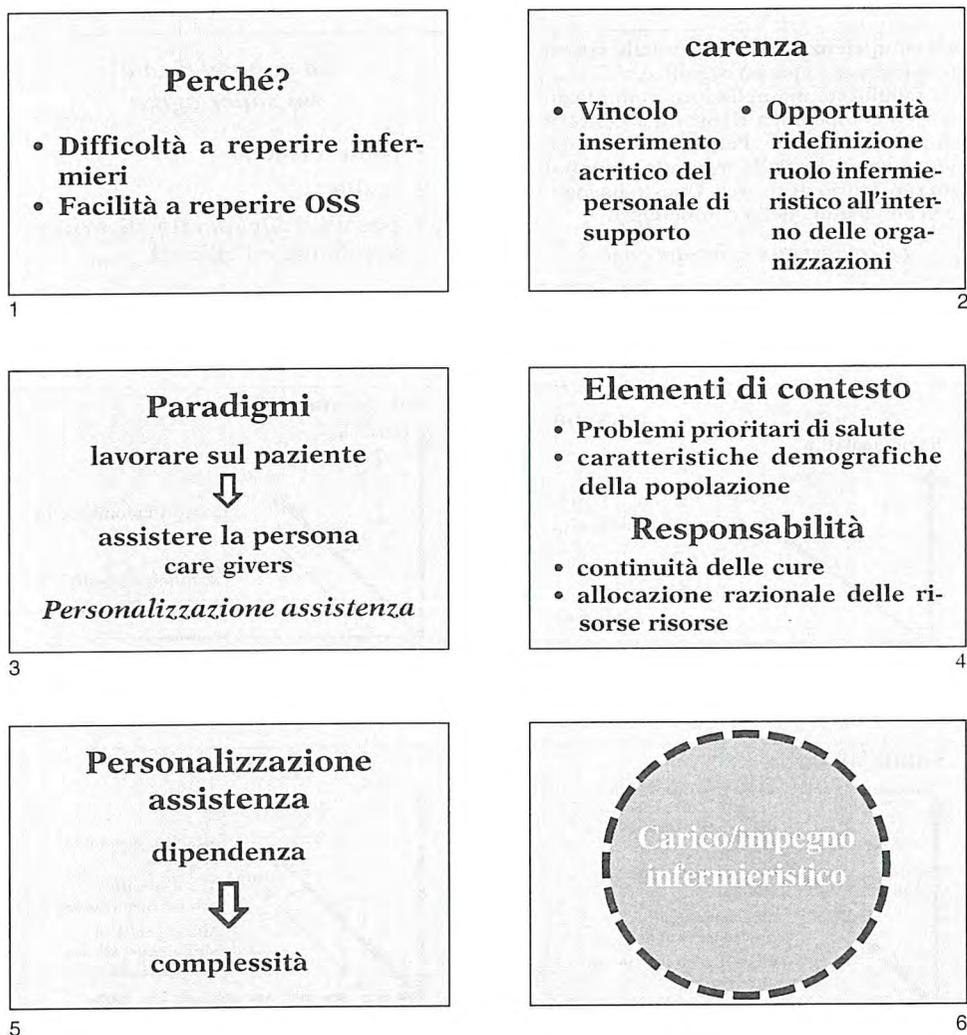
Da quanto detto è possibile evidenziare quali possano essere le competenze distintive anche nella formazione post base dell'infermiere, ovvero che cosa significa acquisire un Master clinico.

Un infermiere in possesso di Master clinico è in grado di dare risposte ulteriori e più approfondite agli stessi bisogni che vengono gestiti degli infermieri che si occupano di assistenza generale.

L'infermiere in possesso di Laurea Specialistica, ovvero il Dottore in Scienze Infermieristiche, può continuare ad occuparsi di assistenza (ponendo una maggiore attenzione alla specificità disciplinare), può attivare percorsi di ricerca, di riflessione sulle modalità di effettuazione e di pianificazione dell'assistenza, di concretizzazione delle prestazioni. Potrà inoltre rivedere i percorsi, concettualizzare, riempire lo zaino della disciplina infermieristica di ulteriore contenuti che potranno diventare patrimonio professionale e quindi operativo di tutto il gruppo professionale infermieristico italiano.

LA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE: UN MODELLO DI ANALISI

G. Pitacco e A. Silvestro



Elementi considerati
Complessità organizzativa

- il livello di incertezza del sistema
- il livello di interdipendenza
- il decentramento di discrezionalità decisionale
- la dimensione

7

Complessità assistenziale

Parole chiave

- Condizione salute/malattia
- Competenza della persona

8

La competenza non risiede nelle risorse (conoscenze, capacità cognitive, abilità,...) da mobilitare ma nella loro mobilitazione. La competenza rientra nel concetto di *saper mobilitare*. Perché ci sia competenza è necessaria la messa in campo di un repertorio di risorse. Questo bagaglio è la condizione della competenza.

La competenza è un saper agire

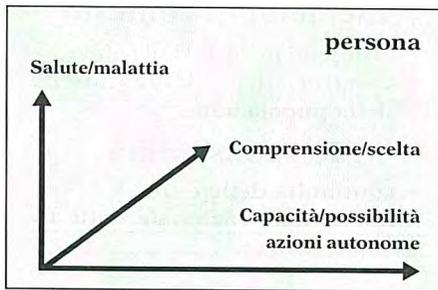
LE BOFERT, 1995

9

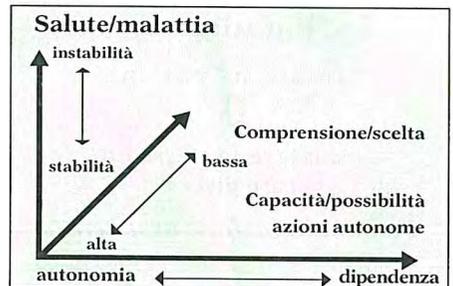
La competenza è un saper agire

- comprensione
- scelta
- possibilità/capacità di azioni autonome ed efficaci

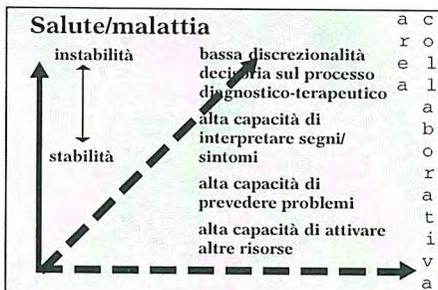
10



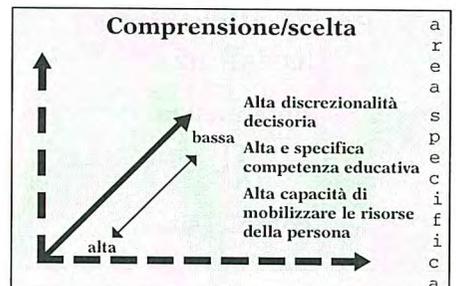
11



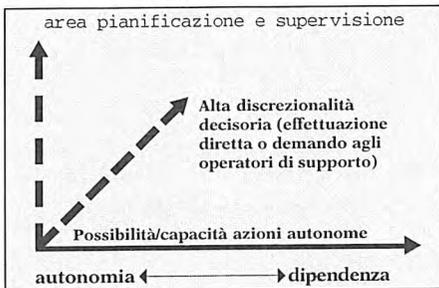
12



13



14



15

L'assistenza infermieristica è

- Un progetto di presa in carico, ad elevata integrazione, della persona e dei care givers
- il progetto di vita della persona può essere:
 - a rischio
 - compromesso/«invalidato»
 - «sostenuto» per essere gestito dalla persona/care givers

16

La professionalità infermieristica muove dalla

Competenza professionale:

«uso abituale e ragionevole delle conoscenze, abilità comunicative, tecniche, ragionamento diagnostico, emozioni, valori e riflessione nella pratica quotidiana per il beneficio del singolo e della comunità servita»

EPSTEIN, HUMBERT, JAMA 2002

17

Professionalità e competenze distintive degli infermieri (DM 739/94)

Gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici



18

*Grazie per
l'attenzione*

Annalisa e Giuliana

CASO CLINICO

Presentazione a cura di M. MARSEGLIA e F. PIERGENTILI

Il signor A.Z., ha 50 anni, è cardiopatico grave e presenta gli esiti di una pregressa poliomielite.

Nel 1977 è stato sottoposto ad un intervento di coartazione istmica dell'aorta.

A seguito di una serie di indagini ed accertamenti, è stato riscontrato un «aneurisma dell'aorta ascendente, insufficienza aortica moderata e insufficienza mitralica lieve» e si è giunti alla conclusione di programmare un intervento di aneurismectomia.

Il 1 febbraio 2003 A.Z. viene ricoverato presso l'Unità operativa di cardiocirurgia per l'intervento in elezione.

Gli indici classificatori di rischio per questo tipo di chirurgia, rilevano un

- TU Score di 3 (Score di rischio secondo J. Tu);
- Euro Score 9 (Score di rischio secondo il sistema Europeo)

All'ingresso, il signor A.Z. è accompagnato da alcuni famigliari, pienamente collaborante e appare consapevole della delicatezza dell'intervento a cui si deve sottoporre.

Vengono raccolti i dati infermieristici, controllata la documentazione e programmate le procedure diagnostiche per il completamento dello studio. Viene consegnato l'opuscolo informativo relativo al reparto ed assegnato il posto letto.

Durante la visita medica, emergono nuove problematiche sopravvenute e vengono quindi prescritte ulteriori indagini diagnostiche.

Il giorno precedente l'intervento chirurgico viene visitato dall'anestesista, firma il modulo del «consenso informato». Viene effettuata dagli infermieri, secondo i protocolli stabiliti, la preparazione fisica all'intervento.

Durante queste attività gli infermieri forniscono ulteriori informazioni per affrontare al meglio l'intervento.

La mattina del 5 febbraio, il signor A.Z., dopo aver fatto la doccia preoperatoria e la somministrazione dei farmaci di pre-medicazione, viene accompagnato con la documentazione clinica, in Sala Operatoria da un OTA.

Nell'intervento, in circolazione extracorporea, viene sostituita la valvola aortica e l'aorta ascendente con l'impianto di un tubo valvolato (Intervento di Bentall).

Alle ore 23,30 del 5 febbraio, dopo varie ore di intervento, il signor A.Z. viene portato dalla sala operatoria in Rianimazione Cardiocirurgica. Viene istituito il monitoraggio emodinamico e respiratorio continuo, prescritti e somministrati i farmaci per stabilizzare l'emodinamica circolatoria: dopamina, dobutamina, adrenalina e nitroprussiato di sodio in pompa, la sedazione e l'antidolorifico. Continua ad essere sottoposto a ventilazione meccanica controllata.

Sono presenti drenaggi toracici e mediastinici, tubo endotracheale, catetere arterioso, catetere venoso centrale, catetere venoso periferico, sondino nasogastrico, catetere vescicale con sonda termometrica.

L'assistenza infermieristica è totalmente compensativa.

Viene quindi messo in atto un lento weaning respiratorio con una graduale diminuzione del dosaggio dei farmaci.

Il primo controllo radiografico evidenzia un'atelectasia del lobo superiore destro del polmone sinistro. Viene decisa una fibroscopia di controllo.

Il 7 febbraio, dopo weaning respiratorio, viene rimosso il tubo endotracheale.

Nei giorni successivi il signore alterna periodi di dispnea ingravescente a periodi di eupnea.

In accordo con la fisioterapista e gli infermieri viene intensificata la ginnastica respiratoria passiva ed attiva e somministrati farmaci mucolitici e l'aerosol.

Parametri ed esami di laboratorio indicano però un peggioramento delle funzioni vitali. Vengono somministrati farmaci vasoattivi in pompa per sostenere il circolo, con un progressivo aumento del dosaggio.

Al prolungarsi della degenza, si inizia la somministrazione della nutrizione parenterale totale (NPT) e Nutrizione enterale (NE).

In seguito, si alternano periodi di ventilazione assistita tramite CPAP con casco, a periodi di somministrazione di ossigeno-terapia ad elevata concentrazione con *ventimask* e si rendono necessarie delle fibroscopie quotidiane a scopo terapeutico e diagnostico.

Il 12 febbraio, il signor AZ ha un primo episodio di arresto cardiocircolatorio. Vengono attuate le manovre di rianimazione e il signor AZ nuovamente intubato e riconnesso al ventilatore.

Vengono effettuate una serie di indagini e si riattiva il monitoraggio emodinamico e respiratorio invasivo.

Dal punto di vista assistenziale, il signor AZ. regredisce ad una situazione di totale dipendenza. Inoltre, le condizioni e l'immobilizzazione lo pongono a rischio di lesioni da decubito. Il materasso antidecubito è a fluttuazione d'aria e si applica un protocollo denominato «da lungodegenti».

Una Tac evidenzia una polmonite bilaterale.

Vi è uno scadimento dell'attività gastrointestinale, cardio-respiratoria e renale, che richiedono l'emofiltrazione veno-venosa e la somministrazione di ossido nitrico per l'ipertensione polmonare.

Il decorso continua con fasi di iperpiressia; si rilevano segni di sofferenza meningea; una rachicentesi diagnostica si rivela negativa.

Il 21 febbraio viene eseguita una revisione sternale per diastasi ed il giorno successivo, un controllo Tac, evidenzia un quadro di ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome).

Il 26 febbraio, durante iperpiressia, si rileva brivido intenso. Vengono sostituite tutte le vie infusive ed arteriose.

Nella sacca di raccolta della sonda naso-gastrica viene reperito materiale

ematico: una gastroscopia d'urgenza evidenzia un gemizio a livello gastrico. Si posiziona una gastrolusi refrigerante e vengono monitorate le caratteristiche del materiale drenato.

Il 27 febbraio, con il protrarsi della ventilazione meccanica, si confeziona una tracheostomia.

Il controllo Tac e la fibroscopia indicano un lieve miglioramento del quadro polmonare.

Il 5 marzo si inizia a ridurre i sedativi e la frequenza delle rilevazioni del monitoraggio emodinamico.

Inizia lo svezzamento dal ventilatore, per arrivare ad un alternanza di prove di respiro spontaneo durante il giorno e ventilazione assistita durante la notte.

Il 10 marzo la Tac conferma l'evoluzione positiva del quadro polmonare; si accelera lo svezzamento dal ventilatore, si sospende la sedazione farmacologica, il monitoraggio emodinamico, la NE ed i farmaci per via endovenosa. Resta in corso la NPT.

Si intensifica la fisioterapia respiratoria e la mobilizzazione a letto.

Viene effettuata una consulenza psichiatrica, per i segni di disorientamento e agitazione psicomotoria.

Nei giorni successivi si conclude il weaning respiratorio, viene avviata l'alimentazione per via orale e la mobilizzazione in poltrona. Vengono rimossi i cateteri venosi centrali.

In questo momento assume importanza notevole l'assistenza infermieristica riabilitativa: gli obiettivi assistenziali mirano al recupero di una condizione di autonomia.

L'educazione mira a far apprendere la gestione della propria vita alle nuove condizioni: interventi educativi per la gestione della cannula tracheostomica, coinvolgendo i parenti....

Il 21 marzo il signor A.Z. viene trasferito in cardiocirurgia degenza.

Durante questo periodo si è portato a compimento il percorso educativo per la gestione in autonomia della tracheostomia con il coinvolgimento della sorella.

Venerdì 4 aprile Il signor A.Z. è stato dimesso.

Dopo 63 giorni della sua vita passati in ospedale, in gran parte in una Terapia Intensiva.

PRESENTAZIONE DEL CASO



1



2



3



4



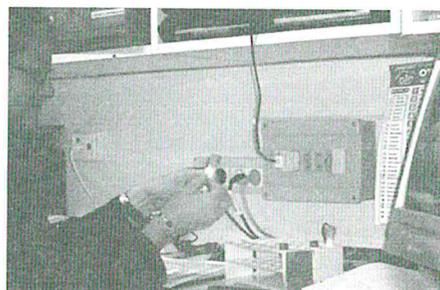
5



6



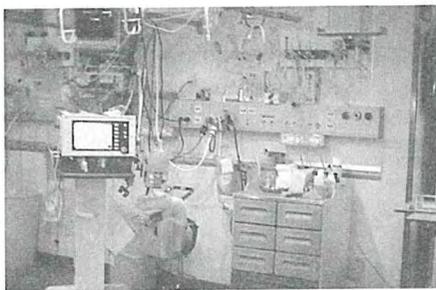
7



8



9



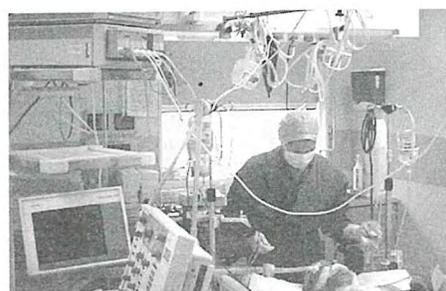
10



11



12



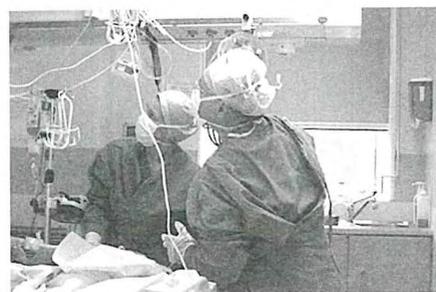
13



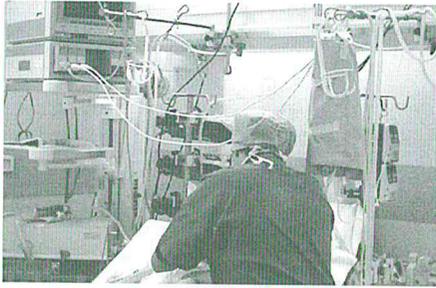
14



15



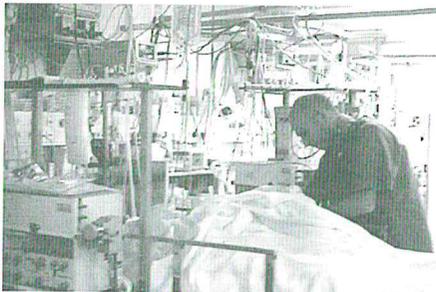
16



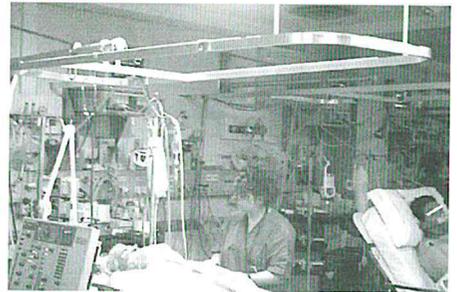
17



18



19



20



21



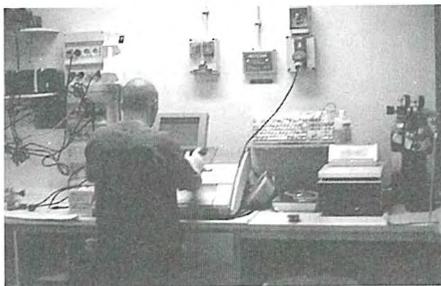
22



23



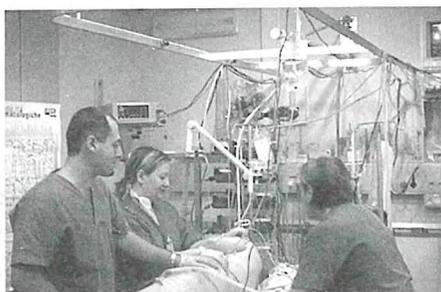
24



25



26



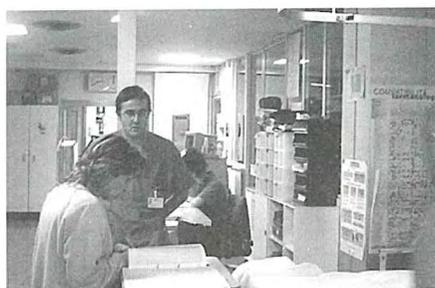
27



28



29



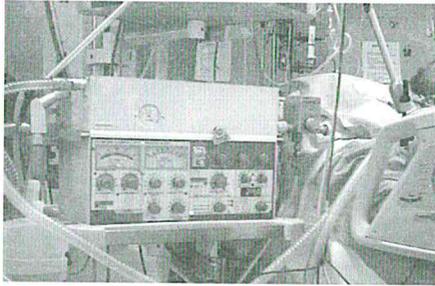
30



31



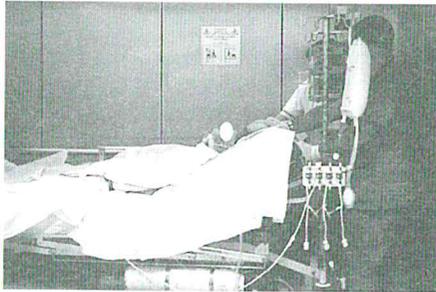
32



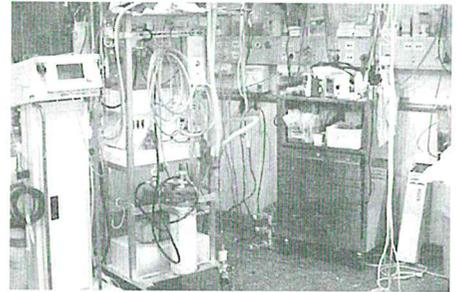
33



34



35



36



37



38



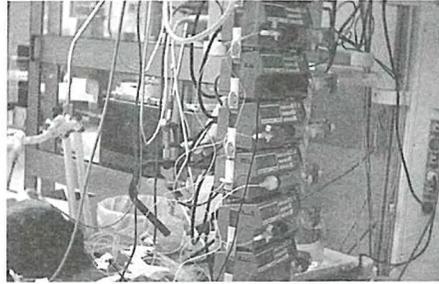
39



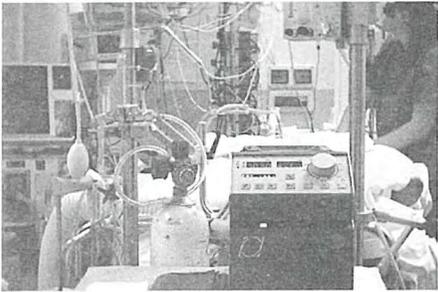
40



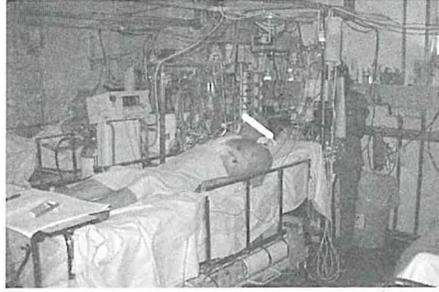
41



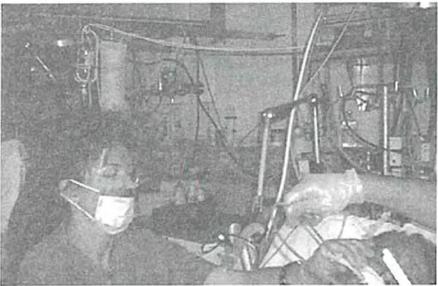
42



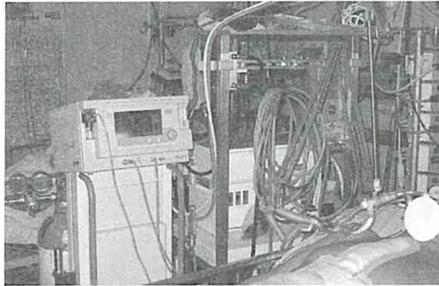
43



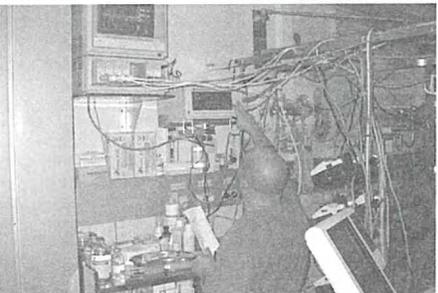
44



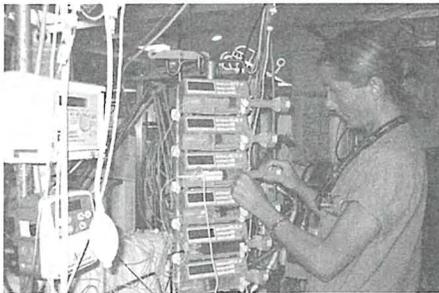
45



46



47



48



49



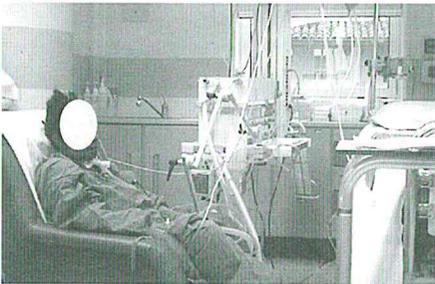
50



51



52



53



54



55



56



57



58



59



60

1ª FASE: ACCOGLIMENTO IN REPARTO DI DEGENZA

M. BENETTON

Corso di Laurea per Infermiere - Università di Padova, sede di Treviso - Comitato Direttivo Aniarti

La prima fase che viene esaminata, facendo una fotografia dell'esistente, è il momento dell'accoglimento. È il momento in cui la persona prende contatto con la struttura ed il personale che lo seguirà nella degenza; il paziente ha un'elevata consapevolezza di quanto lo aspetta, c'è un livello d'ansia moderato.

Esamineremo alcuni momenti essenziali nell'accoglimento rispetto ad alcuni criteri quali il razionale scientifico/organizzativo che giustifica l'intervento, le risorse materiali che si utilizzano e il personale che vi è dedicato.

Faremo la stessa lettura del caso, analizzando gli stessi interventi proposti, ma applicando il modello della complessità assistenziale (1) (2).

Situazione assistenziale	Razionale scientifico/ organizzativo	Mezzi/ strumenti	Professionalità/ organizzazione
1. Prima accoglienza: <ul style="list-style-type: none">raccolta dati anagraficicontrollo della documentazione consegnata dal pazientecompilazione con i dati anagrafici raccolti delle schede e cartelle in uso nella unità operativa	Importanza dell'esatta identificazione della persona Il controllo della documentazione consegnata consente di disporre di referti necessari, e di comporre la cartella clinica ai fini medico-legali (3)	Strumenti di documentazione	Infermiere o infermiere coordinatore <i>Competenze</i> <ul style="list-style-type: none">nessuna decisionalitàrichiesta attenzione nella esatta compilazionecompetenze sociali (cortesia, educazione)

Leggendo la situazione del sig. A.Z. secondo il modello presentato, analizziamo come si sviluppa nei tre assi.

Alta stabilità clinica – non c'è necessità di attivazione della professionalità

medica, l'infermiere mantiene un controllo standard sulla situazione clinica per rilevare alterazioni impreviste a rischio per il paziente

Alta comprensione/scelta – leggendo questa seconda variabile il paziente è in grado di comprendere e quindi di assumere comportamenti consapevoli; anche le persone di riferimento hanno la stessa consapevolezza. Il livello d'ansia, presente, ma moderata, non influisce in questa prima fase in quanto non gli viene richiesto di fornire solo delle informazioni «neutrali» che non sono relative al suo stato di salute.

Alta capacità di agire in autonomia – il sig. A.Z. può mettere in atto autonomamente comportamenti di cura della propria persona.

Questa lettura secondo il modello della complessità assistenziale ci fa dire che questo paziente in questa fase di accoglimento non ha necessità di un'assistenza di tipo infermieristico diretta; le attività e le prestazioni che si vanno ad agire sono di raccolta di dati anagrafici e non clinici, e di controllo sulla documentazione consegnata.

Si può quindi affermare che si tratta di un'attività *generica* trasferibile ad altre figure con assunzione di responsabilità di chi le effettua; *supervisione* solo sulla definizione delle procedure e del loro rispetto.

C'è comunque un nostro apporto. L'infermiere decide la:

- procedura scritta per l'identificazione;
- check list della documentazione sanitaria da ritirare.

Si tratta di un'attività standardizzabile, il personale da coinvolgere può essere amministrativo o personale di supporto senza particolari qualifiche

Si sta utilizzando una risorsa (infermiere) in modo improprio che costa «molto» e che è «scarsa numericamente» distogliendola da compiti propri ed istituzionali. È piuttosto evidente l'aspetto «compensativo» degli infermieri in attività con pertinenti alla loro professionalità.

Situazione assistenziale	Razionale scientifico/ organizzativo	Mezzi/ strumenti	Professionalità/ organizzazione
2. Pianificazione assistenziale <ul style="list-style-type: none"> • Anamnesi remota e prossima • Individuazione dei bisogni assistenziali • pianificazione dell'assistenza • prima applicazione del piano ed interventi adottati 	I pazienti che ricevono un'assistenza personalizzata hanno migliori risultati di esito rispetto ai pazienti che ricevono un'assistenza di routine (4) L'introduzione di esplicite Linee Guida nella pratica clinica migliora l'esito dell'assistenza (5)	Strumenti di informazione ed integrazione cartella infermieristica, moduli informatizzazione dati	Infermiere COMPETENZE <ul style="list-style-type: none"> • esperienza clinica di base • competenza nella pianificazione di base • alta discrezionalità nell'assunzione di decisioni conoscenza della documentazione in uso.

In questa fase la lettura delle tre dimensioni considerate non cambia; c'è

Alta stabilità

Alta comprensione/scelta

Alta capacità di agire in autonomia

Bisogna però fare delle considerazioni rispetto l'attività che si va a svolgere, cioè la pianificazione assistenziale, soprattutto per quanto riguarda la variabile comprensione/scelta.

Nella pianificazione l'infermiere deve ricercare e attivare le risorse della persona e del gruppo familiare affinché scelgano e adottino comportamenti di miglioramento della salute anche attraverso l'adesione al piano assistenziale. Questo significa che pur avendo la persona la piena capacità cognitiva deve essere però anche accompagnata con informazione adeguata e corretta, per poter consapevolmente scegliere. Nell'alto livello di comprensione/scelta, la tipologia dell'attività richiede un intervento *educativo/relazionale* ben condotto che necessita di alta e specifica competenza.

Ma ancora questo paziente è molto autonomo. L'infermiere deve tener conto di questo per potenziare le sue risorse nella cura di sé e non pianificare attività sostitutive quando la persona è perfettamente in grado di eseguirla da solo.

La pianificazione è un'attività *esclusiva* dell'infermiere non trasferibile con totale assunzione di responsabilità di chi la effettua; la supervisione è solo tra pari.

In questa fase c'è una forte *motivazione* dell'infermiere che si pone come interlocutore privilegiato nel definire con il cliente il piano assistenziale.

Quali *competenze* sono richieste all'infermiere?

– Competenze nella clinica; senza un'adeguata preparazione scientifica è difficile individuare gli interventi da effettuare rispetto la patologia e saper rilevare le alterazioni e le complicanze possibili.

– Capacità di pianificazione; conoscenza dei modelli teorici, capacità di raccogliere dati significativi, di individuazione dei bisogni di salute e delle possibili risposte infermieristiche.

– Capacità decisionale rispetto il piano assistenziale; l'infermiere deve saper individuare le priorità assistenziali, definire i criteri di valutazione sugli interventi che siano coerenti con la situazione clinica, e deve decidere come, quali e quante risorse umane e materiali utilizzare.

– Capacità relazionali/educative nel condividere il progetto assistenziale con il cliente. In un paziente che aderisce al piano assistenziale e/o terapeutico i risultati sono migliori.

Situazione assistenziale	Razionale scientifico/ organizzativo	Mezzi/ strumenti	Professionalità/ organizzazione
<p>3. Informazione al malato ed alle persone di riferimento</p> <ul style="list-style-type: none"> • intervento di informazione e/o di educazione terapeutica per il pre-post operatorio • valutazione sulla comprensione 	<p>I pazienti informati, collaborano maggiormente ed i risultati sono migliori.</p> <p>Fornire le informazioni al malato e alle persone di riferimento è un obbligo per il professionista sanitario.(6)</p>	<p>Tecniche di comunicazione e di educazione. Colloquio Opuscoli informativi</p>	<p>Medico per la comunicazione delle informazioni relative alla patologia ed al processo diagnostico-terapeutico</p> <p>Infermiere per le informazioni relative ad alcuni aspetti del pre-post operatorio</p> <p>L'intervento è soprattutto informativo. Non viene valutato:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la comprensione dell'informazione • lo sviluppo di abilità o comportamenti finalizzati al recupero della propria salute • la partecipazione dei familiari al progetto educativo

Anche in questa fase la lettura delle tre dimensioni considerate non cambia; persiste

Alta stabilità

Alta comprensione/scelta

Alta capacità di agire in autonomia

Bisogna però considerare la forte presenza dei familiari di riferimento che devono entrare nel progetto informativo/educativo; questo aumenta la complessità dell'intervento educativo che viene richiesto all'infermiere.

In questa fase l'attività si espleta nel valutare la partecipazione al progetto educativo, nella trasmissione di informazioni, nell'effettuare interventi educativi (cure igieniche per la riduzione delle infezioni, ginnastica respiratoria, ecc.), e nel valutare la comprensione.

La persona dev'essere posta in condizione di poter scegliere dando conoscenza; anche se è consapevole non è un esperto e la sua scelta deve passare attraverso una informazione ed un intervento educativo adeguato alla situazione, corretto ed efficace.

Attività educativa è *esclusiva* dell'infermiere perché il percorso formativo di base prevede il raggiungimento di questa competenza. È un'attività *non trasferibile* alle figure di supporto.

Questa attività è spesso penalizzata e poco agita per motivazioni di tempo; ma se togliamo le attività improprie vediamo che la risorsa infermiere ha tutte le possibilità di dimostrare e di applicare le competenze acquisite nella formazione di base e nel rispetto del suo profilo professionale.

L'attività educativa dev'essere sempre agita dall'infermiere, in ogni momento dell'assistenza, in quanto *valorizzante* la professione.

Situazione assistenziale	Razionale scientifico/ organizzativo	Mezzi/ strumenti	Professionalità/ organizzazione
4. Indagini diagnostiche <ul style="list-style-type: none"> • Informazione al malato/famiglia relativamente alle indagini, loro significato e alla preparazione. • Organizzazione, preparazione, attuazione delle indagini. • Recupero e prima interpretazione dei referti 	I pazienti informati sul programma diagnostico, collaborano maggiormente all'effettuazione delle stesse ed i risultati sono migliori.	Attrezzature diagnostiche Procedure organizzative con le unità operative di diagnosi e cura Procedure operative interne per il trasporto del paziente	Medici ed altri specialisti Infermiere COMPETENZE <ul style="list-style-type: none"> • esperienza clinica per la preparazione e l'assistenza nella fase diagnostica • conoscenze cliniche per la lettura dei referti ed individuazione delle alterazioni potenzialmente a rischio

segue

			Operatori di supporto COMPETENZE <ul style="list-style-type: none"> • conoscenza delle procedure organizzative sul trasporto • assunzione di responsabilità nel recupero della documentazione sanitaria
--	--	--	---

Anche in questa fase la lettura delle tre dimensioni considerate non cambia;

Alta stabilità

Alta comprensione/scelta

Alta capacità di agire in autonomia

La riflessione che possiamo fare è che c'è la necessità di sottoporre la persona ad ulteriori accertamenti diagnostici; l'intervento collaborativo con il medico è per garantire la prescrizione diagnostica. Serve un'integrazione tra medico ed infermiere ma ovviamente c'è scarsa decisionalità in quanto l'atto è prescrittivo.

Ma essendo il paziente clinicamente stabile, l'infermiere può anche decidere che parte dell'attività di «garantire le prescrizioni diagnostico-terapeutiche» può trasferirle a figure di supporto. Non c'è la necessità che svolga in proprio, ad esempio, l'accompagnamento alle Diagnostiche. Ben diverso sarebbe se il paziente fosse a rischio di instabilità o addirittura molto instabile dove dovrebbe prevedere l'attivazione di risorse diverse nelle professionalità o nel numero.

Gli interventi che si vanno ad espletare richiedono la partecipazione di varie figure.

L'attività informativa sulle procedure diagnostiche a cui sarà sottoposto il paziente è *specifica* del medico e dell'infermiere. Per prassi l'informazione viene data dal medico che è il decisore del processo diagnostico-terapeutico.

L'attività organizzativa di preparazione all'esame diagnostico è *specifica* del medico e dell'infermiere, anche se per prassi questa è svolta dall'infermiere. Richiede conoscenza clinica specifica (la tipologia dell'indagine diagnostica) ma anche degli assetti organizzativi dei Servizi che effettuano la prestazione.

L'attività di interpretazione dei risultati diagnostici è *esclusiva* del medico.

L'attività di individuazione e segnalazione di alterazioni è *specifica* dell'infermiere che rileva situazioni a rischio e le comunica al medico.

Nelle attività di informazione, organizzazione ed interpretazione immediata dei referti per la segnalazione immediata di alterazioni patologiche, c'è

una forte *motivazione* e *valorizzazione* dell'infermiere in quanto figura della continuità assistenziale (c'è sempre e lui attiva il medico) e, nei confronti del paziente, la competenza clinica che esprime rappresenta un elemento di sicurezza per la sua salute.

C'è una bassa discrezionalità decisoria sul «cosa fare» in quanto attività di prescrizione diagnostica, mentre è alta la capacità nell'interpretazione dei segni di alterazione e nell'attivazione della professionalità medica. Alta è quindi la discrezionalità *decisoria* rispetto questi ultimi elementi.

L'attività accompagnamento nei Servizi Diagnostici e può essere trasferita all'operatore di supporto dato che il paziente è clinicamente stabile ed in grado di riferire eventuali segni di alterazione;così pure il recupero referti.

Gli operatori di supporto assumono la responsabilità per l'atto ma è responsabilità dell'infermiere la decisione di trasferimento e supervisione dei risultati (*esclusiva* dell'infermiere).

Situazione assistenziale	Razionale scientifico/ organizzativo	Mezzi/ strumenti	Professionalità/ organizzazione
5. Preparazione preoperatoria all'intervento <ul style="list-style-type: none"> • preparazione intestinale • tricotomia • doccia preoperatoria • sciacqui orali con clorexidina 	<p>La tricotomia immediatamente precedente all'intervento è associata ad un minor tasso di infezione del sito chirurgico (SSI) se comparata a quella eseguita entro le 24 ore precedenti.</p> <p>Non depilare il paziente a meno che i peli non interferiscano con la procedura chirurgica.</p> <p>Raccomandazione I A (7)</p> <p>La doccia preoperatoria con clorexidina gluconato riduce l'entità della colonizzazione cutanea, e per ottenere il massimo effetto antimicrobico sono indicate ripetute docce antisettiche. Non è però ancora dimostrato il loro ruolo nella riduzione dell'infezione del sito chirurgico.</p>		<p>Infermiere</p> <p>COMPETENZE</p> <ul style="list-style-type: none"> • adesione alla prassi <p>Operatori di supporto</p> <p>COMPETENZE</p> <ul style="list-style-type: none"> • generico aiuto o disponibilità all'aiuto nella doccia preoperatoria

segue

	<p>Si consiglia di far eseguire una doccia o un bagno antisettico almeno la notte precedente l'intervento chirurgico. Raccomandazione II B (7)</p> <p>La pre-risciacquatura del cavo orale con clorexidina gluconato 0,12% riduce significativamente la mortalità nei pazienti sottoposti a cardiocirurgia a cuore aperto (8).</p>	
--	--	--

Il sig. A.Z. nella lettura del modello continua ad avere:

Alta stabilità

Alta comprensione/scelta

Alta capacità di agire in autonomia

La riflessione da fare è soprattutto sulla stabilità clinica e sull'autonomia. Lo si sta sottoponendo a prestazioni tecniche, di bassa complessità (doccia, tricotomia) che non vanno a complicare la sua situazione clinica che, abbiamo visto è di alta stabilità.

Alcune attività *generiche* attualmente svolte dall'infermiere potrebbero essere perciò trasferite agli operatori di supporto. A bassa complessità assistenziale le attività di tricotomia, doccia preoperatoria, aiuto nell'effettuazione degli sciacqui orali, sono attività standardizzabili che richiedono solo abilità tecnica. C'è assunzione di responsabilità per l'atto ma responsabilità sulla decisione di trasferimento e supervisione dei risultati rimane *esclusiva* dell'infermiere.

Un'ulteriore considerazione che ci deriva dall'applicazione del modello rispetto la lettura dell'asse autonomia. L'autonomia del paziente è così elevata che possiamo anche pensare che per la doccia non abbia bisogno di aiuto o di supervisione da parte dell'operatore di supporto e che la tricotomia possa anche eseguirla da solo.

In fondo l'infermiere deve ricercare di mantenere e di potenziare le capacità del suo paziente affinché raggiunga il massimo grado di autonomia che gli è consentito. Invece con l'attuale prassi lo rendiamo dipendente anche nelle pratiche che può gestirsi da solo, considerando che la sua capacità di comprendere, scegliere ed interagire è assolutamente mantenuta.

L'attività di educazione al paziente sulle procedure per il controllo delle infezioni ospedaliere rimane invece *esclusiva* dell'infermiere, non trasferibile al personale di supporto il quale eventualmente applica solo le procedure definite dall'infermiere.

Alta autonomia decisionale dell'infermiere per:

- trasferibilità dell'attività in riferimento alla complessità assistenziale del paziente e di supervisione dell'operato (*esclusiva*);
- definizione della procedura scritta per la parte di prestazione trasferibile (*esclusiva*);
- formazione degli operatori di supporto (*esclusiva*).

Concludendo la lettura di questa fase dell'accoglimento in reparto di degenza, quali sono le competenze che l'infermiere esprime? All'infermiere servono:

- competenze sulla pianificazione assistenziali;
- competenze relazionali elevate;
- competenze educative elevate;
- abilità tecniche generiche e di conoscenza della tecnologia semplice;
- capacità di supervisione e collaborazione con le figure di supporto.

Sembra quindi che un infermiere con formazione di base, per così dire «generalista» possa rispondere ai bisogni di salute di questo paziente.

Non appare indicato ricorrere ad un professionista con competenze diversificate acquisite con formazione post-base.

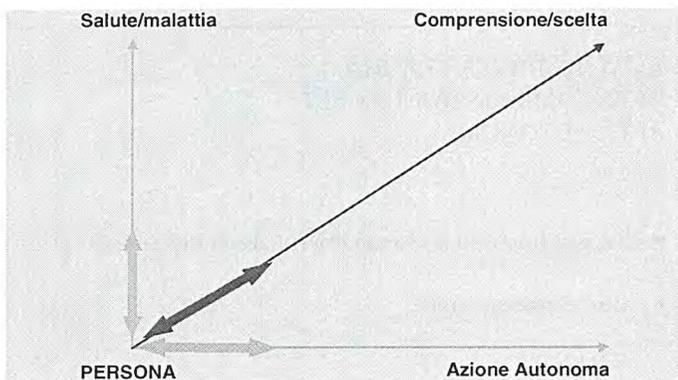
Ma questa nostra opinione, la confronteremo con Voi inviandola al dibattito che seguirà.

Bibliografia

- (1) Modello ideato da FINOS, PELLIZZARI, PITACCO, Silvestro, 2001.
- (2) VALLICELLA F., *La filosofia del progetto manageriale della Federazione Ipasvi*. Atti XIII Congresso Nazionale Ipasvi, Roma 19/20/21 settembre 2001.
- (3) DPR 27 marzo 1969 n. 128.Cod. Penale art. 476.
- (4) HEATER B.S., BECKER A.M., OLSON R.K., *Nursing interventions and patient outcomes: a meta-analysis of studies*. Nursing Research 1988; 37 (5): 303-307.
- (5) CHALMERS I., *Evaluating the effects of care during pregnancy and childbirth*. I. Pregnanc, Oxford University Press, Oxford 1989; 3-38.
- (6) Codice Deontologico dell'Infermiere 1999 art. 4.
- (7) *Linee Guida sulla Prevenzione dell'Infezione del Sito Chirurgico*, Center of Disease Control and Prevention, Atlanta 1999.
- (8) DE RISO AJ 2nd, LADOWSKI JS, DILLON TA, JUSTICE JW, PETERSON AC., *Chlorhexidine gluconate 0.12% oral rinse reduces the incidence of total nosocomial respiratory infection and nonprophylactic systemic antibiotic use in patients undergoing heart surgery*. Chest. 1996 Jun;109(6):1556-61.
HOUSTON S, HOUGLAND P, ANDERSON JJ, LAROCOCO M, KENNEDY V, GENTRY LO., *Effectiveness of 0.12% chlorhexidine gluconate oral rinse in reducing prevalence of nosocomial pneumonia in patients undergoing heart surgery*. Am J Crit Care. 2002 Nov;11(6): 567-70.

1ª Fase Accoglimento in reparto degenza	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prima accoglienza • Raccolta dati anagrafici • Controllo documentazione consegnata • Compilazione schede cartelle in uso ▪ DPR 27 marzo 1969 n. 128 ▪ Codice Penale art. 476 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infermiere o infermiere coordinatore ▪ COMPETENZE • Nessuna decisionalità • Richiesta attenzione • Competenze sociali

1



2

<p>ALTA STABILITÀ CLINICA ALTA COMPRESIONE/SCELTA ALTA AUTONOMIA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ In questa fase non c'è necessità di assistenza infermieristica diretta ▪ Attività <i>generica</i> trasferibile ad altre figure con assunzione di responsabilità di chi le effettua
--

3

ALTA STABILITÀ CLINICA
ALTA COMPrensIONE/SCelta
ALTA AUTONOMIA

- *Decisionalità* dell'infermiere sulla:
 - Procedura scritta per l'identificazione
 - Check list dei documenti sanitari da ritirare
- *Supervisione* solo sul rispetto delle procedure

4

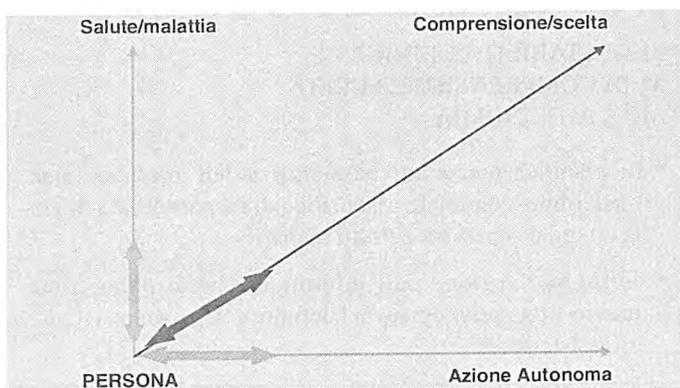
ALTA STABILITÀ CLINICA
ALTA COMPrensIONE/SCelta
ALTA AUTONOMIA

- Si sta utilizzando la risorsa infermiere in modo improprio
- Altre considerazioni?

5

1ª Fase Accoglimento in reparto degenza	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pianificazione assistenziale • Anamnesi • Individuazione dei bisogni assistenziali • Pianificazione dell'assistenza ▪ <i>Heater B.S. et al., Nursing Research 1988</i> ▪ <i>Chalmers I., Pregnanc, Oxford University Press, 1989</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infermiere ▪ COMPETENZE • Esperienza clinica di base • Competenza nella pianificazione • Alta discrezionalità nelle decisioni • Conoscenza della documentazione

6



7

ALTA STABILITÀ CLINICA
ALTA COMPRESIONE/SCELTA
ALTA AUTONOMIA

- Essendoci un alto livello di comprensione/scelta, è necessario un intervento *educativo* e *relazionale* di alta e specifica competenza

8

ALTA STABILITÀ CLINICA
ALTA COMPRESIONE/SCELTA
ALTA AUTONOMIA

- Nella pianificazione bisogna considerare l'alta *autonomia* decisionale della persona

9

ALTA STABILITÀ CLINICA
ALTA COMPrensIONE/SCELTA
ALTA AUTONOMIA

- La pianificazione è attività *esclusiva* dell'infermiere non trasferibile, con totale assunzione di responsabilità di chi la effettua; supervisione solo tra pari
- Forte *motivazione* dell'infermiere che si pone come interlocutore privilegiato nel definire con la persona il piano assistenziale

10

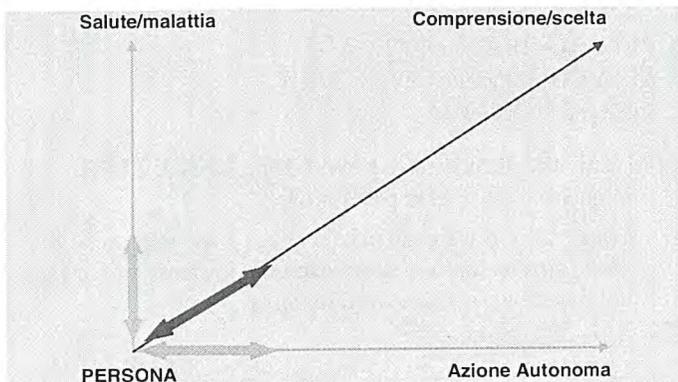
ALTA STABILITÀ CLINICA
ALTA COMPrensIONE/SCELTA
ALTA AUTONOMIA

- Quali *competenze* sono richieste:
 - Competenza clinica
 - Capacità di pianificazione
 - Capacità decisionale
 - Capacità relazionali e educative
- Altre considerazioni?

11

1ª Fase Accoglimento in reparto degenza	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informazione al malato ed alle persone di riferimento • Intervento di informazione e/o di educazione terapeutica per il pre-post operatorio • Valutazione sulla comprensione ▪ Codice Deontologico art. 4 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medico ▪ Infermiere <p>L'intervento è soprattutto informativo. Non viene valutato:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la reale comprensione • lo sviluppo di abilità o comportamenti per il recupero della salute • la partecipazione dei familiari all'educazione

12



13

ALTA STABILITÀ CLINICA
ALTA COMPrensIONE/SCELTA
ALTA AUTONOMIA

- Forte presenza delle persone di riferimento che entrano nel progetto informativo/educativo
- Aumenta la complessità dell'intervento educativo
- Dare conoscenze per poter scegliere

14

ALTA STABILITÀ CLINICA
ALTA COMPrensIONE/SCELTA
ALTA AUTONOMIA

- Attività educativa *esclusiva* dell'infermiere.
Il percorso formativo prevede il raggiungimento di questa competenza
- È un'attività *non trasferibile* alle figure di supporto

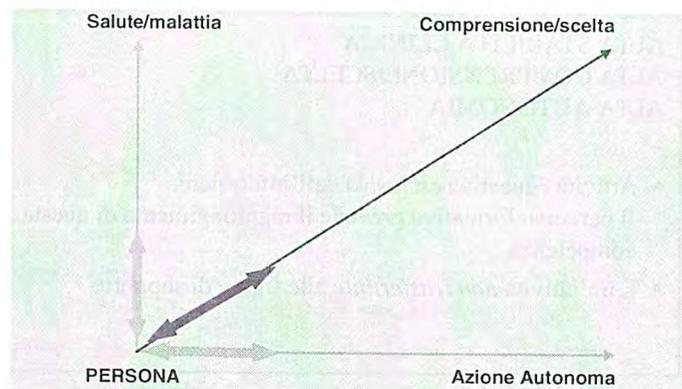
15

<p>ALTA STABILITÀ CLINICA ALTA COMPRESIONE/SCELTA ALTA AUTONOMIA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'attività educativa deve essere sempre agita dall'infermiere in quanto <i>valorizza</i> la professione. ▪ Questa attività è spesso penalizzata e poco agita; se togliamo le attività improprie utilizzeremo la risorsa infermiere nel rispetto del <i>profilo professionale</i> ▪ Altre considerazioni?

16

1ª Fase Accoglimento in reparto degenza	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indagini diagnostiche • Informazione al malato/famiglia sulle indagini, sul loro significato e sulla preparazione • Organizzazione, preparazione, attuazione delle indagini • Recupero e prima interpretazione dei referti 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medico ed altri specialisti ▪ Infermiere ▪ <i>Competenze</i> • esperienza clinica per la preparazione e assistenza nella fase diagnostica • conoscenze cliniche per lettura dei referti ed individuazione di alterazioni potenzialmente a rischio

17



18

ALTA STABILITÀ CLINICA
ALTA COMPrensIONE/SCELTA
ALTA AUTONOMIA

- Attività informativa e organizzativa *specific*a del medico e dell'infermiere
- Bassa *decisional*ità nel processo diagnostico in quanto attività esclusiva del medico
- Attività *specific*a e *decisionale* nella individuazione e segnalazione di situazioni di rischio

19

ALTA STABILITÀ CLINICA
ALTA COMPrensIONE/SCELTA
ALTA AUTONOMIA

- Forte *motivazione* e *valorizzazione* dell'infermiere in quanto figura della continuità assistenziale
- La competenza clinica che deve possedere nell'individuazione delle situazioni di rischio, viene vissuta dalla persona come un elemento di sicurezza per la sua salute

20

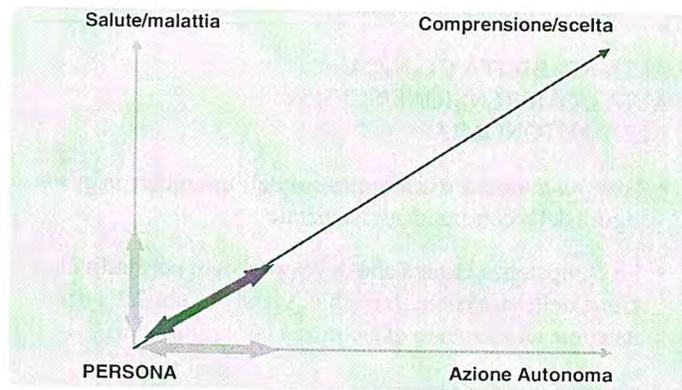
ALTA STABILITÀ CLINICA
ALTA COMPrensIONE/SCELTA
ALTA AUTONOMIA

- Attività di accompagnamento e di recupero dei referti trasferita all'operatore di supporto, che assume la responsabilità per l'atto
- Attività *esclusiva* dell'infermiere la decisione sul trasferimento della prestazione e valutazione del risultato
- Altre considerazioni?

21

1ª Fase Accoglimento in reparto degenza	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Preparazione pre-operatoria all'intervento • Preparazione intestinale • Tricotomia • Doccia preoperatoria • Sciacqui orali ▪ Linee Guida sulla Prevenzione dell'Infezione del Sito Chirurgico. <i>Center of Disease Control and Prevention, Atlanta 1999</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infermiere ▪ COMPETENZE • Adesione alla prassi ▪ Operatori di supporto ▪ Competenze • Generico aiuto o disponibilità all'aiuto nella doccia preoperatoria

22



23

<p>ALTA STABILITÀ CLINICA ALTA COMPrensIONE/SCELTA ALTA AUTONOMIA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Attività standardizzabili <i>generiche</i> che richiedono solo abilità tecnica possono essere trasferite agli operatori di supporto che assumono la responsabilità per l'atto ▪ Attività <i>esclusiva</i> dell'infermiere la decisione sul trasferimento della prestazione e valutazione del risultato su cui ha <i>autonomia decisionale</i>
--

24

ALTA STABILITÀ CLINICA
ALTA COMPrensIONE/SCELTA
ALTA AUTONOMIA

- L'autonomia del paziente è così elevata che possiamo anche pensare che queste attività le possa anche eseguire da solo previa educazione e addestramento

25

ALTA STABILITÀ CLINICA
ALTA COMPrensIONE/SCELTA
ALTA AUTONOMIA

- L'attività di educazione alla persona sulle procedure per il controllo delle infezioni ospedaliere è *esclusiva* dell'infermiere

26

NELLA FASE ESAMINATA,
QUALI COMPETENZE SERVONO ALL'INFERMIERE?

- Competenze sulla pianificazione assistenziale
- Competenze relazionali elevate
- Competenze educative elevate
- Abilità tecniche generiche e di conoscenza della tecnologia semplice
- Capacità di supervisione e collaborazione con figure di supporto

27

NELLA FASE ESAMINATA,
QUALI COMPETENZE SERVONO ALL'INFERMIERE?

- Alte in questa fase le competenze dell'infermiere «*generalista*»

2^a FASE: INTENSIVITÀ ASSISTENZIALE ALLA PERSONA STABILE

A. DI NUCCIO ⁽¹⁾, S. SEBASTIANI ⁽²⁾

⁽¹⁾ Coordinatrice Servizio Operatorio P.O. «S. Rocco» Sessa Aurunca A.S.L. CE/2 - Caserta

⁽²⁾ Responsabile di insegnamento e coordinatore tecnico/pratico di tirocinio del Master in Assistenza Infermieristica in Area Critica Università degli Studi di Bologna - Incaricato d'insegnamento presso il Corso di Laurea in Infermieristica Università degli Studi di Ferrara in servizio presso il Settore formazione ed aggiornamento Azienda Ospedaliera di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi

Introduzione

Iniziamo la trattazione di questa fase ricordando che essa inizia con l'arrivo del signor AZ dalla sala operatoria e termina il 12 febbraio con un episodio di ACR.

Vediamo ora di riprendere la storia del signor AZ.

Il sig. AZ. dopo un intervento di circa 14 ore, viene trasferito presso la Rianimazione Cardiocirurgia alle ore 23,30 del 5 febbraio. All'accettazione la persona è ancora sedata e ventilata artificialmente (VAM), pertanto è incapace di comprendere le sue condizioni di salute.

AZ in questa fase è in relativa stabilità vitale – le prime ore – sono sempre «critiche» dopo un intervento cardiocirurgico con un forte rischio di instabilità: infatti ha un Euro Score di 9, per cui ad alto rischio di mortalità nei primi 30 giorni post intervento.

La persona ha bisogno di mantenere la condizione di stabilità e di procedere lungo il continuum verso la salute.

L'intervento è durato circa 14 ore e per questo era già stato predisposto un ausilio antidecubito (1) preventivo.

La postazione era stata predisposta con un ventilatore e la monitorizzazione di base (ECG, PA PVC Temp. SpO₂)

All'arrivo AZ viene monitorizzato, impostate le terapie, prelevati ed inviati in urgenza i campioni ematici per uno screening di controllo, e fatta la prima radiografia di controllo post operatoria.

Durante la notte si procede a preparare la fase di risveglio. Prosegue la blanda sedazione, che dura di norma circa 12 ore, inizia, quindi, un lento weaning respiratorio ed una graduale diminuzione dei dosaggi dei farmaci somministrati.

Nelle prime ore post operatorie abbiamo un costante intervento di controllo e monitoraggio dei parametri vitali, che permettono di osservare i più piccoli segni di variazioni delle condizioni cliniche della persona e così intervenire con

(1) A cura della Redazione: *La valutazione del rischio di contrarre lesioni da decubito nei pazienti ospedalizzati*. Rivista dell'Infermiere 4/95.

azioni immediate anche attivando un altro professionista, *l'anestesista* (2).

Un altro aspetto seguito in queste ore è la toilette bronchiale con broncoaspirazione, sia per prevenire complicanze infettive, sia per ridurre i rischi di atelectasie o di «tappi».

Al mattino vengono effettuate dall'infermiere responsabile della postazione, assieme ad un OTA, le cure igieniche, con mobilitazione della persona.

Segue un controllo radiografico con una radiografia del torace, che rileverà un'atelectasia del lobo superiore Dx: pertanto viene effettuata una fibroscopia di controllo e toilette e dopo questa toilette fibroscopica proseguono le broncoaspirazioni.

La terapia infusiva, oltre a veicolare i farmaci, si fa carico dell'idratazione della persona, mentre per queste prime 48 ore non ci si occupa dell'aspetto «nutrizionale» (le uniche scarse calorie provengono dalla glucosata al 5%).

In seconda giornata, il 7 febbraio, viene rimosso il tubo endotracheale (3).

Nei giorni successivi il sig. AZ. alternerà a periodi di forte dispnea, altri di eupnea: come terapia vengono somministrati farmaci mucolitici ed aerosol terapia.

Inoltre, i dati del monitoraggio e di laboratorio indicano uno scadimento delle funzioni vitali, perciò, per sostenere l'emodinamica circolatoria, vengono prescritti gli appositi farmaci con un progressivo aumento del loro dosaggio.

A causa della situazione, l'alimentazione ordinaria non riesce ad essere impostata per cui si inizia la somministrazione della NPT e dopo alcuni giorni si abbina una NE con l'intento di passare esclusivamente a quest'ultima.

In seguito si alternano periodi di ventilazione assistita tramite CPAP con

(2) Nel *Codice deontologico* al punto 3.2 delle *Norme generali* vi si trova:

«L'infermiere assume responsabilità in base al livello di competenza raggiunto e ricorre, se necessario, all'intervento e alla consulenza di esperti. Riconosce che l'integrazione è la migliore possibilità per far fronte ai problemi dell'assistito; riconosce altresì l'importanza di prestare consulenza, ponendo le proprie conoscenze ed abilità a disposizione della comunità professionale.

3.3. L'infermiere riconosce i limiti delle proprie conoscenze e competenze e declina la responsabilità quando ritenga di non poter agire con sicurezza. Ha il diritto ed il dovere di richiedere formazione e/o supervisione per pratiche nuove o sulle quali non ha esperienza; si astiene dal ricorrere a sperimentazioni prive di guida che possono costituire rischio per la persona».

(3) Le linee guida CDC di Atlanta 1997 dicono che ad ogni giorno di intubazione e ventilazione meccanica aumenta il rischio di VAP dall'1% al 3%.

La rimozione precoce del tubo endotracheale riduce la possibilità di infezioni respiratorie (EPSTEIN CD.,2002; MARELICH G.P., *Protocol weaning of VAM in Medical and Surgical patients by Respiratory Care Practitioners Nurses* Chest 2000; WESLEY E. et al.,2001; MEHTA S., *Noninvasive ventilation*, Am. J. Respir. Critical Care Med. 2001 Feb.).

Infatti, dopo solo 48 ore si ha la possibilità di sviluppo della polmonite associata a VAM (GROSSMAN R.F., 2000; Chastre J., 2002, AA.VV.) con, inoltre, un elevato tasso d'incidenza e cioè tra il 6% ed il 28% (CRAVEN D.E., *Epidemiology of Ventilator-Associated Pneumonia* Chest 2000; CHASTRE J., *Ventilator-associated Pneumonia*, Am. J. Respir. Critical Care Med. 2002).

caso a periodi di somministrazione ad elevata concentrazione di Ossigeno terapia con ventimask e fibroscopie quotidiane.

Questa fase termina il 12 febbraio con il primo episodio di ACR.

Situazioni assistenziali

L'immediato post operatorio

Vediamo ora alcune situazioni assistenziali, il primo è l'immediato post operatorio.

Questo momento inizia prima dell'arrivo della persona, con la preparazione dell'unità di degenza che costituisce il primo stadio, in questo momento – attore è l'infermiere che deve utilizzare competenze diagnostiche, assistenziali, di pianificazione e decisionali (ricordiamo che una serie di informazioni sono già in possesso dell'équipe) per scegliere – cosa predisporre e ciò non richiede competenze specifiche.

All'arrivo della persona inizia il monitoraggio, quindi in questo momento abbiamo sia la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico terapeutiche, sia la raccolta dati per il processo diagnostico che ci consente di pianificare ulteriori interventi e di valutare se la prima pianificazione era stata corretta o deve essere rivista.

Ad esempio se abbiamo predisposto un ausilio antidecubito sotto dosato rispetto allo stato della persona, potremmo orientarci verso altri ausili o presidi antidecubito dopo la valutazione del rischio secondo la scala adottata.

Gli attori coinvolti in questa fase sono sia il medico (anestesista) che accompagna la persona e ci fornisce informazioni cliniche sull'intervento, sia l'infermiere che deve possedere non solo competenze cliniche, assistenziali ed esperienza, ma anche capacità decisionali ed organizzative.

L'intervento infermieristico è quindi teso:

- all'allestimento e preparazione dell'unità di degenza *attività generica*;
- all'osservazione diretta delle condizioni della persona e dei parametri indicati dal monitoraggio (ECG, PA, PVC, Temp. SpO₂, controllo dei drenaggi ecc.), *attività specifica*, per interpretare quei segnali anche piccoli che consentono di prevedere lo sviluppo di eventuali complicanze;
- a garantire la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche *attività specifica*;
- alla relazione/comunicazione (esempio fase di risveglio tranquillizzazione e spiegazione di cosa sta succedendo) *attività specifica ed esclusiva*;
- all'identificazione dei bisogni assistenziali e pianificazione degli interventi *attività esclusiva*.

Analisi utilizzando il modello

Adesso prendendo in esame la persona in questa situazione, con l'ausilio del modello per definire la complessità assistenziale, vediamo di analizzare i tre assi.

Primo asse: asse salute malattia

Considerando *l'asse Salute malattia* possiamo dire che dopo una *iniziale instabilità* abbiamo una *evoluzione verso la stabilità clinica*.

La persona è sensibile a molteplici stimoli, per cui la sua stabilizzazione viene ottenuta progressivamente col tempo. La sua instabilità è, però, standardizzabile, per questo gli interventi che la persona richiede sono improntati all'applicazione di protocolli diagnostico-terapeutici definiti. Ecco che la discrezionalità decisionale è bassa, però resta alto il livello di preparazione necessario, perché l'infermiere è responsabile del controllo della persona, della sua condizione ed evoluzione clinica, deve saper rilevare alterazioni dei parametri vitali ed eventuali complicanze che potrebbero essere a rischio per la stessa.

Quindi, in virtù di questa preparazione resta un certo grado di autonomia nel pianificare – «quando» e come compiere le attività prescritte. (D.M. 739/94 art. 1 L'infermiere pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale e garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico terapeutiche).

La possibilità di intervento di personale di supporto sono molto basse (forse solo sul punto 2 relativo al riordino e preparazione del materiale).

Ad esempio un protocollo d'accettazione con suddivisione di compiti e la collaborazione del personale di supporto nell'allestimento dell'unità di degenza, il controllo di check-list e di riordino del materiale utilizzato permette all'infermiere di occuparsi di altre attività più specifiche ed esclusive, di tipo tecnico e relazionale).

Secondo asse: asse comprensione scelta

Mentre per quanto riguarda *l'asse Comprensione/Scelta*, partiamo da un'iniziale totale *incapacità* di comprensione/scelta (perché la persona è ancora in coma farmacologico) e passiamo ad una progressiva, ma pur sempre parziale capacità di comprensione scelta.

La persona si presenta nelle prime ore (a causa dell'anestesia e della sedazione) in situazione di incapacità a rapportarsi e relazionare con l'ambiente circostante, in seguito, gradatamente, con l'aumento dello stato di coscienza si trova ad oscillare tra la parziale – ed a volte, totale capacità di comprendere le proprie necessità in relazione alla condizione di salute/malattia e di conseguenza mettere in atto una scelta consapevole dei comportamenti idonei.

Altro aspetto da considerare rispetto quest'asse è il contatto con i familiari, altra attività *specifica*.

Terzo asse: autonomia

Il terzo asse (*l'asse dell'autonomia della persona*) per il Sig. Az, è caratteriz-

zato da una totale dipendenza, che non si modifica durante questo momento assistenziale.

Quindi, la persona ha necessità di aver assicurato il soddisfacimento dei suoi bisogni di base, quali sicurezza, igiene e comfort.

Il ruolo dell'infermiere rispetto a quest'asse è di *Pianificazione (D.M. 739/94) esclusiva*.

Il suo intervento inizia ancora prima dell'arrivo della persona assistita, con la preparazione del materiale e dell'unità (ventilatore automatico, monitor, pompe volumetriche ecc.). Questa attività è *generica*, per cui può essere svolta benissimo da personale di supporto, che su specifica pianificazione infermieristica *esclusiva*, può predisporre la «postazione» e l'infermiere con «check List» esegue solo il controllo dell'operato del personale di supporto.

L'infermiere avrà, quindi, pianificato che se il soggetto ha un EUROSCORE 9 e l'intervento supera le 10 ore si deve attrezzare il letto con ausilio antidecubito preventivo.

La prevenzione delle Infezioni respiratorie

Veniamo ora ad un altro momento assistenziale: la prevenzione delle Infezioni respiratorie. Riprendendo l'analisi del caso esaminato vediamo che la respirazione artificiale meccanica o assistita è necessaria per il Sig. A.Z. nell'immediato post-operatorio, pertanto ricordiamo che la necessità di misure d'assistenza legate alle ventilazione artificiale aumentano i rischi a cui è esposto il paziente riguardo alle infezioni respiratorie.

All'interno di questo momento abbiamo l'aspirazione endotracheale - eseguita con il normale sondino e con l'ausilio del fibroscopio. Inoltre, abbiamo tutto il weaning ventilatorio finalizzato ad un'estubazione precoce perché sappiamo (linee guida CDC) che ogni giorno di intubazione e ventilazione meccanica aumenta il rischio di VAP dall'1% al 3%.

Dopo solo 48 ore si ha la possibilità di sviluppo della polmonite associata a VAM (GROSSMAN R.F., 2000; CHASTRE J., 2002, AA.VV.) con - inoltre - un elevato tasso d'incidenza e cioè tra il 6% ed il 28% (CRAVEN D.E., *Epidemiology of Ventilator-Associated Pneumonia*, Chest 2000; CHASTRE J., *Ventilator-associated Pneumonia*, Am. J. Respir. Critical Care Med. 2002).

L'educazione sanitaria poi è finalizzata alla corretta ventilazione e l'igiene del cavo orale (importante al fine di prevenire l'insorgenza di VAP).

Le professioni coinvolte sono Infermiere (da solo o in coppia), il Medico.

Le competenze infermieristiche necessarie sono: tecnica; clinica; assistenziale; decisionale e relazionale.

L'intervento infermieristico quindi è teso:

- all'applicazione corretta dei protocolli e procedure per l'aspirazione endotracheale, e per l'igiene del cavo orale (nella fase di intubazione endotracheale) *attività specifica*;

- alla preparazione e riordino del materiale utile alla broncoscopia diagnostica-terapeutica *attività generica*;

- alla collaborazione con il medico nell'esecuzione della broncoscopia *attività specifica*;
- al controllo della persona e dei parametri nella fase di weaning respiratorio di svezzamento *attività specifica*;
- all'educazione sanitaria, che per difesa al dolore potrebbe evitare la tosse o minimi movimenti di mobilitazione, che sono benefici *attività specifica*.
- alla relazione ed informazione dei familiari sull'*attività specifica*.

Analisi utilizzando il modello

Analizzando la fase di prevenzione delle Infezioni Respiratorie per la persona AZ secondo il modello presentato, vediamo come si sviluppa sulle tre assi.

Primo asse: asse salute malattia

Iniziale instabilità, che evolve verso la stabilità clinica

La persona in questo momento richiede di non peggiorare le sue condizioni cliniche e di continuare su questo percorso, verso la massima stabilizzazione.

Pertanto, tutte le attività finalizzate alla prevenzione di complicanze infettive devono essere svolte tenendo conto di non provocare ulteriori danni o instabilità.

L'agire si basa, quindi, su protocolli terapeutici e assistenziali codificati ed ecco che la discrezionalità decisoria è bassa.

Resta alto il livello di preparazione necessaria perché l'infermiere è responsabile del controllo del paziente, della sua condizione ed evoluzione clinica, deve saper rilevare alterazioni dei parametri vitali ed eventuali complicanze che potrebbero essere a rischio per la persona.

Il saper cogliere i momenti di stress e stanchezza della persona nella fase di svezzamento dal ventilatore meccanico, fa emergere la competenza ed esperienza clinica.

Ha un ruolo di collaborazione importante nell'esecuzione delle ripetute broncoscopie diagnostiche e terapeutiche. Inoltre ha il suo grado di autonomia nella pianificazione e valutazione delle prestazioni assistenziali erogate.

Secondo asse: asse comprensione scelta

Da iniziale incapacità (sedato ed intubazione OT ed ancora legato al ventilatore automatico), egli evolve a parziale (weaning ventilatorio di pre estubazione, uso del casco per una CPAP ed una maschera di Venturi per una ossigeno terapia ad alti flussi) ed infine a totale capacità di comprensione perché il paziente è sveglio ed in respiro spontaneo.

L'aspirazione dei muchi è, senza dubbio, fastidiosa se la persona è sveglia, ma se le è stato spiegato ed ha capito l'importanza di quella azione per una sua migliore respirazione, avrà sicuramente meno ansia. Inoltre è importante svolgere un'attività di educazione sanitaria, educazione (esempio come si esegue una tosse efficace e come si «respira» anche tenendo conto del dolore postoperatorio, che potrebbe condizionare la persona ad una respirazione più superficiale oppure fargli evitare la tosse per difesa). Il ruolo dell'Infermiere è quello di mobilitare le risorse della persona, al fine di adottare comportamenti idonei per ristabilire la propria salute ed è, questo, un intervento eminentemente educativo.

Ricordiamo che questa è un'attività *specificata* dell'infermiere in quanto anche, ma non solo, lui ha avuto una formazione «dedicata» e specifica, riconosciuta negli ordinamenti didattici e richiamati dal profilo professionale.

Dalla relazione/informazione dei familiari del paziente è possibile creare un'alleanza terapeutica, che aiuta nel rassicurare ed incoraggiare la persona, a non crearle ulteriore apprensione oppure a farle percepire ansia o paura, trasmesse, anche involontariamente, dai familiari.

Terzo asse: autonomia

Rispetto a quest'asse AZ evolve, da iniziale completa dipendenza (sedato ed intubazione OT), a parziale autonomia.

Il ruolo dell'infermiere rispetto a quest'asse è di *pianificazione* (D.M. 739/94) che costituisce un'attività esclusiva.

Un'attività, quale quella dell'igiene del cavo orale che va effettuata con cura ed è atta a prevenire l'istaurarsi di infezioni polmonari, che inizialmente (quando la persona non è ancora cosciente) è *specificata* per l'infermiere, per divenire, successivamente, *generica* e quindi anche delegabile, quando la persona senza tubo oro tracheale e sondino, è ben sveglia e con disponibilità completa di un arto superiore e l'altro solo leggermente vincolato dalla presenza di arteria ed eventuale periferica, ed in grado di poter/dover svolgere quest'attività da solo.

Altra considerazione da fare, riguarda la preparazione e riordino del materiale utile alla broncoscopia diagnostica-terapeutica perché è una *attività generica*.

Si può, quindi, affermare che si tratta di un'attività *generica* e pertanto trasferibile ad altre figure professionali di supporto, con assunzione di responsabilità di chi le effettua e di *supervisione* solo sulla definizione delle procedure e del loro rispetto *attività specificata* dell'infermiere.

C'è comunque l'intervento dell'Infermiere che decide:

- check list del materiale da preparare per una fibroscopia, con broncoscopio;
- procedura scritta per il riordino del materiale, decontaminazione ed avvio alla disinfezione/sterilizzazione.

Si tratta di un'attività standardizzabile, il personale da coinvolgere può essere personale di supporto, con supervisione dell'infermiere.

Cure Igieniche

Situazione attuale

La terza situazione assistenziale che vogliamo portare alla vostra attenzione è quella delle cure igieniche, intese sia totali che parziali, per la frequenza e l'importanza che rivestono nella nostra routine.

In questa situazione assistenziale abbiamo compreso anche la rivalutazione del rischio di LdD. Ricordiamo come la prima valutazione era stata fatta, basandoci solo sui dati in nostro possesso [euroscore della persona e durata dell'intervento (4)], prima dell'arrivo del Sig. AZ e che aveva portato alla scelta di assegnare un ausilio antidecubito di base. Durante questa situazione assistenziale abbiamo modo di rivalutare il rischio quotidianamente (5).

La pianificazione degli interventi assistenziali (6) riveste anche qui un'importanza notevole, così come l'attenzione trasversale (ma che qui assume un valore particolare) al rispetto della privacy.

Il personale coinvolto in questa situazione assistenziale sono Infermieri e personale di supporto, possiamo vedere in azione sia 2 infermieri, sia un infermiere con un operatore di supporto.

Le competenze infermieristiche in gioco sono:

- esperienza clinica di base;
- competenza nella pianificazione di base;
- alta discrezionalità decisoria;
- supervisione, controllo e valutazione dei risultati attesi. D.M 739/94;
- supervisione delle attività affidate al personale di supporto.

L'intervento infermieristico quindi è teso:

- alla pianificazione degli interventi assistenziali che ricordiamo essere un'attività esclusiva;
- alla valutazione del rischio che si può considerare un'attività specifica;
- all'applicazione degli interventi assistenziali precedentemente pianificati che possono essere sia un'attività specifica (considerando lo stato della persona) che generica qualora la persona non sia in determinate condizioni;
- alla verifica dell'attività affidata al personale di supporto che ricordiamo essere sempre - esclusiva del personale infermieristico.

(4) Le zone che hanno subito una compressione (che supera i 32-35 mmHg) superiore alle 2 ore su un piano d'appoggio. A. DI NUCCIO, V. ARGENZIANO, F. PERRETTA et all. *Prevenzione delle lesioni da decubito. Intensività assistenziale intra ed extra ospedaliera* - Atti Regionali Supplemento di Scenario n. 2/2000 40:40-48.

(5) A cura della Redazione: *La valutazione del rischio di contrarre lesioni da decubito nei pazienti ospedalizzati*. Rivista dell'Infermiere 4/95.

P. DI GIULIO, D. CUCINOTTA, *Le piaghe da decubito nel paziente anziano* Supplemento al n. II/1996 I Quaderni di Elios. AA.VV.: Appunti di viaggio. Aislec Tipolito Olona Copianno - Pavia 1996.

(6) D.M 739/94 Art.1.

Analisi utilizzando il modello

Analizzando questa situazione assistenziale per il signor AZ secondo il modello presentato, vediamo come si sviluppano i tre assi.

Visto la persona sui suoi tre assi che stimoli ci vengono forniti per l'assistenza?

Il primo asse (*Salute Malattia*) vede AZ con un'iniziale instabilità che evolve verso la stabilità clinica, è quello che ci fornisce meno input, anche se sono molto importanti.

Possiamo considerare che tutte le azioni che si compiono, sulla e con la persona, non devono peggiorare o destabilizzare la sua situazione (esempio posizionamenti che interferiscono con device, rimozione accidentale di device, strozzatura o inginocchiamento di vie con conseguente assenza d'infusione / monitoraggio e/o boli), al tempo stesso occorre evitare che subentrino complicanze, esempio nel nostro caso LdD o infezioni. L'impegno assistenziale su quest'asse non è quindi significativo.

Il secondo asse (*Comprensione Scelta*) che da un'iniziale bassa capacità di comprensione nelle prime 12 ore, diventa alta e ci fornisce molti stimoli per l'assistenza.

L'impegno dell'infermiere è sempre molto forte su quest'asse anche se cambia il suo modo di intervenire col cambiare dello stato della persona assistita; in un primo momento rispetto alla persona che non è in grado di comunicare, comprendere o scegliere sarà l'infermiere che dovrà rendersi garante che le volontà espresse precedentemente siano rispettate, e dovrà scegliere in sua vece; in un secondo momento, qualora AZ riacquisti la possibilità di comprendere, e quindi ridivenga in grado di capire cosa è bene per la sua salute, dovrà essere informato di cosa sta avvenendo, rassicurato, al fine di ottenere una buona compliance alle pratiche assistenziali ed insegnargli come, da solo, svolgerle in seguito.

Inoltre, sarà sempre l'infermiere che dovrà spiegare l'importanza di muoversi (e in che limiti) al fine di evitare LdD e lo stimolerà a muoversi con quei piccoli movimenti nel letto (ad esempio muovere gli arti, flettere il piede, compiere piccoli spostamenti delle zone che hanno subito maggior compressione, ecc.) atti a prevenire la sindrome da immobilizzazione. Quest'attività di educatore può essere considerata specifica, ma in alcuni casi come in questo, diviene esclusiva.

Il terzo asse (*azione autonoma*) vede l'iniziale completa dipendenza evoluta ad una parziale, ci fornisce ulteriori stimoli assistenziali soprattutto nella pianificazione, come ad esempio la valutazione del rischio di contrarre LdD secondo l'adozione di una scala di valutazione che è un'attività esclusiva che porterà l'infermiere alla scelta degli ausili e presidi antidecubito da adottare in questa fase mettendo in campo la sua discrezionalità decisoria.

Inoltre, AZ non cessa, solo per il fatto di avere subito un intervento cardiocirurgico, di necessitare di cure igieniche.

Queste ultime se nelle prime ore, visto la potenziale instabilità, richiedono l'intervento *specifico* dell'infermiere eventualmente con il contributo di personale di supporto, in seguito se, come per AZ non sussistono condizioni terapeutiche particolari come dover impiantare assistenze ventricolari o contropulsatori, oppure è stato sottoposto a stress assistenziali (esempio weaning ventilatorio), possono essere fatte anche da solo personale di supporto essendo attività *generiche*.

Diventa *esclusivo* stimolare la persona a recuperare tutte le risorse residue, invitandolo ed educandolo, ad esempio, ad assolvere da solo o con un piccolo supporto all'igiene del cavo orale o del volto.

Alimentazione

Situazione attuale

L'ultima situazione assistenziale che vogliamo portare alla vostra attenzione è quella inerente all'alimentazione.

Abbiamo ancora la pianificazione degli interventi assistenziali (7) con la sua importanza, dobbiamo ricordare la gestione del SNG e del CVC e la gestione delle pompe infusive, nonché il controllo del bilancio idroelettrolitico.

Il personale coinvolto in questa situazione assistenziale sono vari, abbiamo infatti a fianco dell'Infermiere e del personale di supporto, l'Anestesista e il Farmacista.

Le competenze infermieristiche che intervengono in questa situazione assistenziale sono:

- 1) esperienza clinica di base;
- 2) competenza nella pianificazione di base;
- 3) alta discrezionalità decisoria;
- 4) supervisione, controllo e valutazione dei risultati attesi. D.M 739/94;
- 5) supervisione delle attività affidate al personale di supporto.

L'intervento infermieristico quindi è teso alla:

- 1) valutazione della necessità d'alimentazione che, come sappiamo, è un'attività specifica;
- 2) pianificazione degli interventi assistenziali che è e resta un'attività esclusiva;
- 3) soddisfazione del bisogno di alimentazione che può essere un'attività specifica se rivolta alla persona con problemi particolari che deve nutrirsi (come nel nostro caso) attraverso metodiche non «ordinarie», questa situazione diventa generica qualora la persona non sia in condizioni che richiedono attenzioni particolari;

(7) D.M 739/94 Art. 1.

4) supervisione e valutazione delle attività affidate al personale di supporto che resta un'attività esclusiva;

5) gestione delle tecnologie utilizzate per l'infusione/somministrazione dei nutrienti che dobbiamo considerare attività specifica perché vi è altro personale che come noi può farlo.

Analisi utilizzando il modello

Analizzando la Situazione assistenziale «alimentazione» vediamo come si sviluppa sulle tre assi.

Quindi che gli stimoli per ripensare all'assistenza ci vengono forniti dall'analisi di questi assi:

salute, malattia, comprensione scelta-autonomia

Primo asse: asse salute malattia

Da iniziale instabilità si evolve verso stabilità clinica.

Anche in questa fase quest'asse ci fornisce due importanti input: primo, la persona ha bisogno per «guarire» di un apporto sufficiente di nutrienti (che tra l'altro sono maggiori del normale proprio per lo stress dell'intervento stesso escludendo eventuali situazioni come infezioni o altro che aumentano questo bisogno oltremisura);

secondo, il processo di alimentazione non deve stancare la persona, neppure con la digestione, debbono perciò essere evitati incidenti collegati all'alimentazione come ad esempio l'ab ingestis.

Secondo asse: asse comprensione scelta

Da iniziale incapacità nelle prime 12 ore, si evolve a parziale

Quest'asse è sempre molto importante, la persona in questa fase non può inizialmente comprendere, l'infermiere dovrà sostituirsi alla persona per quanto riguarda la scelta.

In un secondo momento la persona inizia a comprendere, ritorna anche per l'alimentazione la necessità di spiegare, tranquillizzare, aiutare a comprendere ed accettare, la necessità di «mangiare» attraverso a vie così «innaturali».

Un altro aspetto che quest'asse ci impone di considerare è l'attenzione verso i parenti della persona assistita che devono essere guidati a capire per poterla «aiutare» maggiormente.

Terzo asse autonomia

Per tutta la fase permane in una completa dipendenza.

La persona rispetto l'alimentazione (NPT e NE) non è autonoma, richiede che ci si sostituisca a lui in modo pressoché totale introducendo i nutrienti sia per via parenterale che enterale.

Vi era stato un tentativo di nutrizione per via «naturale», - e in questa situazione si può affidare a personale di supporto una parte del lavoro attività generica.

Inizialmente anche se è una procedura molto standardizzabile occorre un'attenzione molto forte da parte dell'infermiere, perché il rischio di reazioni avverse è sempre in agguato, esempio reazione vagale, ab ingestis. *Attività specifica.*

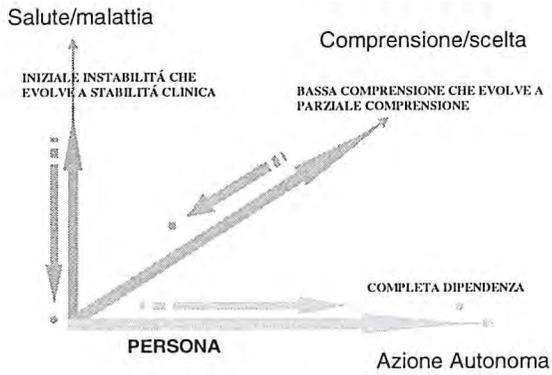
Passate le prime giornate la vigilanza dell'infermiere può diminuire e l'affidamento al personale di supporto aumentare mantenendo l'attività esclusiva di controllo e supervisione su detto personale.

Immediato post operatorio	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<ul style="list-style-type: none"> - preparazione materiale ed unità di degenza; - processo diagnostico; - pianificazione assistenziale; - controllo della persona; - corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche; - relazione/comunicazione nella fase di risveglio. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Infermiere</i> ▪ <i>Medico</i> <p><i>COMPETENZE:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - diagnostica; - assistenziale; - decisionale; - alta discrezionalità nella assunzione di responsabilità e decisioni

1

Fase: Intensività Assistenziale alla Persona Stabile
<p>L'intervento infermieristico è teso alla:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pianificazione degli interventi assistenziali ATTIVITÀ ESCLUSIVA 2. Preparazione dell'unità di degenza ATTIVITÀ GENERICA 3. Valutazione e controllo della persona ATTIVITÀ SPECIFICA 4. Applicazione corretta prescrizioni terapeutiche ATTIVITÀ SPECIFICA 5. Relazione/comunicazione con la persona ATTIVITÀ ESCLUSIVA/SPECIFICA

2



3

Fase: Intensività Assistenziale alla Persona Stabile

Immediato post operatorio
Analisi dell'asse salute/malattia

- Instabilità «standardizzabile»
- Protocolli diagnostico terapeutici
- Monitoraggio

4

Fase: Intensività Assistenziale alla Persona Stabile

Immediato post operatorio
Analisi dell'asse comprensione/scelta

- Iniziale bassa capacità della persona di relazionare (*sedazione e VAM*)
- Comunicazione nella fase di risveglio
- Coinvolgimento dei familiari della persona assistita nella relazione assistenziale

5

<p>Fase: Intensività Assistenziale alla Persona Stabile</p> <p>Immediato post operatorio</p> <p>Analisi dell'asse autonomia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soddisfare i bisogni di base (<i>igiene, comfort, sicurezza</i>) • Attività di pianificazione D.M. 739/94 <ul style="list-style-type: none"> * preparazione del materiale utile «check List» * riordino del materiale usato «protocolli e procedure» * preparazione dell'unità di degenza e delle apparecchiature necessarie • Supervisione e controllo delle attività affidate

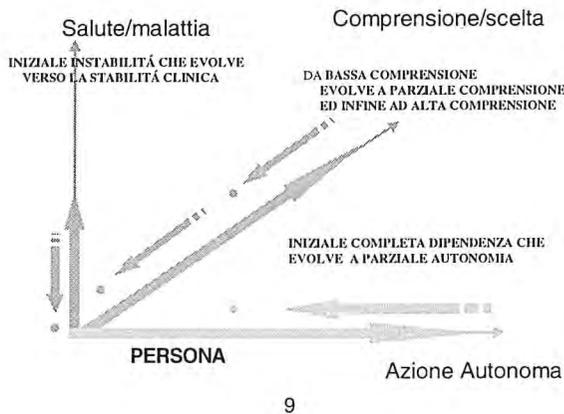
6

Prevenzioni Infezioni Respiratorie	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<ul style="list-style-type: none"> - aspirazione endotracheale; - aspirazione mediante fibroscopio-pia; - weaning respiratorio ed estubazione precoce; - educazione alla corretta ventilazione; - igiene del cavo orale; - Linee guida CDC 1997 - EPSTEIN CD, <i>Weaning older Patient from long-term mechanical ventilation: a pilot study.</i> Am J Res Crit Care, 2002; 11:369-77. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Infermiere</i> • <i>Medico</i> • <i>Infermiere + Infermiere</i> <p>COMPETENZE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tecnica; - diagnostica (<i>semiotica</i>); - assistenziale; - decisionale; - relazionale.

7

<p>Fase: Intensività Assistenziale alla Persona Stabile</p> <p>Prevenzione Infezioni Respiratorie</p> <p>L'intervento infermieristico è teso alla:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pianificazione degli interventi assistenziali ATTIVITÀ ESCLUSIVA 2. Idonea aspirazione delle secrezioni bronco alveolari ATTIVITÀ SPECIFICA 3. Corretto «svezzamento dal ventilatore» ATTIVITÀ SPECIFICA 4. Relazione/comunicazione con la persona ATTIVITÀ ESCLUSIVA/SPECIFICA

8



9

Fase: Intensività Assistenziale alla Persona Stabile

**Prevenzione Infezioni Respiratorie
Analisi dell'asse salute/malattia**

- Necessità di non «peggiorare»
- Prevenzione delle complicanze

10

Fase: Intensività Assistenziale alla Persona Stabile

**Prevenzione Infezioni Respiratorie
Analisi dell'asse comprensione/scelta**

- Iniziale bassa capacità del paziente di relazionare successivamente aumento progressivo della capacità di comprensione/scelta
- Comunicazione nella fase di svezzamento da VAM e toilette bronchiali
- Contatto di relazione con la persona e coi familiari

11

Fase: Intensività Assistenziale alla Persona Stabile

Prevenzione Infezioni Respiratorie

Analisi dell'asse autonomia

- Soddisfare i bisogni di base (*igiene, comfort, sicurezza*)
- Attività di pianificazione D.M. 739/94
 - * preparazione del materiale utile «check List»
 - * riordino del materiale usato «protocolli e procedure»
- Supervisione e controllo delle attività affidate

12

Cure igieniche della persona	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
– cure igieniche totali – valutazione del rischio di contrarre LdD – pianificazione degli interventi – rispetto della privacy – <i>Valutazione del rischio di contrarre LdD nei pazienti ospedalizzati. Rivista dell'Infermiere 4/95</i> – P. Di GIULIO, L. SAIANI, D. LAQUINTANA <i>et al.</i> , <i>Percorsi Assistenziali e Ricerca Infermieristica-Epidemiologica e Trattamento delle LdD. AIR 2001 (4)20; 184-96</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Infermiere + Infermiere</i> • <i>Infermiere + Pers. di supporto</i> <p>COMPETENZE:</p> <ul style="list-style-type: none"> – clinica di base; – pianificazione di base; – alta discrezionalità decisoria; – supervisione, controllo e valutazione dei risultati attesi. D.M. 739/94

13

Fase: Intensività Assistenziale alla Persona Stabile

Cure igieniche della persona

L'intervento infermieristico è teso alla:

1. Pianificazione degli interventi assistenziali
ATTIVITÀ ESCLUSIVA
2. Valutazione del rischio
ATTIVITÀ SPECIFICA
3. Applicazione degli interventi assistenziali
ATTIVITÀ SPECIFICA
4. Verifica dell'attività affidata al personale di supporto
ATTIVITÀ ESCLUSIVA

14



15

Fase: Intensività Assistenziale alla Persona Stabile

Cure igieniche della persona
Analisi dell'asse salute/malattia

- Necessità di non «peggiore»
- Prevenzione delle complicanze

16

Fase: Intensività Assistenziale alla Persona Stabile

Cure igieniche della persona
Analisi dell'asse comprensione/scelta

- Dopo le iniziali 12 ore post-operatorie riacquista la possibilità di comprensione
- La persona va informata e rassicurata
- Ruolo di educatore dell'infermiere

17

Fase: Intensività Assistenziale alla Persona Stabile

Cure igieniche della persona

Analisi dell'asse autonomia

- Bisogno di sicurezza (LdD)
- Bisogno d'igiene della persona
- Cura di sé e recupero di parziale autonomia (es. igiene cavo orale)
- Bisogno di movimento (LdD)

18

Alimentazione	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<ul style="list-style-type: none"> - Pianificazione degli interventi - Gestione SNG - Gestione CVC - Gestione pompe infusive - Controllo bilancio idroelettrolitico - L. WILLIAMS, DJ. LEAPER, CD. SUMMERBELL, <i>Nutritional support for adult intensive care patients</i>, Cochrane Anesthesia Group 2002(3). - C. BRAUNSCHWEIG, P. LEVY, X. WANG, <i>Enteral compared with parenteral nutrition: a metaanalysis. AJCN 2001; 74:534-42</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Anestesista</i> • <i>Infermiere</i> • <i>Farmacista</i> <p>COMPETENZE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pianificazione; - diagnostica specialistica; - supervisione, controllo e valutazione dei risultati attesi. <p><i>D.M. 739/94</i></p>

19

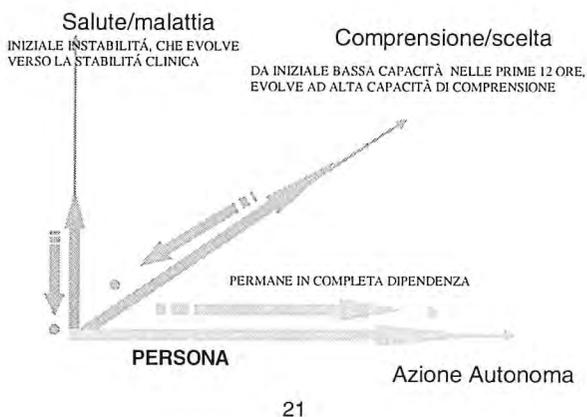
Fase: Intensività Assistenziale alla Persona Stabile

Alimentazione

L'intervento infermieristico è teso alla:

1. Valutazione della necessità di alimentazione
ATTIVITÀ SPECIFICA
2. Pianificazione degli interventi assistenziali
ATTIVITÀ ESCLUSIVA
3. Soddisfazione del bisogno di alimentazione
ATTIVITÀ SPECIFICA/GENERICA
4. Supervisione e valutazione delle attività affidate al personale di supporto
ATTIVITÀ ESCLUSIVA
5. Gestione delle tecnologie
ATTIVITÀ SPECIFICA

20



Fase: Intensività Assistenziale alla Persona Stabile

Alimentazione

Analisi dell'asse salute/malattia

- Assicurato l'apporto di nutrienti
- Non interferire con l'alimentazione per via naturale con lo stato di stabilizzazione

22

Fase: Intensività Assistenziale alla Persona Stabile

Alimentazione

Analisi dell'asse comprensione/scelta

- Dopo le iniziali 12 ore post-operatorie riacquista la possibilità di comprensione
- La persona va informata e rassicurata
- Ruolo di educatore dell'infermiere

23

Fase: Intensività Assistenziale alla Persona Stabile

Alimentazione

Analisi dell'asse autonomia

- Soddisfare i bisogni di base (*alimentazione*)
- Attività di pianificazione D.M. 739/94
 - * preparazione del materiale utile «check List»
 - * riordino del materiale usato «protocolli e procedure»
- Supervisione e controllo delle attività affidate

24

GRAZIE!

Stefano

Angelina

25

3ª FASE:

«INTENSIVITÀ ASSISTENZIALE ALLA PERSONA INSTABILE»

P. CAPODIFERRO ⁽¹⁾, S. SCALORBI ⁽²⁾

⁽¹⁾ Infermiere DDSI - Coordinatore Didattico del Corso di Laurea in Infermieristica, Scuola per Infermieri «Principessa di Piemonte» della Croce Rossa Italiana di Bologna - Componente del Comitato Direttivo Aniarti

⁽²⁾ Infermiera DDSI-ASV - Coordinatore Didattico del Corso di Laurea in Infermieristica, Scuola per Infermieri «Principessa di Piemonte» della Croce Rossa Italiana di Bologna

La terza fase che viene presa in considerazione è quella che va dal 12 febbraio al 4 marzo. È il momento in cui AZ ha problemi di salute ingravescenti che hanno inizio da un episodio di arresto cardiocircolatorio. Forse questa è la fase che possiamo considerare più incisiva dal punto di vista clinico-assistenziale in quanto ha delle implicazioni molto importanti per la vita stessa della persona. Ecco brevemente il racconto.

III Fase: Intensività assistenziale alla persona instabile

Questa fase (12 febbraio-4 marzo) è caratterizzata dalle condizioni di instabilità clinica/criticità della persona.

Il 12 febbraio AZ ha un primo episodio di ACR, vengono eseguite le manovre rianimatorie, si ripristina la ventilazione meccanica, vengono effettuate una fibrobroncoscopia di controllo, un eco TEE, una Tac toracica e si predispone un monitoraggio invasivo emodinamico e respiratorio di standard elevato.

Viene sostituito il materasso antidecubito e la persona viene inserita nel protocollo lungodegenti.

La Tac di controllo evidenzia una polmonite bilaterale.

Gli esami di laboratorio e le procedure diagnostiche evidenziano uno scadimento dell'attività cardiaca, renale e intestinale.

Lo scadimento delle funzioni renali e l'aumento notevole delle pressioni polmonari determinano l'avvio dell'emofiltrazione veno-venosa e la somministrazione di Ossido Nitrico.

Il decorso continua con fasi di iperpiressia; si rilevano segni di sofferenza meningea, in seguito ai quali si effettua una rachicentesi a scopo diagnostico che si rivela negativa.

Il 21 febbraio viene eseguita una revisione sternale per diastasi ed il giorno successivo, durante un ulteriore controllo Tac, si evidenzia un quadro compatibile con ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome).

Il 26 febbraio, durante l'ennesima puntata febbrile Il sig. AZ ha un forte brivido, per cui si decide di sostituire tutte le vie infusive ed arteriose, di monitoraggio emodinamico e respiratorio.

Si ha un imponente sanguinamento gastrico e quindi viene effettuata una gastroscopia d'urgenza che evidenzia un gemizio a livello gastrico.

Si mette in corso una gastrolisi refrigerante e relativo monitoraggio.

Il 27 febbraio si confeziona una tracheostomia con il metodo di Criggs.

Sia il controllo Tac che i controlli quotidiani mediante fibrobroncoscopia indicano un lieve miglioramento del quadro polmonare.

Questa fase è stata definita «intensività assistenziale alla persona instabile» in quanto la persona, accolta nel reparto di rianimazione cardiocirurgia e sottoposta a cure intensive, dopo una prima fase nella quale presenta condizioni cliniche di stabilità subisce una serie di eventi che prendono l'avvio da un episodio di arresto cardiorespiratorio.

Il paziente all'improvviso non ha più consapevolezza di sé né di quello che succede attorno e soprattutto non è assolutamente in grado di fare scelte consapevoli e non autonomo nel deciderle.

Divideremo la fase in quattro momenti o situazioni assistenziali che verranno a loro volta scomposte in alcune attività che non riteniamo assolutamente esaustive ma importanti ai fini dell'esame della fase rispetto ad alcuni criteri quali il razionale scientifico/organizzativo alla base degli interventi e che giustifica le risorse strumentali utilizzate e la tipologia di personale che vi si dedica.

Faremo la lettura del caso dapprima analizzando i quattro momenti dell'operatività attuale dei professionisti implicati mettendo in evidenza il razionale scientifico della stessa e poi la collega che mi seguirà farà la stessa lettura del caso ma applicando il modello della complessità assistenziale.

Saranno quindi invariati gli interventi, integrati con le evidenze scientifiche e si cercherà di mettere in risalto laddove l'intervento è sostenuto da prove di efficacia, raccomandazioni, Linee-guida o consenso di esperti e rilevando invece quando la stessa operatività sia legata a prassi o a tradizione.

Proveremo infine ad indicare rispetto alla complessità e alla peculiarità dell'intervento, la tipologia di personale (medico, infermieristico, di supporto o in consulenza) implicato nei processi di cui si parla, nonché le competenze richieste allo stesso.

Questa fase potrebbe essere considerata più impegnativa non certo per l'assistenza in sé quanto perché «gravata» dalla presenza di apparecchiature o tecnologie cui il paziente è connesso.

Il primo momento assistenziale è l'arresto cardiocircolatorio e la necessità di intubazione endotracheale.

Possiamo dividere tale momento in alcuni piccoli atti operativi che vanno dall'attivazione del processo ossia dell'accorgersi dell'evento, dal MCE e ventilazione manuale fino alla collaborazione all'intubazione, l'effettuazione delle varie EGA, la somministrazione dei farmaci prescritti per l'emergenza, la preparazione e connessione al ventilatore polmonare automatico, l'informazione alla persona stessa ma anche alle persone di riferimento dopo l'evento acutissimo e la pulizia, il controllo del carrello e il ripristino del materiale usato. Questa divisione in atti riguarderà anche gli altri momenti assistenziali.

I professionisti implicati in questi eventi sono gli infermieri di diverse

postazioni per fronteggiare l'evento e il medico anestesista. Le competenze richieste sono capacità diagnostiche assistenziali avanzate per il malato critico, in quanto i suoi bisogni sono specifici perché derivano dal legame che si viene a creare tra il malato e la tecnologia a cui lo stesso è connesso.

Descriviamo una bassa discrezionalità decisoria per l'attivazione del processo, ma una grande discrezionalità nella gestione di altri processi che derivano dall'attivazione del primo che è di competenza medica. Continuando l'esame del momento distinguiamo altri atti come la somministrazione dei farmaci prescritti, l'effettuazione dell'Ega e la collaborazione al posizionamento del CVC di Swan-Ganz. Sono implicati sempre infermieri e medici a cui sono richieste le stesse competenze. È importante indicare lo spirito di integrazione e di collaborazione tra i vari professionisti per cui tutto deve essere organizzativamente e professionalmente congruente alle necessità del malato. Altre attività sono la defibrillazione elettrica, la rivalutazione clinico-assistenziale e l'informazione data alla persona e ai familiari o persona di riferimento (in questo caso la sorella). Parliamo di informazione data al malato in quanto dopo l'evento acutissimo dell'arresto e dell'intubazione, la persona riprende un certo quale contatto con la realtà e necessita di essere informato su quello che è accaduto.

L'informazione al malato è una di quelle funzioni specifiche dell'infermiere attualmente non messa molto in pratica, ma valorizzerebbe e motiverebbe di molto i professionisti.

Le competenze sono sempre quelle avanzate in area critica e una buona capacità di gestire tecnologie anche molto complesse a cui il malato è connesso, formando quel binomio quasi indissolubile del quale abbiamo parlato prima e che risulta essere l'oggetto delle cure infermieristiche in area critica. Ci chiediamo pertanto se la pianificazione assistenziale dell'infermiere in quest'area sia da considerare specifica e se le competenze richieste non siano più «generaliste» come abbiamo sentito stamane da Maria Benetton parlando della prima fase ma «specialistiche» e quindi oggetto di formazione apposita.

Tutte le azioni che formano i processi (attivazione, allestimento materiale, collaborazione all'esame, osservazione del malato riordino, pulizia e ripristino del materiale utilizzato) sono più o meno direttamente a carico dell'infermiere, anche se già oggi ci sono gli OTA e gli OSS.

Per quello che riguarda le evidenze ricordiamo alcune LG e studi già alla base dell'operatività attualmente agita dagli infermieri, ma ricordiamo anche il nostro nuovo profilo professionale che afferma molto chiaramente la garanzia della corretta applicazione delle procedure diagnostiche e terapeutiche, così come il dettato del nuovo Codice deontologico che all'art. 4 ci ricorda l'obbligo di dare sempre informazioni adeguate alla persona. Diciamo questo in quanto sappiamo che anche per mancanza di tempo e di opportunità organizzative questa funzione è veramente poco agita dagli infermieri come stamane abbiamo sentito dalla collega Benetton, pur rappresentando uno degli specifici della professione infermieristica.

Per quello che riguarda l'applicazione delle procedure diagnostiche, secondo momento scelto per parlare dell'attività infermieristica, ricorderemo la

necessità del caso reale di una fibrobroncoscopia in urgenza in quanto si sospettava che l'episodio di Arresto cardio-respiratorio potesse essere dovuto ad una ostruzione bronchiale. Ricordiamo che AZ era già stato sottoposto a questa procedura prima della nostra fase e questo aveva fatto pensare al fatto che sarebbe stato necessario avere sempre lo strumento pronto per l'uso. Il vincolo della macchina sterilizzatrice in uso è che il ciclo di sterilizzazione dura 30-40 minuti e quindi non potendoci essere tempo in caso d'urgenza, lo strumento sia sempre disponibile. Anche in questo caso l'operatività infermieristica è totale come nei casi precedenti, ma l'infermiere come si può ben immaginare è molto distolto da un'attività che è l'osservazione della persona.

Anche per le altre indagini prese in esame vale anche quanto detto a proposito della fibroscopia dovendo distinguere la fase preparatoria, la collaborazione all'indagine, lo smaltimento del materiale usato ed il rifornimento di quello eventualmente consumato.

Un altro esempio che possiamo fare rispetto a questo momento assistenziale è quello che riguarda il trasporto della persona nel servizio di radiologia per effettuare la TAC di controllo. Essendo al momento il paziente molto critico e quindi instabile come poi la collega dirà meglio di me è realistico ipotizzare l'idea di effettuare lo stesso con l'infermiere e il medico perché molti studi fanno notare che gli effetti del movimento sulle condizioni emodinamiche della persona possono essere destabilizzanti. Quali sono pertanto le competenze richieste al professionista? Si parla di possedere conoscenze tecniche specifiche sia sull'uso delle apparecchiature, sempre bassa discrezionalità decisoria ed elevata capacità di interpretare segni e sintomi della persona per poter tempestivamente intervenire in caso di emergenza.

Come terzo momento assistenziale illustreremo brevemente l'insieme delle prescrizioni terapeutiche e monitoraggio che per questa persona si può immaginare essere molto specifiche e invasive con tutti i pericoli che da queste pratiche possono derivare. Le attività vanno dal monitoraggio invasivo emodinamico e respiratorio alla somministrazione dei medicinali prescritti, dalla filtrazione veno-venosa necessaria in seguito alla sopraggiunta insufficienza renale alla somministrazione di ossido nitrico a casa dello stato di ipertensione polmonare, alla gastrolisi necessaria dopo che la gastroscopia aveva evidenziato uno stato di sanguinamento gastrointestinale fino a giungere alla fine della nostra fase quando ad AZ viene confezionata una tracheotomia secondo il metodo di Criggs.

Per ognuna di queste attività dobbiamo distinguere i vari steps visti per quelle del precedente momento. Le competenze richieste sono conoscenze cliniche avanzate e specifiche nel trattamento dell'insufficienza renale, sorveglianza delle tecnologie usate e attivazione della consulenza del tecnico di dialisi e nefrologia, per cui l'integrazione professionale in questa fase è molto importante anche perché è prevista la figura del medico nefrologo. Notiamo, come avviene in generale in questa fase, una bassa discrezionalità decisoria ma una certa discrezionalità sulla gestione dell'applicazione delle procedure diagnostico-terapeutiche oltre ad una capacità di sorveglianza e monitoraggio della per-

sona e delle tecnologie ad essa connessa, ma anche una discreta capacità di integrazione con il medico ma anche con altri professionisti in consulenza come il «tecnico» di dialisi.

La consulenza è già oggi utilizzata dagli infermieri sia di area critica sia come in questo caso proveniente da altre unità operative, ma non sono formalizzate e scritte.

Terminiamo con l'ultimo momento assistenziale identificato che risulta essere quello relativo all'identificazione dei bisogni assistenziali della persona. Il primo ha per oggetto le cure igieniche totali e parziali che per un paziente così critico ed instabile dovrebbero essere di esclusiva pertinenza dell'infermiere o addirittura anche del medico vista la pericolosità della procedura sulla sicurezza della persona, così come la mobilitazione. L'igiene del cavo orale risulta essere per l'infermiere una strategia utile per prevenire infezioni. Per quello che riguarda il discorso della prevenzione una argomentazione ampia ci fa pensare al trattamento delle lesioni da decubito di cui la persona era portatore già dalla fase precedente e che in questa ha fatto prendere la decisione di sostituire il presidio antidecubito.

Infine la prevenzione delle infezioni respiratorie legate alla VAM assumono una importanza decisiva in quanto le LG del Cdc di Atlanta affermano che ogni giorno di VAM aumenta il rischio di Polmonite nosocomiale dall'1 al 3%. Non dimentichiamo infine la necessità di informare sempre la persona e quelle significative sulle sue condizioni e soprattutto nei confronti dei miglioramenti eventuali. Queste azioni sono da considerare come trasversali a tutta la fase. I professionisti implicati sono l'infermiere e l'OTA e/o l'OSS, ma non c'è il medico.

Le competenze richieste in questo momento sono un'alta discrezionalità nella presa di decisioni, in quanto attività autonoma, competenza nella pianificazione dell'assistenza alla persona critica, capacità di individuare i bisogni assistenziali, nonché capacità di tipo relazionale ed infine di interpretazione di segni e sintomi per intervenire tempestivamente in caso di necessità.

Dopo avere completato la presentazione di alcune situazioni assistenziali così come si sono realizzate nella realtà, passiamo all'esame della persona secondo il «*modello per la lettura della complessità assistenziale*», il quale consente di leggere ed analizzare le funzioni infermieristiche in relazione alle necessità e bisogni delle persone assistite.

Si analizzano le tre dimensioni della persona che determinano la necessità di assistenza infermieristica.

Le tre dimensioni vengono per comodità esaminate separatamente anche se in una logica sistemica non va mai persa di vista la loro relazione reciproca e l'influenza che esercitano l'una sull'altra.

Facendo riferimento al diagramma proposto, rispetto alla dimensione «*condizione di salute/malattia*» siamo in uno stato di elevata instabilità delle funzioni vitali, di criticità vitale, legata alla compromissione delle funzioni cardiaca, respiratoria e renale.

La persona necessita quindi di essere sostenuta totalmente per queste funzioni e di potere recuperare una condizione di stabilità.

L'obiettivo, ora, non è quindi recuperare la salute ma restare in vita e rendere la malattia gestibile.

L'attività infermieristica letta in riferimento a questa dimensione comprende la garanzia della corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico – terapeutiche, evidenziando quindi l'area di integrazione con il medico – anestesista, l'applicazione di tecnologie complesse per il sostegno delle funzioni vitali, la capacità di evidenziare ed interpretare segni e sintomi, di riconoscere e prevedere i problemi e trattarli tempestivamente.

Come si è visto precedentemente lungo questa dimensione la possibilità di applicare la propria discrezionalità decisoria è bassa.

Nonostante ciò è richiesta una elevata competenza tecnico-scientifica.

Inoltre si può applicare la propria discrezionalità, pur ridotta, nel decidere come intervenire in veste di collaboratore, quindi garantire l'applicazione delle prescrizioni (come e quando).

All'interno di questa dimensione, però, l'infermiere può comunque evidenziare una serie di atti di supporto alle attività e quando questi sono standardizzabili, semplici sotto il profilo tecnico, non svolti comunque sulla persona, decidere di affidarli agli operatori di supporto dopo aver definito le procedure di attuazione ed aver effettuato l'addestramento del personale stesso

Infine, anche in questa area alcuni interventi vengono messi in atto in modo autonomo, pur non rappresentando quelli risolutivi per la situazione (es. massaggio cardiaco esterno e ventilazione manuale devono essere accompagnati dalla somministrazione di farmaci e dall'intubazione).

Sempre in riferimento al diagramma proposto per l'analisi della persona, rispetto alla dimensione «*comprensione delle proprie necessità in relazione alla condizione di salute/malattia e scelta consapevole dei comportamenti idonei*», la persona è in una condizione in cui non è in grado di svolgere questo ruolo, la capacità di comprensione/scelta è al livello più basso in relazione allo stato di coscienza determinato anche dalla sedazione farmacologica.

Anche in relazione a questa dimensione, la persona in esame deve essere totalmente sostituita dall'infermiere, il quale dovrà essere in grado di valutare quali sono i bisogni e quali gli interventi atti a soddisfarli, nonché la modalità con cui attuare gli stessi e le risorse, anche umane, da attivare.

Non appena le condizioni lo consentono ed in modo graduale, la persona deve essere aiutata a comprendere la propria condizione e ad assumere le relative decisioni.

Infatti man mano che riprende un minimo livello di coscienza questo va evidenziato ed aiutato nel suo progredire.

Non va però dimenticato che lungo questa dimensione dobbiamo considerare anche la necessità di coinvolgere la famiglia e/o le persone di riferimento le quali, pur se non completamente in grado di assumere decisioni, vista la situazione di complessità elevata, hanno il diritto di essere informate sull'andamento del percorso assistenziale per poterlo comprendere.

L'attività infermieristica letta lungo questa dimensione in questa fase mette in luce l'elevata competenza relazionale dell'infermiere, espressa sia nei confronti della persona che della famiglia, ed anche la dimensione etica dell'infer-

miere, che in situazioni quali quella presentata assume su di sé le scelte della persona e realizza l'assistenza facendosi garante dei valori e dei desideri della stessa (vedi codice deontologico).

L'attività di cui si parla viene poco agita dall'infermiere, pur facendo parte delle sue funzioni, anche a causa di mancanza di tempo che viene speso per altre attività improprie o non sanitarie.

Seguendo questa dimensione si mette in luce una elevata discrezionalità decisoria ed una elevata autonomia, pur permanendo la necessità di coordinare gli interventi con quelli degli altri professionisti, per quanto concerne il fornire informazioni su aspetti non esclusivi dell'assistenza infermieristica.

Non si evidenziano in questa dimensione aspetti di attribuzione ad altri operatori, per le motivazioni precedentemente espresse.

Si completa l'analisi con la dimensione relativa alla «possibilità di mettere in atto autonomamente le azioni ed i comportamenti che si è deciso di intraprendere» in relazione alla condizione di salute/malattia.

In questo caso la persona si trova in una condizione di dipendenza legata all'impossibilità di compiere azioni volontarie.

Necessita quindi di essere totalmente sostituita nell'effettuazione di tali attività in attesa di poter essere accompagnata verso il recupero dell'autonomia.

Ovviamente questa dimensione non può essere disgiunta dalle due precedenti, per cui la dipendenza deve essere messa in relazione anche alla criticità ed all'incapacità di comprendere/scegliere

L'attività infermieristica letta in riferimento a questa dimensione comprende l'effettuazione delle attività che la persona non può svolgere autonomamente, in modo diretto o attraverso il personale di supporto, e comprende l'area della pianificazione, della supervisione e verifica

La possibilità di applicare la propria discrezionalità decisoria è elevata.

Quindi, nel caso specifico, l'infermiere può decidere di svolgere direttamente attività tese al soddisfacimento di bisogni di base della persona o che non vengono comunemente intese come attività di tipo sanitario, es. l'igiene personale ed il trasporto, ma che in questo caso vengono ad avere una valenza elevata perché la totale dipendenza si associa al modo in cui si esprimono le restanti variabili. Vi è quindi molta assistenza infermieristica diretta.

Esaminando i diversi momenti assistenziali, nella rianimazione cardiopolmonare vengono messe in atto numerose attività a *bassa discrezionalità decisoria* per l'infermiere ma che richiedono capacità avanzate di gestione dell'emergenza.

Queste attività risultano essere *specifiche* per l'infermiere, (es. gestione della ventilazione meccanica, collaborazione durante l'intubazione ed il posizionamento del CVC, ecc.).

Alcuni interventi possono essere messi in atto in modo autonomo, es. MCE e ventilazione manuale, ma non rappresentano quelli risolutivi per la situazione della persona.

Deve essere presente un'elevata capacità di interpretare segni e sintomi nella persona critica.

Nonostante tutto possono essere messe in luce una serie di atti che sono *generici* per l'infermiere, es. pulizia dei carrelli, e che possono essere affidati

all'operatore di supporto; probabilmente anche il loro ripristino purché sia definita la procedura (*esclusivo* per l'infermiere), effettuata supervisione e verifica di quanto effettuato mediante check-list (*esclusivo* dell'infermiere).

Specifica è l'informazione fornita alla famiglia in merito alle ricadute assistenziali di quanto accaduto, ricordando la necessità di coordinare tale attività con quella svolta dal medico per gli aspetti di competenza. La famiglia infatti ha il diritto di essere informata anche sul percorso assistenziale e probabilmente questo aspetto è spesso trascurato. Dare piena dignità all'intervento assistenziale *motiva* l'infermiere.

Esistono poi attività di supporto di tipo tecnico che potremmo definire *generiche* per l'infermiere (es. controllo e manutenzione apparecchiature elettromedicali) in quanto potrebbero essere affidate ad un tecnico.

Nella consuetudine se ne occupa un infermiere che diviene esperto in tecnologie poiché l'assenza del personale tecnico sul posto può causare l'impossibilità di utilizzare tempestivamente l'apparecchio con rischi elevati per la sicurezza della persona assistita.

In ogni caso questa competenza tecnica non può essere diffusa a tutti gli infermieri perché richiede appropriate conoscenze.

Esclusiva resta la rivalutazione della persona concluso l'evento critico e la conseguente ripianificazione assistenziale.

Essendo il malato stato appena intubato ed essendo anche in corso una sedazione farmacologica è opportuno che l'infermiere in questa fase di estrema instabilità resti accanto a lui per controllare i parametri, monitorizzare la situazione clinica ed individuare tempestivamente eventuali problemi.

Nella fattispecie, per l'effettuazione della fibroscopia, poiché il materiale da utilizzare deve essere sottoposto ad un processo di sterilizzazione immediatamente prima dell'uso (vincolo legato all'apparecchiatura utilizzata per la sterilizzazione), e poiché tale processo dura circa 30-40 minuti, si può ipotizzare che questo atto possa essere effettuato dal personale di supporto, essendo questo un atto tecnico non svolto direttamente sul malato, routinario, quindi standardizzabile e *generico* per l'infermiere.

Su specifica pianificazione infermieristica lo strumento deve essere sempre disponibile in quanto esiste il vincolo del tempo necessario per la procedura di sterilizzazione.

Resta *esclusivo* l'addestramento del personale di supporto, la definizione delle procedure di preparazione, smaltimento e riordino del materiale, la supervisione e l'eventuale controllo mediante check-list.

Questo esempio può essere applicato anche ad altre attività analoghe e ad altri atti di supporto necessari a garantire la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche.

Specifico è la collaborazione con il medico durante l'indagine, così come il monitoraggio durante e dopo la stessa.

Un altro esempio è rappresentato da quelle attività di norma affidabili al personale di supporto (es. trasporto intraospedaliero) le quali però in questa situazione, vista la condizione della persona lungo la dimensione salute/malattia, possono avere ricadute anche significative. In questo caso quindi le possia-

mo definire *specifiche* per l'infermiere, richiedono inoltre conoscenze ed abilità avanzate.

La pertinenza di un atto – in questo caso il trasporto – rispetto alla professionalità infermieristica non è quindi definita una volta per tutte ma dipende dalla complessità assistenziale.

Si ritiene che il controllo del materiale da utilizzare durante il trasporto debba essere effettuato in modo *esclusivo* da parte dell'infermiere, vista l'impossibilità di integrarlo o sostituirlo durante il tragitto o nel servizio diagnostico.

Si può invece affidare al personale di supporto il ripristino della postazione in assenza del malato per gli aspetti di competenza.

Si mette inoltre in luce, nel caso specifico, che l'infermiere del servizio di radiologia si è dichiarato non in grado di gestire la persona durante la permanenza del servizio stesso causa la complessità assistenziale, per cui l'infermiere della rianimazione ha svolto una funzione di consulenza (Codice Deontologico 3.2), funzione altamente *motivante*. Ricordiamo che l'area critica è là dove si trova un malato critico.

L'applicazione delle prescrizioni terapeutiche è *specificata* e richiede conoscenze ed abilità avanzate; *specifico* il monitoraggio e la collaborazione durante il posizionamento dei CVC; attività *generiche* lo smaltimento ed il riordino del materiale utilizzato.

L'emofiltrazione viene garantita dall'infermiere esperto in dialisi (funzione di consulenza).

Definiamo attività *esclusiva* l'identificazione dei bisogni della persona, la pianificazione assistenziale, la supervisione sul suo andamento e la verifica di quanto effettuato anche da altri tenendo conto delle specificità dell'applicazione del processo di assistenza al malato critico.

È attività *esclusiva*, con l'eventuale coinvolgimento di personale di supporto, l'effettuazione di interventi assistenziali diretti di norma affidabili anche al personale di cui si è detto (igiene e mobilitazione) vista la situazione lungo l'asse salute/malattia e comprensione/scelta.

Durante l'effettuazione di queste attività, l'infermiere deve saper osservare la persona, valutarne i bisogni, prevedere i problemi ed intervenire tempestivamente; svolge quindi direttamente le attività, avvalendosi del personale di supporto, il quale, anche in questo caso, può svolgere gli atti che precedono e seguono l'attività, non diretti sulla persona, di preparazione, smaltimento e riordino del materiale utilizzato.

L'infermiere deve essere presente perché è necessaria una costante valutazione dei bisogni ed un continuo adattamento assistenziale

Rappresenta attività *esclusiva* l'informazione alla famiglia sul percorso assistenziale.

È auspicabile la consulenza di infermieri esperti per il trattamento delle lesioni da decubito (attività *esclusiva*). Ricordiamo che questa è una situazione particolare; ad esclusione dell'area critica, infatti, la persona parzialmente dipendente richiede più «tempo-infermiere» di quella totalmente dipendente, per essere ricondotta all'autosufficienza (ruolo peculiare dell'assistenza infermieristica).

Bibliografia

- AA.VV., *Manuale di BLS American Heart Association*, Centro scientifico editore, Torino, 2003.
- L. D'ADDIO, C. CALAMANDREI, *Commentario al nuovo codice deontologico dell'infermiere*, Mac Graw-Hill, Milano, 1999.
- A. GENTILI, G. NASTASI et al., *Il paziente critico* CEA, Milano, 1993.
- A. OWEN, *Il monitoraggio in Area critica*, Mac Graw-Hill, Milano, 1998.
- S. PERUZZI, S. GOZZINI, *La somministrazione dei farmaci in Area critica*, Mc Graw-Hill, Milano, 1999.
- LINDA H. AIKEN PhD, RN; SEAN P. CLARKE, PhD, RN; ROBYN B. CHEUNG, PhD, RN; DOUGLAS, M. SLOANE, PhD; JEFFREY H. SILBER, MD, PhD, *Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality*, JAMA n. 12;290:1617-1623. 24 Settembre 2003.
- PJ ATKINS, E HAPSHE, B. RIEGEL, *Effects of a bedbath on mixed venous oxygen saturation and heart rate in coronary artery bypass graft patients*, Am J Crit Care. 1994 Mar; 3(2):107-115.
- J. CHASTRE, *Ventilator-associated Pneumonia*, Am J. Resp. Critic.Care Med. 2002; 165:867-903.
- R. O. CUMMINS, A. SANDERS, E. MANCINI, M.F. HAZINSKI, *In-Hospital resuscitation, a Statement for healthcare professionals from the American heart association ECC Committee and ACLS, BLS, PR, and Program administration Subcommittees* Circulation 1997, 95:2211-2212 1997.
- R.O. CUMMINS, M.F. HAZINSKI, *The most important changes in the International ECC and CPR guidelines*, Circulation 2000; 102:I-371 American Heart Association, Inc.
- E. DRIGO, *Relazione introduttiva dell'VIII Congresso nazionale ANIARTI*, Bologna, 1989.
- A. GAWLINSKI, K. DRACUP, *Effect of positioning on SvO₂ in the critically ill patient with low ejection fraction*, Nurs Res.1998 Sep-Oct; 47 (5): 293-9.
- A. GUERRA, B. CAVALIERE, *Applicazione della metodologia dell'indice di complessità assistenziale presso l'ospedale Pasquinucci di Massa*, A.O. IFC CNR-CREAS, Pisa, Management infermieristico n. 1/2003 pagg. 4-11.
- L'infermiere* 4/2009 Anno XLIV Luglio/Agosto Aggiornamenti professionali-Emergenza, un progetto per sconfiggerla.
- P. LEWIS et al. *The effect of turning and backrub on mixed venous oxygen saturation in critically ill patient*, Am J Crit Care. 1997 Mar; 6(2): 132-40.
- MA LOVELL, MY MUDALIAR, PL KLINEBERG, *Intrahospital transport of critically ill patients: complications and difficulties*, Anaesth Intensive Care. 2001 Aug; 29 (4): 4000-5.
- MMWR Recommendations and Report Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter Related Infections. 9 agosto 2002.0
- C. MOISET, A. ROLI, *Analisi delle attività svolte dagli infermieri nelle strutture sanitarie milanesi - risultati di una indagine*, Professioni infermieristiche anno 56 nr. 1 gennaio-marzo 2003.
- A. POTTLE, S. BRANT, *Does resuscitation training affect outcome from cardiac arrest?*, Accid. Emerg. Nurs. 2000 Genn; 8 (1):46-51.
- Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia – Agenzia regionale della sanità Infermieri ed assistenza infermieristica in Friuli Venezia Giulia I parte: organizzazione dell'assistenza infermieristica Dati – indicatori e standard per la determinazione del fabbisogno di infermieri ed operatori di supporto nei servizi sanitari ospedalieri e territoriali Gennaio 2002.
- A. SILVESTRO, G. PITACCO, *Area critica*, in *Documenti congressuali del XI Congresso nazionale della Federazione nazionale dei Collegi IPASVI* Firenze 1996.
- A. SILVESTRO, *Il complesso intervento assistenziale in Area critica*, in *Atti del X Convegno nazionale della Federazione nazionale Collegi IPASVI* Fiuggi 1993.

- HE STEARLEY, *Patients' outcomes: intrahospital transportation and monitoring of critically ill patients by a specially trained ICU nursing staff*, Am J Crit. Care. 1998 Jul. 7(4): 282-7.
- F. VALLICELLA, *La filosofia del progetto manageriale della Federazione nazionale Collegi IPASVI in Quaderni speciali Raccolta relazioni del XIII Congresso nazionale IPASVI*, Roma 19-21 settembre 2002.
- A. VERDERBER, KJ GALLAGER, *Effects of bathing, passive range of motion exercise and turning on oxygen consumption in healthy men and women*, Am J Crit Care. 1994 Sep; 3(5): 374- 81.
- P. G. M. WALLACE, S.A. RIDLEY, *Transport of critically ill patient*, BMJ 1999; 319:368-371 (7 August).
- C. WAYDHAS, *Equipment review: intrahospital transport of critically ill patients*, Crit. Care, 1999; 3 (5)
- C. WEISSMAN et al., *Effect of routine care interactions on metabolic rate*, Chest. 1984 Dec; 86 (6):815:8.
- EH WINSLOW, AP CLARK, KM WHITE, DO TYLER, *Effects of a lateral turn on mixed venous oxygen saturation and heart rate in critically ill adults*, Heart Lung. 1990 Sep; 19 (5pt2):557-61.
- Accordo Stato Regioni 16 gennaio 2003 GU 51 3 marzo 2003 (OSSS).
- Accordo Stato Regioni 22 febbraio 2001 GU 91 19 aprile 2001 (OSS).
- Codice Deontologico dell'infermiere italiano preceduto dal Patto Infermiere Cittadino del 12 maggio 1999.
- D.M. 739/94 Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo Profilo Professionale dell'Infermiere.
- DM Murst 4 aprile 2002 Determinazione delle classi di lauree specialistiche delle professioni sanitarie.
- DM Murst 4 aprile 2002 Determinazione delle classi di lauree delle professioni sanitarie.
- DM Murst n. 509 del 9 novembre 1999 Regolamento concernente l'autonomia didattica degli Atenei.
- DPR 27 marzo 1992 art.10 Atto di indirizzo a Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano per il sistema del Servizio di emergenza.
- DPR 384/1990 art. 40 (OTA).
- Legge n.251 del 10 agosto 2000 Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica.
- Legge n. 1 dell'8 gennaio 2002 Disposizioni urgenti in materia di personale sanitario.
- Legge n. 42 del 26 febbraio 1999 Disposizioni in materia di professioni sanitarie.
- LG n. 1/1996 Linee-guida per l'implementazione del servizio di emergenza Piano sanitario nazionale 2003-2005 Punto 2.7 bis Obiettivo Potenziare i servizi di urgenza emergenza Roma Ministero della Salute pubblicato in Supplemento ordinario n. 95 della G.U. n. del 19 giugno 2003.

Fase Intensività Assistenziale alla Persona Instabile	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rianimazione cardiopolmonare ed intubazione tracheale • Effettuazione delle manovre rianimatorie (MCE, ventilazione manuale). • Intubazione tracheale e connessione al ventilatore automatico in VC 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Infermieri</i> ▪ <i>Anestesista</i> <p><i>Competenze:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostiche avanzate per il malato critico • Gestione delle tecnologie • Integrazione con l'anestesista <p style="text-align: center;">Bassa discrezionalità nelle decisioni</p>

1

Fase Intensività Assistenziale alla Persona Instabile	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rianimazione cardiopolmonare ed intubazione tracheale • Somministrazione dei farmaci dell'emergenza ed effettuazione EGA • Collaborazione al posizionamento CVC di Swan-Ganz 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Infermieri</i> ▪ <i>Anestesista</i> <p><i>Competenze:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostiche in area critica • Gestione delle tecnologie • Integrazione <p style="text-align: center;">Bassa discrezionalità nelle decisioni</p>

2

Fase Intensività Assistenziale alla Persona Instabile	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rianimazione cardiopolmonare ed intubazione tracheale • Defibrillazione elettrica • Rivalutazione clinico-assistenziale • Informazione parenti e persone significative 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Infermieri</i> ▪ <i>Anestesista</i> <p><i>Competenze:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostiche in area critica • Gestione di tecnologie molto complesse (binomio <i>uomo-macchina</i>) • Integrazione <p style="text-align: center;">Bassa discrezionalità nelle decisioni</p>

3

Fase Intensività Assistenziale alla Persona Instabile	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rianimazione cardiopolmonare ed intubazione tracheale • Pulizia, riordino, controllo del carrello delle emergenze e ripristino del materiale utilizzato ✓ Linee guida Rianimazione cardiopolmonare AHA 2000 ILCOR ✓ DPR 27 marzo 1992 art. 10 ✓ DM 739/94 art. 1 comma 3 lettera <i>a</i> ✓ Codice deontologico art. 4 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Infermieri</i> ▪ <i>Anestesista</i> <p><i>Competenze:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostiche in area critica • Gestione di tecnologie molto complesse (binomio <i>uomo-macchina</i>) • Integrazione <p>Bassa discrezionalità nelle decisioni</p>

4

Fase Intensività Assistenziale alla Persona Instabile	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fibroscopia bronchiale di controllo in urgenza • Preparazione e verifica funzionalità dello strumento • Pianificazione infermieristica specifica preventiva (strumento sempre pronto) • Collaborazione all'effettuazione dell'esame 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Infermieri</i> ▪ <i>Anestesista</i> ▪ <i>O.T.A. e/o O.S.S.</i> <p><i>Competenze:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tecniche specifiche • Integrazione <p>Bassa discrezionalità nelle decisioni</p>

5

Fase Intensività Assistenziale alla Persona Instabile	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fibroscopia bronchiale di controllo in urgenza • <i>Osservazione e monitoraggio</i> • Controllo e riordino del materiale utilizzato • LG sterilizzazione ed utilizzo strumenti endoscopici per l'apparato respiratorio <p>Bologna A.O. S. Orsola Malpighi 1999 Istruzioni d'uso Ditta costruttrice Accordo S-R 22 febbraio 2001 OSS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Infermieri</i> ▪ <i>Anestesista</i> ▪ <i>O.T.A. e/o O.S.S.</i> <p><i>Competenze:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostiche • Tecniche • Integrazione <p>Bassa discrezionalità nelle decisioni</p>

6

Fase Intensività Assistenziale alla Persona Instabile	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Applicazione delle prescrizioni diagnostiche ▪ Ecocardiografia transesofagea (TEE) ▪ Tac del torace (trasporto in Radiologia) ▪ Rachicentesi ▪ Gastroscopia 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Infermieri</i> ▪ <i>Anestesista</i> ▪ <i>O.T.A. e/o O.S.S.</i> • Competenze nell'applicazione delle tecnologie • Definizione delle modalità di trasporto malato critico utilizzando tecnologie della stessa complessità di quella presente in postazione

7

Fase Intensività Assistenziale alla Persona Instabile	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Applicazione delle prescrizioni diagnostiche ▪ Ecocardiografia transesofagea (TEE) ▪ Tac del torace (trasporto in Radiologia) ▪ Rachicentesi ▪ Gastroscopia 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Infermieri</i> ▪ <i>Anestesista</i> ▪ <i>O.T.A. e/o O.S.S.</i> • Elevata capacità di integrazione e di collaborazione con il medico ed altri operatori anche in consulenza per gli esami • Alta capacità di rilevare segni e sintomi e di intervenire tempestivamente in caso di emergenza Bassa discrezionalità decisionale sull'indagine

8

Fase Intensività Assistenziale alla Persona Instabile	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Applicazione delle prescrizioni terapeutiche e monitoraggio: ▪ Monitoraggio invasivo emodinamico e respiratorio ▪ Somministrazione dei farmaci prescritti ▪ Filtrazione veno-venosa 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Infermiere e Infermiere di dialisi e nefrologia</i> ▪ <i>Anestesista e specialisti</i> ▪ <i>O.T.A. e/o O.S.S.</i> • Conoscenze cliniche specifiche sul trattamento dell'IRA e capacità di gestire le tecnologie usate • Completa discrezionalità sulla gestione dell'applicazione delle prescrizioni terapeutiche

9

Fase Intensività Assistenziale alla Persona Instabile	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Applicazione delle prescrizioni terapeutiche e monitoraggio: ▪ Somministrazione di ossido nitrico ▪ Gastrolusi ▪ Confezionamento della tracheotomia 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Infermiere e Tecnico di dialisi e nefrologia</i> ▪ <i>Anestesista e specialisti</i> ▪ <i>O.T.A. e/o O.S.S.</i> • Elevata capacità di integrazione e di collaborazione con il medico ed altri operatori anche in consulenza <p style="text-align: center;">Bassa discrezionalità decisionale</p>

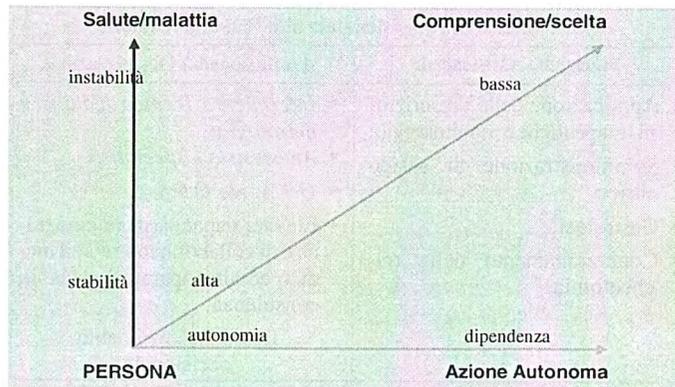
10

Fase Intensività Assistenziale alla Persona Instabile	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificazione e soddisfacimento dei bisogni assistenziali ▪ Cure igieniche parziali e totali ▪ Mobilizzazione ▪ Gestione degli accessi vascolari ▪ Medicazione della ferita chirurgica 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Infermieri</i> ▪ <i>O.T.A. e/o O.S.S.</i> ▪ Competenze nella pianificazione assistenziale alla persona critica ▪ Competenze in wound care ▪ Competenze diagnostiche ▪ Competenze relazionali

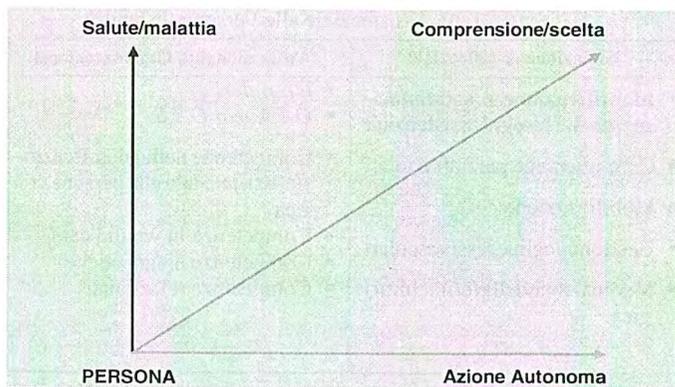
11

Fase Intensività Assistenziale alla Persona Instabile	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificazione e soddisfacimento dei bisogni assistenziali: <p>5. Trattamento lesione da decubito di II grado.</p> <p>LG CDC per la prevenzione infezioni del sito chirurgico 1999</p> <p>LG CDC per la prevenzione della polmonite nosocomiale in VAM 1997</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Infermieri</i> ▪ <i>O.T.A. e/o O.S.S.</i> ▪ Capacità di interpretare segni e sintomi ed intervenire tempestivamente <p style="text-align: center;">Elevata discrezionalità nella presa di decisioni</p>

12



13



14

Fase: Intensività Assistenziale alla Persona Instabile

Rianimazione cardiopolmonare ed intubazione tracheale

- *Attività specifiche* che richiedono conoscenze ed abilità avanzate
- Alcuni atti *generici* affidabili al personale di supporto, *esclusiva* la definizione delle procedure, la supervisione e la verifica

15

Fase: Intensività Assistenziale alla Persona Instabile

**Rianimazione cardiopolmonare
ed intubazione tracheale**

- *Specifica* l'attività di informazione - da potenziare
- Attività *generiche* di natura esclusivamente tecnica
- *Esclusiva* la rivalutazione della persona e la ripianificazione assistenziale - da potenziare

16

Fase: Intensività Assistenziale alla Persona Instabile

Applicazione delle prescrizioni diagnostiche

- Processo di sterilizzazione: attività *generica*
- *Generici* alcuni atti di supporto, affidabili ad altre figure; *esclusivo* l'addestramento del personale, la definizione delle procedure, la supervisione e la verifica
- *Specifica* la sorveglianza durante e dopo l'indagine

17

Fase: Intensività Assistenziale alla Persona Instabile

Applicazione delle prescrizioni diagnostiche

- Trasporto: attività *specificata* che richiede conoscenze ed abilità avanzate
- La pertinenza di una attività rispetto alla professionalità infermieristica dipende dalla complessità assistenziale*
- *Esclusivo* il controllo del materiale da utilizzare durante il trasporto

18

Fase: Intensività Assistenziale alla Persona Instabile

Applicazione delle prescrizioni diagnostiche

- Attività *generiche* legate al ripristino della postazione
- *Consulenza* - attività motivante da potenziare

19

Fase: Intensività Assistenziale alla Persona Instabile

**Applicazione delle prescrizioni
terapeutiche e monitoraggio**

- Attività *specifiche*, richieste conoscenze ed abilità avanzate
- Atti *generici* di supporto affidabili ad altro personale, *esclusiva* la definizione delle procedure, la supervisione e la verifica
- *Consulenza* da parte dell'infermiere di dialisi - attività motivante da potenziare

20

Fase: Intensività Assistenziale alla Persona Instabile

Identificazione e soddisfacimento dei bisogni assistenziali

- Attività *esclusive*: identificazione dei bisogni della persona, pianificazione assistenziale, supervisione sul processo, verifica di quanto effettuato anche dal personale di supporto - da potenziare

Peculiarità nell'applicazione del processo di assistenza al malato critico

21

Fase: Intensività Assistenziale alla Persona Instabile

Identificazione e soddisfacimento dei bisogni assistenziali

- Attività *esclusiva* l'effettuazione di interventi assistenziali diretti (es. igiene e mobilizzazione), coinvolgendo se opportuno il personale di supporto
- Il personale di supporto può comunque svolgere gli atti *generici* che precedono e seguono l'attività, non diretti sulla persona (binomio uomo-macchina)

22

Fase: Intensività Assistenziale alla Persona Instabile

Identificazione e soddisfacimento dei bisogni assistenziali

- Attività *esclusiva* di *consulenza* dell'infermiere esperto in wound care - attività motivante, da potenziare
- Attività *esclusiva* l'informazione sul processo assistenziale - da potenziare

23

Fase: Intensività Assistenziale alla Persona Instabile

Molta assistenza infermieristica diretta

Ridotte le attività svolte dal personale di supporto sulla persona

Elevate competenze cliniche, tecniche, di pianificazione ...

Quale formazione per questo infermiere?

Grazie

24

4^a FASE: ASSISTENZA INFERMIERISTICA PER IL TRASFERIMENTO IN REPARTO DI DEGENZA

M. BRANDOLI ⁽¹⁾, L. ROSSI ⁽²⁾

⁽¹⁾ Infermiera - Coordinatore Didattico del Corso di Laurea in Infermieristica, Scuola per Infermieri «Principessa di Piemonte» della Croce Rossa Italiana di Bologna.

⁽²⁾ Infermiera AFD-DDSI - Coordinatore Infermieristico, Medicina d'Urgenza, Policlinico «S.Orsola - Malpighi» di Bologna.

Vediamo ora, in riferimento alla IV fase chiamata Assistenza infermieristica per il trasferimento in reparto di degenza che cosa avviene al Signor AZ.

Questa fase che decorre dal 5 al 21 marzo è caratterizzata da un progressivo recupero della persona.

Su prescrizione medica viene ridotta la somministrazione farmacologica e il monitoraggio emodinamico.

Viene anche iniziato il programma di *weaning respiratorio* in modo da effettuare le prove di respiro spontaneo durante il giorno, mantenendo la VAM di notte.

In concomitanza alla sospensione della sedazione la persona presenta fasi di disorientamento e di agitazione psicomotoria per cui viene effettuata una consulenza psichiatrica e, successivamente alla sospensione dell'alimentazione artificiale, viene avviata *l'alimentazione orale*.

Dopo la rimozione dei Cateteri Venosi Centrali, viene intensificato il programma riabilitativo, per arrivare alla mobilizzazione in poltrona e successivamente con girello.

In questa fase, l'assistenza infermieristica è rivolta anche all'educazione della persona stessa e della sua famiglia (in specifico la sorella) alla *gestione della tracheotomia*.

Il 21 marzo viene effettuato il *trasferimento* presso il reparto di degenza cardiocirurgica dove verrà portato a compimento il percorso riabilitativo in previsione della dimissione.

Questa fase mette in evidenza il passaggio della persona dalla condizione di totale a quella di parziale dipendenza. In questo momento la persona riprende progressivamente la padronanza di sé e bisogna considerare anche che il futuro può essere vissuto con titubanza e dare origine ad ansie e paure.

In questo contesto analizzeremo, a scopo esemplificativo, alcuni momenti assistenziali ponendo l'attenzione sui criteri che giustificano l'intervento e le risorse necessarie all'intervento stesso.

Successivamente, verrà fatta la lettura degli stessi interventi utilizzando il modello della complessità assistenziale che, permettendoci di rilevare la necessità di assistenza infermieristica della persona, ci consente di motivare appieno le funzioni svolte dall'infermiere o forse di trovare spunti e motivazioni ad un impiego ottimale delle risorse (ottimizzare e/o approntare strumenti informativi e/o documentazione che permette di standardizzare l'attività).

Rappresentazione dello stato attuale

Interventi	Evidenze	Mezzi	Ricadute organizzative/Personale
<p>Indicazione della serie di interventi (i principali della fase) attualmente messi in atto</p> <p>I. Weaning respiratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Informare la persona</i> • <i>Preparare il materiale occorrente</i> • <i>Effettuare il weaning</i> • <i>Monitorare le condizioni della persona</i> 	<p><i>L'utilizzo di sedazione nel paziente post chirurgico, favorisce l'estubazione precoce.</i></p> <p>Grado A (1)</p> <p>(1) <i>Evidence-based guidelines for weaning and discontinuation of ventilatory support</i>» Chest 2001 Dec; 120 (6 Supp): 375S-484S.</p> <p><i>Il successo del weaning è influenzato dalla patologia cardiaca e dal tempo di bypass cardiopolmonare (2)</i></p> <p>(2) <i>Assessment of factors that influence weaning from long-term mechanical ventilation after cardiac surgery</i> Arq Bras Cardiol. 2003; Mar; 80(3):301-10.</p> <p><i>La confidenza e la familiarità con la tecnica usata inserita in strutturati protocolli guidati, può facilitare il processo di svezzamento. (3)</i></p> <p>(3) <i>I protocolli guidati dal terapista respiratorio durante le fasi di svezzamento dalla ventilazione meccanica. Rassegna di patologia dell'apparato respiratorio 2002;</i> 17:198-208</p> <p>S. MILLOCCO, G. BURLIOT, <i>Lo svezzamento di un paziente dalla V.A.M: nursing e aspetti psicologici</i>, Scenario 2003;20 (2): 9-16.</p> <p>D. HESS, <i>Ventilator modes used in weaning</i>, Chest 2001; 120: 474S-476S.</p>	<p><i>Prescrizione terapeutica</i></p> <p><i>Attrezzature tecnologiche</i></p> <p><i>Linee guida</i></p> <p><i>Comunicazione</i></p>	<p>Professionisti, personale in genere, competenze specifiche necessarie per attuare gli interventi descritti.</p> <p><i>Infermiere</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>competenze relazionali</i> • <i>competenze cliniche/diagnostiche</i> • <i>competenze tecniche</i> <p>• <i>nessuna decisionalità sulla scelta della metodica di divezzamento</i></p> <p>• <i>ampia discrezionalità nelle decisioni in riferimento alle valutazioni della condizione della persona</i></p>

Interventi	Evidenze	Mezzi	Ricariche organizzative/ Personale
<p>Indicazione della serie di interventi (i principali della fase) attualmente messi in atto nel trattamento/assistenza del malato/caso esaminato</p> <p>2. <i>Alimentazione orale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Pianificare</i> • <i>Preparare il materiale occorrente e la persona</i> • <i>Aiutare nell'assunzione e verificare il quantitativo assunto</i> • <i>Garantire l'igiene della persona e dell'ambiente</i> 	<p><i>La tracheotomia permette ai pazienti di alimentarsi nuovamente per via naturale ma poiché spesso si ha un'alterazione della deglutizione con il conseguente rischio di inalazione, si devono seguire alcuni accorgimenti: valutare la capacità di deglutizione, il riflesso della tosse, programmare razionalmente la dieta, controllare che la cuffia sia gonfiata con un range di pressione pari a 25-35 cm H₂O, la testa del letto con inclinazione di 30-45° (4)</i></p> <p>(4) GORI, SALVINI, SINATTI, GOZZINI, <i>Le tracheotomie</i>. Atti del congresso nazionale Aniarti 1998, sessione 3 - relazione 2</p> <p>A. MACDONALD, L. HILDEBRANDT, <i>Comparison of formulaic equations to determine energy expenditure in the critically ill patients</i>, Nutrition 19, Issue 3, March 2003, Pages 233-239.</p>	<p><i>cartella infermieristica, istruzioni operative comunicazione occorrente per il pasto occorrente per l'igiene</i></p>	<p><i>Infermiere Operatore di supporto</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>competenza nella pianificazione</i> • <i>competenze relazionali/educative</i> • <i>conoscenze nutrizionali</i> • <i>alta discrezionalità nell'assunzione di decisioni</i>
<p>3. <i>Gestione della tracheostomia</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>pianificare l'attività</i> • <i>informare la persona</i> • <i>preparare la persona e il materiale</i> 	<p><i>«non instillare la soluzione fisiologica allo 0,9% prima di aspirare gli adulti con tracheotomia. Assicurare che il paziente sia adeguatamente idratato è un modo con il quale si può facilitare la rimozione delle secrezioni respiratorie» livello III.1</i></p>	<p><i>Documentazione infermieristica Presidi e apparecchiature specifiche</i></p>	<p><i>Infermiere</i></p>

Segue

Interventi	Evidenze	Mezzi	Ricadute organizzative/ Personale
<p>Indicazione della serie di interventi (i principali della fase) attualmente messi in atto nel trattamento/assistenza del malato/caso esaminato</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Attuare e monitorare <ul style="list-style-type: none"> ○ rimuovere eventuali secrezioni ○ effettuare l'igiene della zona peristomale ○ effettuare il cambio della cannula interna ○ monitorare le condizioni della persona ● ripristinare il materiale 	<p>«modificare le attività e ritardare gli eventi che sono riconosciuti responsabili nel determinare un aumento della pressione intracranica media o pressione arteriosa media dopo intervalli di 10 minuti. Le azioni devono essere pianificate su una completa valutazione dei bisogni del paziente; quando possibile occorre considerare le attività di assistenza passo per passo, piuttosto che in una sequenza consolidata» livello III.1</p>	<p>Tecniche di educazione terapeutica: opuscoli informativi, lezione frontale e simulazioni</p>	<p>Professionisti, personale in genere, competenze specifiche necessarie per attuare gli interventi descritti.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● competenza nella pianificazione ● esperienza clinica/diagnostica ● capacità tecniche ● conoscenza delle apparecchiature da utilizzare ● competenza relazionale ed educativa
<p>4. Trasferimento in reparto</p> <ul style="list-style-type: none"> ● informare e rassicurare la persona e la famiglia ● valutare la situazione assistenziale e preparare la documentazione ● attuare il trasferimento ○ preparare la persona ○ effettuare il trasporto ● ripristinare l'unità di degenza 		<p>Documentazione</p> <ul style="list-style-type: none"> ● infermieristica ● clinica ● amministrativa <p>Letto del reparto</p>	<p>Medico Infermiere TI e reparto Operatore di supporto TI</p> <ul style="list-style-type: none"> ● competenza nella pianificazione ● conoscenza della gestione degli strumenti informativi ● competenza relazionale <p>elevata discrezionalità nelle decisioni</p>

Analisi mediante l'utilizzo del modello della complessità assistenziale

Per utilizzare il modello della complessità assistenziale, risulta indispensabile valutare le condizioni della persona prendendo in considerazione le tre variabili considerate dal modello e che per una esemplificazione vengono considerate separatamente ma che in realtà sono strettamente correlate tra loro e consentono di ottenere una visione completa della persona. Analizziamo ora come si presenta il sig. AZ.

Rispetto all'asse *condizione di salute-malattia* la persona presenta una condizione di *stabilità clinica* che, però, essendo di recente ripristino, richiede la presenza di un infermiere competente nel monitorare le condizioni della persona al fine di essere pronto ad intervenire e coinvolgere il medico in caso di necessità allo scopo di evitare una evoluzione verso l'instabilità. In questa fase di stabilità clinica, l'attività infermieristica rispetto alla dimensione considerata, vede l'infermiere come il garante delle corrette applicazioni delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche (scarsa discrezionalità decisoria, elevate competenze tecniche e scientifiche).

Considerando la capacità di *comprensione delle proprie necessità in relazione alle condizioni di salute/malattia e scelta consapevole dei comportamenti idonei*, AZ presenta una *parziale capacità di comprensione/scelta* in quanto la somministrazione di sedativi prima e la condizione di disorientamento poi interferisce con la sua capacità di effettuare scelte consapevoli. Pertanto, svolge un ruolo importante l'elevata competenza educativa messa in gioco dal professionista al fine di fornire tutte le informazioni e gli strumenti adeguati per consentire alla persona di utilizzare le proprie risorse ed effettuare scelte consapevoli. La necessità di comprensione del percorso assistenziale riguarda anche la famiglia e/o persone di riferimento di AZ che devono essere coinvolte al fine di potere comprenderlo. L'assistenza infermieristica di tipo educativo si riferisce ad un ambito che attualmente l'infermiere sviluppa in modo non strutturato in quanto «non ha tempo».

In riferimento alla variabile *possibilità di mettere in atto autonomamente le azioni ed i comportamenti che si è deciso di intraprendere* in relazione alla condizione salute/malattia, possiamo dichiarare che AZ ha una *parziale capacità di agire in autonomia* infatti, aiutato tecnicamente e supportato psicologicamente, può riuscire a mettere in atto alcuni comportamenti di cura della propria persona. La lettura di questa dimensione però deve essere sempre correlata alle due precedenti al fine di ottenere la reale complessità assistenziale della persona. Nell'ambito di questa dimensione, gli interventi assistenziali prevedono per l'infermiere un'elevata discrezionalità decisionale riferita sia ad azioni autonome che affidate ad operatori di supporto ed è basata sulla pianificazione dell'attività, supervisione sull'attuazione e verifica del risultato.

Pertanto, la lettura effettuata secondo il modello della complessità assistenziale ci fa rilevare che AZ, in fase di preparazione al trasferimento, necessita di assistenza infermieristica diretta in riferimento alla quale però sono identificabili attività infermieristiche *specifiche e/o esclusive* ma anche attività

generiche o *specifiche* ma che standardizzabili possono essere affidate ad altri operatori.

In riferimento al *weaning*:

- informare e rassicurare la persona: attività *specificamente autonoma* che fa riferimento alla componente educativa del professionista infermiere (competenza educativa elevata);

- preparare il materiale occorrente: attività *generica* trasferibile in presenza di procedura standardizzata, ad altre figure con assunzione di responsabilità di chi la effettua. L'autonomia e l'esclusività infermieristica è riferita alla formulazione della procedura, alla decisione dell'affidare ed alla *verifica* sul risultato. È attività standardizzabile che può vedere coinvolti operatori di supporto come l'OSS (competenza di pianificazione e di valutazione degli operatori);

- effettuare il *weaning*: attività *specificamente* attuata su prescrizione *responsabilità* sulla corretta messa in atto (competenze tecniche elevate);

- monitorare le condizioni della persona: attività *specificamente autonoma responsabilità* propria dell'infermiere (competenze cliniche elevate e tecniche).

In riferimento alla situazione assistenziale considerata, si può evidenziare che *l'intervento assistenziale è di tipo tecnico su prescrizione* ma per la messa in atto, l'operatore ha una *discrezionalità decisionale in riferimento alla gestione dell'intervento educativo e dall'inserimento dell'attività stessa all'interno del contesto* (pianificazione delle attività in modo che non interferiscano e una con le altre), inoltre nel complesso dell'attività è ipotizzabile il coinvolgimento di operatori di supporto per quelle parti standardizzabili.

DM 739/94

Art. 1 comma 2 «assistenza infermieristica preventiva ... è di natura tecnica, relazionale, educativa ...»;

Art. 1 comma 3.d «garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche»;

Art. 1 comma 3.f «per l'espletamento delle funzioni si avvale ove necessario dell'opera del personale di supporto»;

Art. 4 «l'infermiere contribuisce alla formazione del personale di supporto ...»

CD 3.2

«L'infermiere assume responsabilità in base al livello di competenze raggiunto e ricorre, se necessario, all'intervento e alla consulenza di esperti ...»

CD 3.3

«L'infermiere riconosce i limiti delle proprie conoscenze e competenze e declina la responsabilità quando ritenga di non potere agire con sicurezza».

CD 4.5

«l'infermiere....garantisce le informazioni relative al piano di assistenza ed adegua il livello di comunicazione alla capacità del paziente di comprendere...».

Accordo Stato Regioni 22 febbraio 2001 GU 91 19 aprile 2001 (OSS)

Dall'allegato A: «realizza attività semplici di supporto diagnostico e terapeutico».

Dall'allegato B: «aiutare nella preparazione alle prestazioni sanitarie» «competenze tecniche...sa svolgere attività finalizzate. all'uso corretto di presidi, ausili e attrezzature...».

Alimentazione per via naturale

Per questa situazione assistenziale la lettura delle tre dimensioni considerate può essere ulteriormente specificata:

stabilità clinica: per questa situazione assistenziale, la stabilità può essere compromessa a seguito ad esempio dell'inalazione di alimenti.

Parziale capacità di comprensione/scelta – Rispetto a questa variabile il paziente non è completamente in grado di comprendere le problematiche dovute alla presenza della tracheotomia e quindi di scegliere comportamenti consapevoli. Pertanto, svolge un ruolo importante la componente educativa che deve essere messa in atto dal professionista al fine di aiutare la persona ad adattarsi alla nuova condizione

Parziale capacità di agire in autonomia – Il sig. AZ, se aiutato, potrà mettere in atto alcuni comportamenti di cura della propria persona finalizzati all'assunzione del pasto, all'igiene delle mani e del cavo orale.

Facendo la lettura delle attività in relazione alla complessità assistenziale bisogna considerare che l'adeguata alimentazione è un fattore importante per la persona sottoposta a condizione di stress, pertanto è responsabilità infermieristica favorire il soddisfacimento di questa necessità che ha una ricaduta sulla condizione clinica e sulle possibilità di recupero dell'autonomia della persona.

Per andare ad individuare le figure che possono essere coinvolte e con quali modalità, è utile considerare la situazione assistenziale nella sua complessità.

– La pianificazione dell'attività è *esclusiva* e pertanto *autonoma* dell'infermiere.

– In riferimento alla preparazione del materiale (stoviglie monouso, tavolino...) e al ripristino dell'unità del paziente,(attività *generica* per l'infermiere) la figura che deve essere coinvolta è quella dell'operatore di supporto che in riferimento alla normativa vigente, può anche coadiuvare l'infermiere durante la preparazione della persona in riferimento al mantenimento della posizione

adeguata rispetto a questo la discrezionalità decisionale è elevata per l'infermiere cui compete la *supervisione/verifica* dei risultati.

DPR 384/1990 art. 40 (OTA)

«Opera sotto la responsabilità dell'op. prof. di I categoria coordinatore o, in assenza di quest'ultimo, dell' IP responsabile... attività alberghiere».

Accordo Stato Regioni 22 febbraio 2001 GU 91 19 aprile 2001 (OSS)

Dall'allegato A: «assistenza diretta e aiuto domestico alberghiero».

Dall'allegato A «cura la pulizia e l'igiene ambientale».

– La preparazione della persona in riferimento all'informazione/educazione, al controllo della cannula e della capacità di deglutizione, è attività *specificata* ad *autonomia* infermieristica che consente di individuare la consistenza ottimale degli alimenti da assumere ed eventualmente individuare se l'operatore di supporto presente è in grado di aiutare la persona per l'assunzione. In questo caso, visto il percorso formativo, si indica l'OSS o l'OSSS come operatori di supporto adeguati. Per queste attività l'infermiere agisce in *autonomia*, pianificando l'attività e valutando il raggiungimento dell'obiettivo attraverso la verifica diretta del quantitativo di alimenti assunto. Nella pianificazione assistenziale si prende in considerazione anche l'effettuazione dell'igiene delle mani e del cavo orale da attuare in relazione all'alimentazione, anche queste sono attività *specifiche* che possono essere affidate all'operatore di supporto e l'infermiere mantiene l'esclusività rispetto alla decisione di affidamento e alla verifica dei risultati.

Questa situazione assistenziale, è praticamente di completa gestione infermieristica (intervento autonomo), ha una elevata complessità assistenziale perché richiede al professionista, una accurata valutazione delle capacità della persona per cui l'intervento assistenziale nella sua complessità verrà tarato sulla base della capacità della persona di comprendere la propria situazione e di mettere in atto comportamenti adeguati in modo consapevole; in questa fase pertanto, risulta rilevante:

- la competenza in ambito di pianificazione e di utilizzo degli strumenti informativi al fine di garantire la continuità assistenziale;
- la competenza clinica che è indispensabile per individuare eventuali alterazioni e complicanze;
- la componente relazionale ed educativa che l'infermiere applica allo scopo di rendere la persona partecipe al suo progetto assistenziale al fine di ottenere risultati migliori.

CD 4.2

«l'infermiere ascolta, informa, coinvolge la persona e valuta con la stessa i bisogni assistenziali... e consentire all'assistito di esprimere le proprie scelte».

DM 739/94

Art. 1 comma 2 «assistenza infermieristica preventiva... è di natura tecnica, relazionale, educativa...».

Art. 1 comma 3.b «identifica i bisogni di assistenza infermieristica... e formula i relativi obiettivi».

Art. 1 comma 3.c «pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico».

Art. 1 comma 3.e «agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari...».

Art. 1 comma 3.f «per l'espletamento delle funzioni si avvale ove necessario dell'opera del personale di supporto».

Patto infermiere cittadino 12 maggio 1996 mi impegno a:

Garantirti le migliori condizioni igieniche ambientali
Aiutarti ad affrontare... supportandoti nei gesti quotidiani di mangiare, lavarsi, muoversi...quando non sei in grado di farlo da solo.

Accordo Stato Regioni 22 febbraio 2001 GU 91 19 aprile 2001 (OSS)

Dall'allegato A: «assistenza diretta e aiuto domestico alberghiero».

Dall'allegato A: «cura la pulizia e l'igiene ambientale».

Dall'allegato A: «assiste la persona, in particolare non autosufficiente o allettata, nelle attività quotidiane di igiene personale».

Dall'allegato B: «competenze tecniche...controllare e assistere la somministrazione delle diete...».

... osservare, riconoscere e riferire alcuni dei più comuni sintomi di allarme che l'utente può presentare

Accordo Stato Regioni 16 gennaio 2003 GU 51 3 marzo 2003 (OSSS)

Allegato A: conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica... o sotto la sua supervisione, è in grado di eseguire... la somministrazione dei pasti e delle diete.

DPR 384/1990 art. 40 (OTA)

«Preparazione dell'ambiente e dell'utente per il pasto ed aiuto nella distribuzione e nell'assunzione».

«In collaborazione o su indicazione dell'IP provvede...all'igiene personale del paziente».

Gestione della tracheotomia

Considerando questa situazione assistenziale la lettura delle tre dimensioni indicate dal modello, evidenzia:

Stabilità clinica – per questa situazione assistenziale, la stabilità può essere

compromessa a seguito di una inadeguata gestione (rischio settico) o da una insufficiente ossigenazione

Parziale capacità di comprensione/scelta – Rispetto a questa variabile il paziente deve essere adeguatamente informato per potere comprendere l'importanza di una corretta gestione. Pertanto, svolge un ruolo importante la componente educativa che deve essere messa in atto dal professionista al fine di aiutare la persona a comprendere la situazione per potere poi operare scelte consapevoli.

Parziale capacità di agire in autonomia – I sig. AZ, se educato potrà collaborare con l'infermiere prima e con la sorella poi al fine della gestione della cannula.

- La pianificazione dell'attività è *esclusiva* e *autonoma* per l'infermiere.
- La preparazione e il ripristino del materiale è un'attività *generica* che può essere standardizzata e pertanto, *affidata* ad operatori di supporto come gli OSS, l'infermiere mantiene *l'esclusività* in riferimento all'identificazione delle procedure, alla decisione di affidamento e alla verifica sul risultato

- L'informazione alla persona è attività *esclusiva* dell'infermiere che deve informare sempre la persona prima dell'intervento assistenziale

- L'attuazione della gestione e il monitoraggio del paziente durante e dopo la prestazione, sono attività *specifiche* con *autonomia* decisionale

- Per quanto concerne l'aspetto educativo alla persona e alla famiglia, questa necessità della strutturazione di un progetto educativo, pertanto l'assistenza infermieristica in questo ambito deve essere sviluppata perchè in un contesto come l'attuale, dove l'infermiere è chiamato a fare tutto, lo svolge in maniera non strutturata. La funzione educativa, che in un contesto generale è ad appannaggio di diverse professioni, in questa situazione assistenziale diventa *esclusiva* dell'infermiere che ha una elevata *autonomia decisionale* in quanto la gestione della tracheotomia rientra nell'ambito delle attività assistenziali di cui il professionista si fa garante. È inoltre altamente motivante per il professionista in quanto può esprimere appieno le proprie competenze ed è gratificante in quanto consente di aiutare la persona ad accrescere la propria autonomia compatibilmente al nuovo stato di salute.

Risulta importante la presenza continuativa dell'infermiere nell'assistenza diretta in questa situazione in quanto oltre a monitorare le condizioni della persona, può focalizzare le eventuali problematiche di comprensione /apprendimento al fine di migliorare l'intervento educativo.

D.M. 739/94

Art. 1 comma 2 «assistenza infermieristica preventiva... è di natura tecnica, relazionale, educativa...».

Art. 1 comma 3.b «identifica i bisogni di assistenza infermieristica...e formula i relativi obiettivi».

Art. 1 comma 3.c «pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico».

Art. 1 comma 3.e «agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari...».

Art. 1 comma 3.f «per l'espletamento delle funzioni si avvale ove necessario dell'opera del personale di supporto».

CD 2.6

Nell'agire professionale, l'infermiere si impegna a non nuocere, orienta la sua azione all'autonomia e al bene dell'assistito, di cui attiva le risorse anche quando questi si trova in condizioni di disabilità o svantaggio.

4.5 «l'infermiere... garantisce le informazioni relative al piano di assistenza ed adegua il livello di comunicazione alla capacità del paziente di comprendere».

Accordo Stato Regioni 22 febbraio 2001 GU 91 19 aprile 2001 (OSS)

Dall'allegato A: «realizza attività semplici di supporto diagnostico e terapeutico».

Dall'allegato B: «aiutare nella preparazione alle prestazioni sanitarie» «competenze tecniche...sa svolgere attività finalizzate. all'uso corretto di presidi, ausili e attrezzature...».

In relazione alla situazione assistenziale esaminata si può notare come l'intervento educativo agito in autonomia dall'infermiere (pianificazione, attuazione e verifica) abbia ricadute sulla capacità di mettere in atto comportamenti consapevoli rispetto al proprio stato di salute/malattia.

In relazione alla situazione del *trasferimento* l'analisi della persona attraverso i tre assi indicati nel modello, evidenzia:

Stabilità clinica – Condizione in miglioramento che in effetti consente il trasferimento della persona.

Comprensione/scelta – Rispetto a questa variabile il paziente deve venire adeguatamente informato al fine di percepire il trasferimento come un evento positivo e non viverlo come un allontanamento da un ambiente considerato «più sicuro».

Parziale capacità di agire in autonomia – il programma riabilitativo e di educazione verranno ottimizzati durante la degenza in reparto al fine di dimettere la persona con il massimo livello di autonomia possibile.

– Mediante la lettura della complessità assistenziale si evidenzia che la persona in questa fase necessita di un intervento assistenziale di tipo *educativo* per quanto concerne l'eventuale stato d'ansia generato dalla "paura" di lasciare un luogo «sicuro», rispetto a questo, l'informazione alla persona e alla famiglia, viene gestita dall'infermiere (attività *specifiche*) in collaborazione con il medico anestesista.

– In riferimento alla preparazione della documentazione, quella clinica è di competenza medica, quella infermieristica è *esclusiva* in quanto come anche richiamato nel CD, l'infermiere è garante della continuità assistenziale, pertan-

to è importante in questo contesto che l'infermiere sappia fare una valutazione accurata della situazione assistenziale al fine di trasmettere tutte le informazioni al servizio di destinazione (attività *esclusiva* con *autonomia* decisionale). *Il perfezionamento degli strumenti informative e del loro impiego, può rendere non necessario il passaggio di consegne diretto tra professionisti.* Per quanto riguarda la parte amministrativa del trasferimento, attualmente viene gestita dall'infermiere coordinatore o da quello della postazione ma questa è una attività *generica/impropria* che potrebbe essere standardizzata ed affidata ad altri operatori.

CD 4.7

«L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche attraverso l'efficace gestione degli strumenti informativi».

– In riferimento all'attuazione vera e propria del trasferimento, è *specificata* la preparazione sotto l'aspetto tecnico della persona, il trasporto invece, valutata la condizione della persona è un'attività *generica* che *non* necessita della presenza infermieristica.

– Il ripristino dell'unità di degenza in riferimento alla sanitizzazione ambientale e dei presidi, è attività *standardizzabile* e *propria* delle figure di supporto in riferimento alle quali l'infermiere mantiene la Verifica sui risultati; l'infermiere invece si occupa del ripristino del carrello della postazione e allestisce la stessa per un nuovo paziente. È un'attività *specificata*, ma potrebbe essere standardizzabile?

Il trasferimento pertanto richiede all'infermiere una elevata competenza di pianificazione e gestione degli strumenti informativi (eventuale implementazione) al fine di garantire la continuità assistenziale. Per quanto riguarda gli aspetti tecnici come il ripristino del carrello invece, forse si potrebbero creare apposite check list che guidino l'azione di altri operatori e il cui risultato sia sottoposto a verifica da parte dell'infermiere.

Commenti sulla lettura del modello infermiere

Per quanto riguarda l'attività infermieristica la lettura secondo il modello è di questo tipo:

1. Intervento tecnico autonomo e su prescrizione

L'attività effettuata su prescrizione viene progressivamente ridotta, possono essere usati protocolli diagnostico-terapeutici già definiti pertanto l'infermiere ha una discreta autonomia nella gestione degli interventi assistenziali che si esprime anche con alta decisionalità nella pianificazione dell'intervento stesso all'interno del contesto assistenziale globale, nella garanzia delle prescrizioni, nella attivazione di altre risorse professionali.

Il medico interviene solo nell'esecuzione di attività sue esclusive (diagnosi e terapia) e su chiamata dell'infermiere qualora si verificano situazioni di alterazione e di rischio clinico.

Quali competenze servono?

Competenze di pianificazione, cliniche/diagnostiche, abilità tecniche generiche e specifiche, conoscenza della tecnologia.

L'ambito in cui si muove il professionista è quello della collaborazione con altri professionisti al fine di garantire il benessere della persona.

2. *Intervento educativo*

In questa fase il paziente ha una parziale capacità di comprensione e scelta autonoma, pertanto è molto rilevante l'assistenza di tipo educativo allo scopo di rendere consapevole la persona e di farla partecipare al proprio processo assistenziale. Ricordiamo che questa è un'attività *specificata* dell'infermiere in quanto ha avuto una formazione dedicata e specifica riconosciuta negli ordinamenti didattici e richiamata dai riferimenti normativi che regolamentano la professione. Pertanto l'infermiere deve possedere specifiche competenze educative che deve essere in grado di applicare mediante le apposite strategie. L'aspetto educativo inoltre diventa esclusivo quando è riferito all'ambito esclusivo assistenziale. L'intervento educativo pertanto è riferito all'ambito specifico infermieristico, ambito che attualmente risulta agito non completamente e comunque in modo non strutturato.

3. *Intervento tecnico e/o di supervisione e verifica del proprio agire e di quello del personale di supporto*

Questa tipologia d'intervento è quella che si rivolge ai bisogni di base della persona e che prevede la completa autonomia infermieristica in riferimento alla pianificazione, attuazione e verifica. Il paziente in questa fase è progressivamente più partecipativo alla gestione delle proprie attività, obiettivo dell'assistenza è quello di portarlo al maggiore grado di autonomia compatibilmente la propria condizione di salute pertanto risulta evidente come questo tipo di intervento sia strettamente collegato a quello educativo ed alla condizione di salute/malattia in quanto la messa in atto di un comportamento deve essere consapevole e finalizzata al bene dell'assistito. Per il raggiungimento degli obiettivi, l'infermiere può avvalersi del personale di supporto affidando loro quelle attività standardizzabili che non presentano elementi di complessità che richiederebbero discrezionalità nella scelta delle alternative assistenziali. In riferimento a questo, l'infermiere ha un ruolo prevalentemente di definizione di procedure delle attività standardizzabili trasferibili ed esercita una funzione **ESCLUSIVA** rispetto alla rilevazione dei criteri di trasferibilità, supervisione sull'attività trasferita, e di valutazione dei risultati. L'ambito in cui ci si muove,

è quello dell'area della pianificazione, supervisione e verifica dei processi messi in atto.

Si ricorda che gli operatori di supporto , salvo per alcune attività di tipo igienico-alberghiero in cui sono autonomi, operano solo su indicazione degli infermieri.

L'infermiere deve quindi avere alte competenze pianificatorie per poter definire cosa e fino a che punto trasferire il compito, e capacità di valutazione dei propri collaboratori e dei risultati sull'atto trasferito.

Questo comporta un'alta assunzione di responsabilità professionale perché comunque la responsabilità ultima nell'attività assistenziale è *esclusiva* dell'infermiere.

Riferimenti

- D.M. 739/94 *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo Profilo Professionale dell'Infermiere*.
Codice Deontologico 12 maggio 1999.
Patto Infermiere Cittadino.
Accordo Stato Regioni 22 febbraio 2001 GU 91 19 aprile 2001 (OSS).
DPR 384/1990 art. 40 (OTA).
Accordo Stato Regioni 16 gennaio 2003 GU 51 3 marzo 2003 (OSSS).
Joanna Briggs Institute – Best Practice Vol 4 Issue4, 2000 «*Tracheal Suctioning of Adult with an Artificial Airway*». Systematic Review.
GORI, SALVINI, SINATTI, GOZZINI, *Le tracheotomie* Atti del congresso nazionale Aniarti 1998, sessione 3 – relazione 2.
MACDONALD, L. HILDEBRANDT, *Comparison of formulaic equations to determine energy expenditure in the critically ill patient*, Nutrition 19, Issue 3, March 2003, Pages 233-239.
Evidence-based guidelines for weaning and discontinuation of ventilatory support Chest 2001 Dec; 120 (6 Suppl): 375S-484S.
Assessment of factors that influence weaning from long-term mechanical ventilation after cardiac surgery Arq Bras Cardiol. 2003 Mar; 80(3):301-10.
I protocolli guidati dal terapeuta respiratorio durante le fasi di svezzamento dalla ventilazione meccanica Rassegna di patologia dell'apparato respiratorio 2002;17:198-208
S. MILLOCCO, G. BERLOT, *Lo svezzamento di un paziente dalla V.A.M: nursing e aspetti psicologici* Scenario 2003;20 (2):9-16.
D. HESS, *Ventilator modes used in weaning* Chest 2001; 120:474S-476S.
Criteria for weaning from Mechanical ventilation Evidence Report/Technology Assessment: Number 23.
ZANOLI, ABIS, PALLA, *Lo svezzamento dal ventilatore Meccanico* Atti del congresso nazionale Aniarti 1998, sessione 3 – relazione 5.
Weaning from mechanical ventilation Connect-Critical Care Nursing in Europe Summer 2001; Volume 1 Number 2.
M.P. SHELLY, P. NIGHTINGALE, *Respiratory support* BMJ 1999;318:1674-1677 (19 June).
SEBASTIANI, ROSSI, SCALORBI, DE DOMENICO, *La gestione della tracheotomia: confronto tra libri di testo* Atti del congresso nazionale Aniarti 1998, sessione 3 – relazione 4.
CALANCHI, CAPODIFERRO, CHIARELLI, *Tecniche e metodologie d'informazione sanitaria del paziente da parte degli infermieri*, Raccolta articoli EBN Azienda Ospedaliera S.Orsola-Malpighi Bologna 2002
REDIGOLO, KALDOR, MAGRINI, *Il processo comunicativo nella relazione d'aiuto*, Casa editrice Rossignì Firenze 1994.
J.F. D'IVERNOIS, R. GAGNAYRE, *Educare il paziente guida all'approccio medico-terapeutico* Casa editrice Mediserve 1998.
Therapeutic Patient Education: continuous education programmes for Health Care Providers in the field of prevention of chronic diseases. Report of WHO Working Group 1998.

Bibliografia

- G. RUVOLO, *Manuale di Terapia Intensiva Postcardiochirurgica*, V edizione, Casa Editrice Ambrosiana Milano 2001.
PAUL L. MARINO, *The ICU Book Terapia Intensiva, Principi fondamentali*, II edizione Masson 2000.

- Procedura Aziendale, Policlinico S. Orsola-Malpighi Bologna 2001.
- Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia Romagna, *Definizione e valutazione di requisiti qualitativi delle strutture cardiocirurgiche*, Agenzia sanitaria regionale Emilia Romagna 1997.
- Istruzioni operative di Servizio, *Rianimazione Cardiocirurgia*, Policlinico S.Orsola-Malpighi Bologna, 2000.
- COSTANTINO LANDOLO, *Parlare col malato, Tecnica, Arte ed errori della comunicazione*, Editore Armando Armando 1983.
- CONTINI, *Comunicazione e Educazione*, La nuova Italia editrice 1980.
- MMWR Recommendations and Report Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter Related Infections. 9 agosto 2002.
- 21° Congresso Nazionale Aniarti Sorrento Novembre 2002, Volume Atti del Congresso 2002 *Infection Control and Hospital Epidemiology* 1999;2(1):248-78.
- The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee* ALICIA J.MANGRAM, MD et al.
- CARACT, Atti del Congresso Aniarti, Salsomaggiore Terme 2003.
- P. CACCIARI et al., *Il sistema di gestione per la qualità, Collana Qualità in Sanità*, Esse Editrice 2003.
- CRAVEN D.E. 2000; Chastre J. 2002.
- Linee-guida del C.D.C. di Atlanta, 1997.
- EPSTEIN CD. 2002; MARELICH G.P. 2000; WESLEY E. et al. 2001; MELTHA S. 2001.
- FINK J.B., 1998; HESS D. 2002; COOK D. 2000; RICARD J.D. 2001.
- HIXSON S. 1998; MICONI et al. 2000; C.D.C. 1997.
- CHASTRE J. 2002; MARKOVICZ P. 2000; THOMACHOT L. 2000; HURNI J. M. 1997; KIRTON O. C. 1997.
- MAGGIORE S.M. 2002; KOLLEF M.H. 1997; COMBES P. 2000; PAUL-ALLEN J. 2000; MICONI G. et al. 2000; *Infection Control and Hospital Epidemiology* 1999;2(1):248-78.
- The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee* ALICIA J. MANGRAM, MD et al. GIIO vol. 6, n.4, ottobre-dicembre 1999 pag. 152:199.

Fase Assistenza infermieristica per il trasferimento in reparto di degenza	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Weaning respiratorio ▪ Informare la persona ▪ Preparare il materiale ▪ Effettuare il weaning ▪ Monitorare le condizioni <p><i>Evidence-based guidelines</i> Chest 2001 Dec; 120 (6 suppl.) NOZAWA, et all.; <i>Arq. Bras. cardiol.</i> 2003 Mar</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Infermiere</i> ▪ <i>Anestesista</i> <p>COMPETENZE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostiche • Relazionali • Tecniche <p>Alta discrezionalità nella valutazione della persona</p>

1

Fase Assistenza infermieristica per il trasferimento in reparto di degenza	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alimentazione naturale ▪ Pianificare ▪ Preparare la persona e il materiale ▪ Aiutare e verificare ▪ Garantire l'igiene <p>GORI, et all., Congresso Nazionale Aniarti 1998 sessione 3 - relazione 2 MACDONALD, HILDEBRANDT <i>Nutrition 19</i>, Issue 3, March 2003</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Infermiere</i> ▪ <i>Anestesista</i> <p>COMPETENZE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostiche • Relazionali • Tecniche <p>Alta discrezionalità nella valutazione della persona</p>

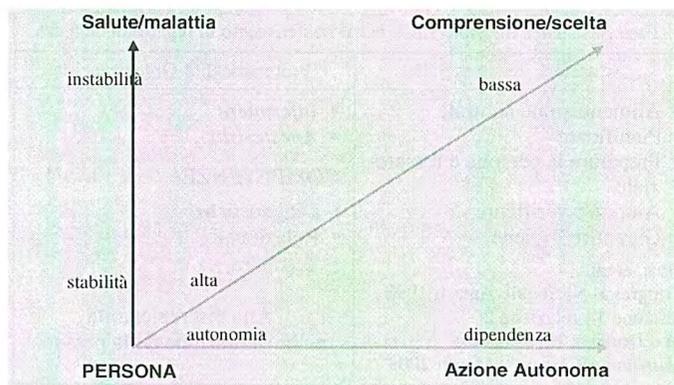
2

Fase Assistenza infermieristica per il trasferimento in reparto di degenza	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestione tracheotomia ▪ Pianificare ▪ Informare/Educare ▪ Preparare l'occorrente ▪ Attuare e monitorare ▪ Ripristinare il materiale <p>Joanna Briggs Institute <i>Best Practice</i> Vol. 4 Issue 4, 2000</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Infermiere</i> <p>COMPETENZE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostiche • Tecniche • Relazionali/educative <p>Elevata discrezionalità nelle decisioni</p>

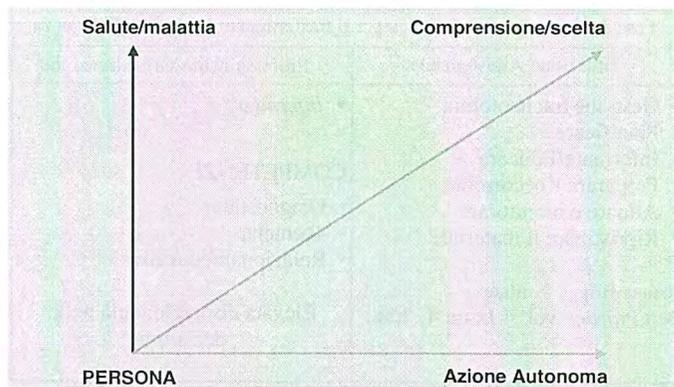
3

Fase Assistenza infermieristica per il trasferimento in reparto di degenza	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trasferimento in reparto ▪ Informare la persona e la famiglia ▪ Preparare la documentazione ▪ Attuare il trasferimento ▪ Ripristinare l'unità di degenza <p>DPR 384/1990 art. 40 Accordo Stato Regioni 22 febbraio 2001</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Infermiere TI e Reparto Op. di supporto TI</i> <p>COMPETENZE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relazionali • di Pianificazione • di Gestione degli strumenti informativi <p>Elevata discrezionalità nelle decisioni</p>

4



5



6

4ª Fase: Assistenza infermieristica
per il trasferimento in reparto di degenza

- **Informare** la persona rispetto al weaning:
Attività *specificata*
Autonomia *decisionale*

Elevata competenza relazionale

D.M. 739/94 art. 1 comma 2
«assistenza infermieristica... di natura... *relazionale*...»
C.D. 12 maggio 1999 4.5
«l'infermiere... garantisce le informazioni relative al piano di assistenza ed
adeguata il livello di comunicazione alla capacità del paziente di comprendere»

7

4ª Fase: Assistenza infermieristica
per il trasferimento in reparto di degenza

- Preparare il materiale per il weaning:
Attività *generica* che può essere *affidata* all'OTA/OSS
 - Autonomia *decisionale* dell'infermiere per l'affidamento
 - *Esclusiva la verifica* sul risultato

Capacità di valutazione e pianificazione

D.M. 739/94 art. 1 comma 3.f
«per l'espletamento delle funzioni si avvale ove necessario dell'opera del
personale di supporto»
Accordo Stato Regioni 22 febbraio 2001
«realizza attività semplici di supporto diagnostico-terapeutico»
«aiutare nella preparazione delle prestazioni sanitarie»

8

4ª Fase: Assistenza infermieristica
per il trasferimento in reparto di degenza

- Attuazione del weaning
Attività *specificata*
Responsabilità sulla messa in atto

Competenze tecniche avanzate

D.M. 739/94 art. 1 comma 2
«assistenza infermieristica... di natura... *tecnica*...»
D.M. 739/94 art. 1 comma 3.d «garantisce la corretta applicazione delle
prescrizioni diagnostico-terapeutiche»

9

4ª Fase: Assistenza infermieristica
per il trasferimento in reparto di degenza

- Monitoraggio della persona durante il weaning
Attività specifica
Alta autonomia decisionale

Competenze tecniche e diagnostiche

C.D. 12 maggio 1999 3.2 - «l'infermiere assume responsabilità in base al livello di competenze raggiunto e ricorre, se necessario, all'intervento e alla consultazione di esperti».

C.D. 12 maggio 1999 3.3 - «l'infermiere riconosce i limiti delle proprie conoscenze e competenze, declina la responsabilità quando ritenga di non poter agire con sicurezza»

10

4ª Fase: Assistenza infermieristica
per il trasferimento in reparto di degenza

- Pianificare l'alimentazione per via naturale
Attività esclusiva
Autonomia decisionale

Competenze nutrizionali e di pianificazione

D.M. 739/94 art. 1 comma 3.b

«identifica i bisogni di assistenza infermieristica... e formula i relativi obiettivi»

DM 739/94 art. 1 comma 3.c

«Pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico»

11

4ª Fase: Assistenza infermieristica
per il trasferimento in reparto di degenza

- Preparare il materiale per l'alimentazione
- Riordinare l'unità del paziente e il materiale

Attività standardizzabili, proprie del personale di supporto

Autonomia decisionale dell'infermiere rispetto alla definizione delle procedure

Responsabilità infermieristica è la *verifica* sul risultato

DPR 384/1999 art. 40

Accordo Stato Regioni 22 febbraio 2001

12

<p>4ª Fase: Assistenza infermieristica per il trasferimento in reparto di degenza</p> <p>Preparazione della persona Informare/educare Controllare cannula Valutare la capacità di deglutizione</p> <p>attività <i>esclusive e autonome</i></p> <p>Postura: attività <i>specifiche</i> dell'infermiere che può – agire in collaborazione con operatore di supporto – Affidare l'attività agli operatori di supporto</p> <p>Competenze educative, diagnostiche e tecniche specifiche</p>

13

<p>4ª Fase: Assistenza infermieristica per il trasferimento in reparto di degenza</p> <p>▪ Aiutare nell'assunzione Attività <i>specifiche</i> e <i>generica</i> affidabile all'OSS <i>Autonomia decisionale</i> rispetto all'affidamento <i>Esclusiva</i> la supervisione</p> <p>Capacità di valutazione</p> <p>Accordo Stato Regioni 22 febbraio 2001 «competenze tecniche... controllare e assistere la somministrazione delle diete... <i>osservare, riconoscere e riferire alcuni dei più comuni sintomi di allarme che l'utente può presentare</i>»</p>

14

<p>4ª Fase: Assistenza infermieristica per il trasferimento in reparto di degenza</p> <p>▪ Verificare l'assunzione Attività <i>esclusiva</i> <i>Autonomia decisionale</i></p> <p>Conoscenze nutrizionali</p> <p>DM 739/94 art. 1 comma 3.c «Pianifica, gestisce e <i>valuta</i> l'intervento assistenziale infermieristico»</p>
--

12

4ª Fase: Assistenza infermieristica
per il trasferimento in reparto di degenza

- Favorire l'igiene della persona
Attività *generica* che può essere affidata all'OTA/OSS
Autonomia decisionale rispetto all'affidamento
Esclusiva la supervisione e verifica

Competenze di pianificazione

Patto Infermiere-cittadino 12 maggio 1996
«Aiutarti ad affrontare... supportandoti nei gesti quotidiani di mangiare, lavarsi... quando non sei in grado di farlo da solo»

16

4ª Fase: Assistenza infermieristica
per il trasferimento in reparto di degenza

- *Pianificare* Gestione Tracheotomia
Attività *esclusiva*
Autonomia decisionale

Competenze di pianificazione

- *Preparare e ripristinare il materiale*
Attività *generica* standardizzabile che può essere affidata all'OSS
 - *Autonomia decisionale* per la procedura e l'affidamento
 - *Verifica* sul risultato
 Accordo Stato Regioni 22 febbraio 2001 - «realizza attività semplici di supporto diagnostico-terapeutico»
«aiutare nella preparazione delle prestazioni sanitarie»

17

4ª Fase: Assistenza infermieristica
per il trasferimento in reparto di degenza

- *Informare* la persona (Gestione Tracheotomia)
Attività *esclusiva* con elevata *discrezionalità* nelle *decisioni*
- *Attuare la gestione e monitorare la persona*
Attività *esclusiva* con *autonomia decisionale*

Competenze relazionali, tecniche e diagnostiche

C.D. 12 maggio 1999 3.2; 3.3

18

4ª Fase: Assistenza infermieristica
per il trasferimento in reparto di degenza

- *Educazione alla gestione della cannula*
 - Attività *esclusiva*
 - Attualmente svolta in modo *non strutturato*
 - Attività *importante* per il recupero della capacità di cura di sé della persona
 - Attività *motivante* per l'infermiere che agisce in *completa autonomia*

Competenza educativa

19

4ª Fase: Assistenza infermieristica
per il trasferimento in reparto di degenza

- Informare del trasferimento
Attività *specificata* dell'infermiere e del medico (integrazione)
- Preparare la documentazione
Clinica - responsabilità medica

Infermieristica - attività *esclusiva* dell'infermiere a garanzia della continuità assistenziale (CD 4.7); l'utilizzo di documenti informativi completi può ridurre la necessità di passaggio di consegne dirette???

Amministrativa - attività *generica* standardizzabile, affidabile ad altri operatori???

Competenza relazionale e di pianificazione

20

4ª Fase: Assistenza infermieristica
per il trasferimento in reparto di degenza

- Attuare il trasferimento
Attività *specificata* dell'infermiere in riferimento alla «preparazione» della persona
Il trasporto è attività *generica* non richiede la presenza infermieristica
- Ripristinare e predisporre l'unità di degenza
operatore di supporto che agisce secondo procedure standardizzate il cui controllo è infermieristico
ripristinare il carrello della postazione e predisporre la postazione è attività *infermieristica esclusiva*???

Competenze tecniche e di pianificazione

21

4ª Fase: Assistenza infermieristica
per il trasferimento in reparto di degenza

- È possibile ottimizzare le risorse disponibili per migliorare la qualità dell'assistenza tenendo in considerazione la persona come colui che deve essere aiutato a comprendere, scegliere ed agire in relazione al proprio stato di salute/malattia?
- Quali competenze l'infermiere deve mettere in gioco per favorire questa crescita della persona?

22

4ª Fase: Assistenza infermieristica
per il trasferimento in reparto di degenza

Grazie!

23

ANALISI DELLA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE IN UN CASO S.M.A. I

M.C. ROSSI ⁽¹⁾, S. VIARENGO ⁽²⁾, G. SACCO ⁽³⁾

⁽¹⁾ Relatore. Infermiera Pediatrica. Coordinatore Responsabile, Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale Infantile «Regina Margherita» di Torino.

⁽²⁾ Coautore. Infermiera Pediatrica. Anestesia e Rianimazione Neonatale Pediatrica - O.I.R.M.- «S. Anna» di Torino.

⁽³⁾ Coautore. Infermiera Pediatrica. Infermiera Pediatrica Rianimazione - Azienda Ospedaliera OIRM - «S. Anna» di Torino.

Per parlare di «complessità assistenziale» è necessario fare una premessa per spiegare meglio che cosa si intende per «complessità» in senso lato. La scienza contemporanea collega la scoperta della complessità con la scoperta dell'imprevedibilità di alcuni fenomeni e la comprensione che nella scienza non esistono oggetti semplici.

Volendo dare una definizione di complessità si può dire che essa è un tessuto di costituenti eterogenei fra loro associati. Si ha la complessità quando diversi elementi che costituiscono un tutto sono inseparabili e interdipendenti tra loro. (IPASVI 2002)

In questo senso l'assistenza infermieristica può definirsi complessa in quanto è rivolta alla persona, la quale è al contempo essere biologico, psichico, sociale, affettivo, razionale, spirituale ed è inserita in una società che a sua volta comprende dimensioni storiche, economiche, sociologiche, politiche, religiose.

Infatti per complessità assistenziale si intende l'insieme di interventi che si riferiscono alle diverse dimensioni dell'assistenza infermieristica espressi in termini di intensità di impegno e quantità di lavoro dell'infermiere.

La complessità assistenziale è determinata da tre dimensioni proprie della persona:

- la prima è caratterizzata dal binomio salute/malattia;
- la seconda riguarda la capacità della persona di definire le proprie necessità e di scegliere consapevolmente i comportamenti idonei;
- la terza è caratterizzata dalla possibilità di agire autonomamente ed efficacemente rispetto allo stato di salute o di malattia. (SASSO, SILVESTRO 2001).

Quindi:

- ad alta instabilità clinica corrisponde bassa discrezionalità decisoria dell'infermiere, al quale però sono richieste un'elevata competenza tecnica e un'alta capacità di integrazione con il medico. All'infermiere sarà richiesto un intervento tecnico autonomo ma su prescrizione, che non potrà essere delegato a nessuna figura professionale;

- ad una minore capacità della persona di scegliere corrisponde una elevata e specifica competenza educativa/relazionale dell'infermiera.

– ad una diminuita possibilità di azione corrisponde un'elevata discrezionalità decisoria dell'infermiere il quale decide se effettuare direttamente gli interventi o se demandarli. In questo caso mantiene la responsabilità pianificatoria, la supervisione e la verifica che quanto decide possa tecnicamente essere effettuato da altri.

Da quanto detto finora si può dedurre che dove si presentano problemi assistenziali specifici e «complessi» sarà necessaria la presenza di personale infermieristico.

La difficoltà è principalmente nell'identificare le attività che possono essere delegate al personale di supporto e quelle che, data la complessità, devono essere praticate dall'infermiere.

Sappiamo come la professione infermieristica abbia conosciuto negli ultimi anni uno sviluppo che l'ha portata alla consapevolezza e a un agire professionale dotato di «responsabilità» in relazione ad ambiti sempre più complessi.

La abrogazione del mansionario e la promulgazione del nuovo *Codice deontologico* (1999) rappresentano l'apertura di una nuova frontiera per la professione infermieristica.

L'infermiere è un professionista che, secondo il *Profilo professionale* (DM 739/94):

- ha la responsabilità dell'assistenza generale infermieristica, non necessariamente di ogni singolo atto ma principalmente dei risultati;
- ha competenze diagnostiche (nel proprio ambito specifico), di pianificazione, di gestione del piano e di valutazione;
- porta un contributo unico e insostituibile nell'équipe interprofessionale di cui fa parte;
- sa avvalersi, ove necessario, dell'opera di personale di supporto.

La presentazione di questo caso clinico vuole essere un sistema di integrazione assistenziale in ambito di area critica pediatrica con il coinvolgimento di più figure sia tecnico professionali che genitoriali.

L'esposizione del caso sarà suddivisa in quattro fasi in cui potremmo osservare che le prime due prenderanno in considerazione il ricovero e la degenza in terapia intensiva in attesa di stabilizzazione dei parametri vitali e di diagnosi.

Nella terza fase avremo il bambino con un quadro clinico meno critico, ma che richiede ancora un'assistenza infermieristica intensiva, mentre nella quarta fase sarà questo il momento di pre-dimissione.

Caso clinico: Valentina affetta da S.M.A. 1

Cos'è la S.M.A.

La S.M.A. ovvero atrofia muscolare spinale è tuttora una malattia senza cura, sconosciuta alla pubblica opinione, nonostante una persona su 40 sia una portatrice sana e un bambino su 6000 circa ne nasca affetto.

È una malattia a trasmissione autosomica recessiva con i genitori entrambi portatori asintomatici e con un rischio di ricorrenza del 25% a ogni gravidanza.

Le atrofie muscolari spinali sono un gruppo di malattie ereditarie in cui vengono colpite le cellule nervose delle corna anteriori del midollo spinale, sede dei motoneuroni da cui partono i nervi diretti nei muscoli. Tali nervi trasmettono segnali motori. I sintomi della S.M.A. si manifestano a livello dei muscoli volontari. La debolezza muscolare inizialmente interessa i muscoli vicini al tronco per poi progredire.

Quindi avremmo nella S.M.A. 1 o sindrome di *Werdnig-Hoffman* difficoltà di controllo motorio, difficoltà di deglutizione, difficoltà respiratoria ipotonia muscolare.

I vari tipi di S.M.A. si differenziano a seconda del periodo d'insorgenza:

- S.M.A. 1 esordio nei primi giorni/mesi di vita, prognosi infausta la morte sopravviene a 2 anni di età;
- S.M.A. 2 esordio dopo il sesto mese di vita con prognosi migliore riguardo la sopravvivenza ma con grave compromissione motoria;
- S.M.A. 3 esordio più tardivo in genere nell'adolescenza ma comunque dopo l'acquisizione del cammino autonomo.

Il caso verrà preso in esame analizzando in sequenza le diverse fasi che caratterizzano il ricovero e la degenza di questa bambina.

La bambina viene accolta dall'équipe sanitaria del centro di rianimazione, mentre i genitori vengono cortesemente invitati ad attendere nella sala d'aspetto. L'organizzazione del nostro servizio prevede la comunicazione del 118 delle caratteristiche del bambino. In seguito a tale informazione il personale infermieristico allestisce l'unità letto con la strumentazione idonea.

Valentina entra in reparto ad una prima osservazione clinica appare agitata, con fame d'aria, tachipnoica, dispnoica e ipotonica. La bambina viene posta sull'unità letto, si monitorizzano i parametri vitali in aria ambiente, il rianimatore decide per un'intubazione di elezione e una assistenza respiratoria meccanica previo posizionamento di ago periferico.

La necessità di reperire un accesso venoso periferico (I.R.C. 99) è indicato per agire tempestivamente in caso di deterioramento improvviso delle condizioni del bambino (infusione, farmaci d'urgenza) e per poter somministrare farmaci sedativi prima dell'esecuzione di manovre cruenti.

La somministrazione del farmaco sedativo ha due aspetti, la prima per salvaguardare la condizione psichica del paziente (agitazione, ambiente sconosciuto, distacco dai genitori, ricordo traumatico) la seconda per facilitare le manovre rianimatorie.

Il trattamento e la diminuzione del dolore costituiscono un diritto umano indipendentemente dall'età del soggetto.

Il mancato trattamento del dolore determina una riduzione della mobilitazione, un trauma psicologico e aumenta il rischio d'infezioni.

La valutazione del dolore nel bambino è di fondamentale importanza, pertanto è parte integrante dell'assistenza infermieristica.

Solitamente per questa attività vi è la presenza di due infermiere, una esegue la manovra di inserimento dell'ago cannula l'altra collabora tenendo l'arto in posizione, sfilando il mandrino e controllando la pervietà dell'accesso.

Durante queste manovre il medico mantiene una buona ossigenazione ventilando il bambino in maschera per procedere subito dopo all'intubazione nasotracheale.

In questa pura descrizione di atti tecnici analizzando le condizioni del bambino secondo il diagramma proposto in relazione alla complessità assistenziale possiamo notare che si sta agendo su una persona in condizioni di alta criticità bassa comprensione data anche dalla giovane età e un'incapacità di agire autonomamente dovute alle motivazioni sopra descritte.

L'accoglienza di una persona in condizioni di salute critica richiede la presenza di personale con conoscenze tecnico scientifiche specifiche. Personale a cui viene richiesta capacità di assicurare e ridurre lo stress del bambino per quanto possibile, ma nello stesso tempo agire con perizia e tempestività in una situazione di emergenza.

Ricordiamo a questo proposito, che si tratta di un caso pediatrico, in cui l'accesso venoso può essere più difficile da reperire per il ridotto calibro dei vasi, che la terapia endovenosa e infusiva va preparata tenendo presente il contenimento delle infezioni dovute all'inquinamento e in ultimo la necessità di agire velocemente.

Per i sopracitati motivi i professionisti che intervengono in questa fase sono il medico anestesista e un infermiere in collaborazione.

Le competenze richieste al personale infermieristico saranno:

- capacità clinica nel riconoscere e valutare eventuali variazioni cliniche con tempestività;
- capacità di individuare i bisogni assistenziali della persona e quindi pianificazione dei relativi interventi di risposta infermieristica;
- capacità decisionale rispetto all'individuazione della priorità assistenziale e la valutazione sugli interventi prioritari in rapporto alla situazione clinica e dei materiali da usare;
- capacità di lavoro in equipe con altri infermieri e medici.

Garantito un accesso venoso d'emergenza, la necessità primaria è quella di stabilizzare il bambino dal punto di vista respiratorio garantendogli quindi una adeguata ventilazione polmonare mediante ventilatore meccanico.

Si procederà quindi all'intubazione rino-tracheale preparando il materiale necessario collaborando con l'anestesista nel mantenimento di una postura adeguata del bambino per facilitarne la manovra.

Ad intubazione eseguita seguirà una broncoaspirazione finalizzata alla disostruzione bronchiale.

In questi bambini è frequente il ristagno di secrezioni a causa della difficoltà di espettorazione dovuta alla miotonia generalizzata, ma soprattutto dei muscoli respiratori che è caratteristica di questa patologia.

Questa manovra verrà eseguita da due infermieri con ventilazione manuale in ossigeno puro per evitare desaturazioni con conseguente ipossia.

Atto successivo sarà il posizionamento del sondino naso-gastrico che permetterà l'evacuazione dell'aria dallo stomaco dovuto soprattutto alla ventilazione in maschera effettuata prima dell'intubazione.

Sarà inoltre necessario eseguire un colturale del broncoaspirato per poter effettuare un monitoraggio efficace delle eventuali infezioni in atto con conseguente antibiotico terapia mirata in ottica di un controllo delle infezioni.

In questa fase, prendendo nuovamente in considerazione la complessità assistenziale in rapporto al diagramma, si nota nuovamente che la persona è in una situazione di alta instabilità vitale, criticità elevata, bassa comprensione e autonomia nulla.

Anche nell'esecuzione di queste tecniche avremo bisogno di personale infermieristico con elevate conoscenze teorico pratiche scientifiche.

Le figure che saranno necessarie pertanto saranno due infermiere ed il medico.

Le competenze richieste saranno nuovamente di capacità clinica assistenziale nell'individuare le necessità di intervento infermieristico che coadiuva l'operato medico e nel preparare il materiale necessario.

Nello stesso tempo sono necessarie capacità tecniche e competenze professionali come nell'aspirazione tracheo bronchiale e nell'inserimento del sondino naso gastrico con adeguata preparazione scientifica per mettere in atto manovre corrette tese al controllo delle infezioni.

Abbiamo voluto sottolineare che ha scarsa capacità decisionale in quanto l'infermiere in questo caso agisce su prescrizione ed in collaborazione con il medico, figura che valuterà la situazione il bambino ed il materiale da usare.

In rapporto a questa analisi si individuano quindi delle attività che sono specificatamente infermieristiche e dove si può ipotizzare solamente in un intervento l'introduzione di una figura di supporto relativa al colturale del bronco aspirato, limitatamente alla preparazione del materiale necessario e all'esecuzione solo per quanto riguarda porgere la provetta. Ovviamente il tutto preceduto da definizione di procedura scritta per la prestazione trasferibile e relativa formazione degli operatori di supporto.

A seguire queste due prime attività si procederà all'incannulamento venoso centrale con indubbi vantaggi per poter somministrare liquidi iperosmolari e dare quindi una adeguato apporto calorico, ma anche per poter usufruire di un accesso venoso da cui poter eseguire esami ematologici senza provocare dolore alla persona.

Su questo ultimo punto c'è da sottolineare che tutte le linee guide raccomandano di non effettuare prelievi da una via centrale con lo scopo di ridurre al minimo la contaminazione batterica, non si può peraltro non prendere in considerazione il disagio e lo stress provocato al bambino degente in una terapia intensiva.

Quello che invece è raccomandabile è l'alto livello di attenzione seguito da opportune manovre in condizione di asepsi che deve sempre tenere presente l'infermiere nel manipolare il C.V.C.

Ritornando all'esecuzione dell'incannulamento venoso centrale avremmo

una fase di preparazione di materiale necessario, l'atto chirurgico vero e proprio, il controllo della localizzazione del catetere, la fissazione della cannula e medicazione del sito d'introduzione, in ultimo il riordino del materiale utilizzato e la sanificazione dei ferri chirurgici.

Per il tipo di atto da espletare avremmo bisogno di un' infermiera in collaborazione con il medico.

Nuovamente si richiedono alte capacità tecnico cliniche nella preparazione del materiale idoneo e collaborazione nell'esecuzione dell'atto chirurgico.

Ma altresì conoscenze scientifiche sull'agire in condizione di asepsi durante l'introduzione del catetere e non meno importante la medicazione del sito, la gestione della linea infusiva, basti pensare che i C.V.C. sono responsabili del 90% delle batteriemie associate a presenza di catetere.

Esaminando il diagramma possiamo affermare che ci si trova in presenza di una persona con elevati livelli di criticità non solo per ragioni oggettive legate alla patologia ma dovute anche all'esposizione a rischi correlati con la degenza in terapia intensiva.

È opportuno sottolineare che l'infermiere in questo caso non ha capacità decisionale per quanto riguarda l'atto chirurgico e l'attività prescrittiva di competenza medica.

Nella fase conclusiva di questa attività si può notare che per quanto riguarda il riordino del materiale e la sanificazione dei ferri chirurgici può essere inserito personale di supporto.

Attività questa definita generica agita dal succitato personale su indicazione e messa in atto su check-list. L'infermiera avrà quindi un ruolo di discrezionalità decisoria sulla trasferibilità dell'atto, di pianificazione sulla stesura delle procedure scritte, di supervisione e di controllo sui risultati.

Una volta stabilizzato il bambino si procederà all'accoglimento dei genitori in reparto.

Si tratta di un momento molto particolare in quanto i genitori sono spaventati, ansiosi di conoscere cosa è successo al proprio figlio, talvolta aggressivi.

Le prime informazioni vengono fornite dal medico e riguardano nello specifico i segni e i sintomi che presenta il bambino e che orientano il sanitario verso una patologia piuttosto che un'altra.

In seguito verrà chiesto ai genitori di firmare il consenso all'atto medico e all'eventuale emotrasfusione.

Il consenso informato deve essere ottenuto prima di qualsiasi trattamento medico o infermieristico; in caso di imminente pericolo di vita i sanitari sono autorizzati a compiere tutti gli atti necessari per ripristinare le funzioni vitali della persona informando appena possibile i famigliari.

Con il termine «consenso» si intende dare il permesso, accettare un qualcosa pianificato da terzi.

Dalla definizione si deduce che la mancanza di informazioni dettagliate e di conoscenze relative agli interventi pianificati invalida l'obiettivo di ottenere un «consenso informato».

A causa dell'età e dello stadio di sviluppo i bambini costituiscono una cate-

goria particolarmente vulnerabile che, anche se informata, può non comprendere le implicazioni degli interventi assistenziali. Affiché il consenso sia legalmente valido, esso deve necessariamente implicare i seguenti elementi:

- informazioni sufficienti;
- capacità di comprendere tali informazioni;
- consenso volontario senza coercizione.

Molto spesso in questa fase l'infermiere è colui che aiuta i genitori a comprendere con termini più semplici con situazioni esplicative le informazioni date loro dal medico.

Attraverso domande dirette e comprensibili ottiene l'anamnesi infermieristica necessaria per analizzare i bisogni del piccolo e formulare il piano assistenziale.

Viene consegnato ai genitori un foglio su cui è scritto il regolamento di reparto e i numeri di telefono per contattarci.

L'infermiere illustra la struttura del reparto il modo adeguato per accedere ai locali, ovvero indossando cappa monouso, calzari ed eventuale mascherina se affetti da raffreddore.

Indossati i presidi di protezione i genitori possono accedere alla camera di degenza.

Prima di avvicinarsi al piccolo verrà spiegata loro l'importanza del lavaggio delle mani e sarà insegnato il giusto procedimento.

A questo punto i genitori possono entrare in contatto con il loro bambino.

Per le caratteristiche dell'intervento le figure professionali che intervengono in questa fase sono il medico e l'infermiere perché in possesso delle conoscenze teorico scientifiche necessarie a fornire informazioni idonee.

In questo caso il diagramma non individua più come persona il bambino ma i suoi genitori pertanto si avrà un buono stato di salute fisica, un alterato stato di salute mentale che influenza la capacità di comprensione e una bassa azione autonoma.

Proprio per la confusione psicologica che segue ad un evento così traumatico e fondamentale che il professionista abbia sviluppato una capacità propria nel rapportarsi con l'utente. Le scienze della comunicazione hanno dimostrato che si può «apprendere» a comunicare o a migliorare le proprie capacità comunicative.

Un'altra caratteristica molto importante della comunicazione tra le persone è rappresentata dalla capacità di ascolto; è dall'ascolto nasce il dialogo, non viceversa.

Nella relazione infermiera/persona l'essere ascoltati e compresi aiuta a colmare la distanza che separa gli infermieri dagli assistiti. Un buon ascolto si basa sia sulla comprensione dei contenuti sia sull'immedesimarsi con l'esperienza dell'altra persona (empatia).

L'ascolto è un processo intellettuale attivo, che esige capacità di concentrazione e di coinvolgimento affettivo: si ascolta con le orecchie ma si elabora con la mente.

L'ascolto si trasforma in ascolto terapeutico quando l'infermiere si serve delle capacità percettive, intellettive, interpretative, empatiche.

L'infermiere, nel suo comportamento professionale, deve sviluppare ed esercitare la capacità percettiva attraverso l'osservazione dell'assistito, pronto a coglierne particolari espressioni del viso, intonazione di voce, movimenti del corpo. Le capacità intellettive consentono di comprendere meglio i contenuti di cui si sta parlando, di collegare i diversi dati raccolti, di produrre ipotesi e su tali collegamenti pianificare il processo assistenziale. Per le molteplici implicazioni sinora descritte derivanti da un percorso formativo è chiaro che la comunicazione non è un'attività trasferibile ad altre figure di supporto.

Fase II

Nella prosecuzione della degenza della bambina in terapia intensiva, si noterà progressivamente una stabilizzazione delle condizioni cliniche dove necessita ancora di supporto ventilatorio meccanico, anche se in fase di svezzamento, ma soprattutto è necessario un approfondimento diagnostico per poter identificare la patologia.

La diagnosi è estremamente importante per poter mettere in atto una terapia adeguata, ma soprattutto per affrontare e formulare un piano assistenziale adeguato in grado di garantire alla persona un'assistenza finalizzata alle sue esigenze. Con la diagnosi si potrà dare risposta alle numerose legittime domande dei genitori.

La ventilazione meccanica offre indubbiamente valido supporto in caso di insufficienza respiratoria ma non è scevra di rischi collaterali principalmente dovuti al barotrauma e al rischio di contrarre infezioni.

Per queste ragioni appena le condizioni cliniche e strumentali lo permettono si provvederà ad un graduale svezzamento dal ventilatore, riducendo nel contempo la sedazione.

Infatti le linee guida del C.D.C. di Atalanta 97 riportano che ad ogni giorno di intubazione e ventilazione meccanica aumenta il rischio di VAP dall'1 al 3% inoltre la rimozione del tubo tracheale appena possibile riduce il rischio di infezioni e di polmoniti correlate.

Si arriverà quindi ad avere una «piccola» persona cosciente e si procederà all'estubazione.

Per la bambina il periodo di tempo che seguirà sarà molto delicato sia dal punto di vista psicologico, sia dal punto di vista fisico-clinico.

La persona verrà supportata dal lato respiratorio con adeguata ossigeno terapia ma nello stesso tempo attentamente controllata dal punto di vista clinico e frequenti esami strumentali permetteranno di valutare l'equilibrio acido-base.

Per aiutare una valida espettorazione si metterà in atto un piano assistenziale che prenda in considerazione la fisioterapia respiratoria, drenaggi posturali e aerosol terapia.

Sembra opportuno prendere in considerazione il diagramma riguardante la persona, osservando la linea della salute-malattia possiamo notare che la situazione di alta criticità e instabilità clinica si è mediamente abbassata dovuta al miglioramento delle condizioni cliniche, ma avremo comunque una bassa capacità di comprensione ed altrettanto bassa azione autonoma questa volta esclusivamente correlata all'età della bambina. Le figure coinvolte in questa serie di atti saranno innanzitutto l'infermiere e il medico con l'interagire del fisioterapista ed il coinvolgimento in piccola parte della figura di supporto.

Le competenze infermieristiche saranno particolarmente importanti dovute al controllo dello stato clinico e all'individuazione di variazioni, sintomo talvolta di situazioni di rischio.

Avrà quindi alta discrezionalità nell'assunzione di decisioni.

Alta capacità decisionale rispetto al piano assistenziale, nel saper individuare le priorità, nel definire i criteri di valutazione sugli interventi che siano coerenti con la situazione clinica e deve decidere come, quali e quante risorse umane e materiali da utilizzare.

Non va dimenticato che a questo punto si dovrà interagire con una persona cosciente ma comunque lattante quindi non in grado di comunicare verbalmente e razionalizzare il suo stato di malattia; non comprende quindi il dolore che prova o che gli viene procurato durante particolari manovre diagnostiche, terapeutiche o assistenziali.

Questa situazione di notevole sofferenza e stress e ulteriormente aggravata da fattori come vissuto di punizione, la paura del non conosciuto, il dolore, la deprivazione sensoriale e la mancanza di sicurezza. Anche i genitori unico punto di riferimento vengono a mancare; ecco che l'infermiere diventa l'unica figura che si muove intorno al piccolo e sebbene possa rappresentare egli stesso fonte di stress nel contempo assume un ruolo importantissimo per il benessere del bambino.

Il professionista dovrà non solo conoscere i parametri clinici-vitali che subiscono alterazioni in caso di disagio (F.c.F.r.P.A.S.O.) ma dovrà interpretare il linguaggio del corpo e usare quest'ultimo per comunicare.

Infatti i bambini sono molto sensibili al tono della voce, al modo in cui vengono toccati e all'atteggiamento globale nei loro confronti; in poche parole è necessario comunicare sicurezza.

Non ultimo capacità collaborative con altre figure professionali quali il fisioterapista con il quale si deciderà in modi e tempi di intervento tenendo conto da un lato le esigenze terapeutiche ma anche le necessità fisiologiche del piccolo quali ritmo sonno-veglia, pasti, ecc.

Assume un ruolo altrettanto importante la movimentazione posturale del bambino, vista l'ipotonia muscolare e quindi la difficoltà di movimento autonomo va incontro ad aree di atelectasia polmonare con alto rischio di sviluppare lesioni da decubito.

Per quanto riguarda l'aerosolterapia si potrebbe definire attività generica trasferibile ad altre figure di riferimento?

Vorremmo citare a questo proposito l'allegato B Provved. 222/2001 «Aiutare per la corretta assunzione dei farmaci prescritti».

Questa attività deve essere riferita a farmaci assunti per via naturale.

Aiutare l'assunzione comporta un'azione di supporto alla persona ed è da distinguere dalla somministrazione.

L'aiuto nell'assunzione richiede che l'OSS legga correttamente la prescrizione farmacologica sui carteggi controllati e aggiornati dall'infermiere, individui la confezione, apra la confezione e prelevi il farmaco secondo le modalità previste per ogni composizione farmaceutica, aiuti le persone ad assumere il farmaco utilizzando se necessario, l'attrezzatura idonea (apparecchio aerosol).

Da questa descrizione di attività si potrebbe affermare di sì, però a nostro parere il tutto non può essere disgiunto dalla valutazione infermieristica dello stato clinico della persona, in corso di ossigenoterapia e con un equilibrio precario.

Diremo a questo punto che ogni situazione clinica non è sovrapponibile ad un'altra e quindi nel trasferimento e delega di attività generiche la valutazione sarà sempre giudizio infermieristico.

Le condizioni di Valentina sono peggiorate, la piccola è nuovamente intubata perché non è in grado di mantenere un'adeguata ventilazione autonoma.

Si decide di compiere nuove indagini diagnostiche per chiarire il quadro clinico.

L'attività informativa sulle procedure diagnostiche è specifica del medico e dell'infermiere.

Le informazioni mediche hanno caratteristiche tecniche mentre spetta all'infermiere chiarire, eventuali dubbi sul processo diagnostico-terapeutico.

Tutte le informazioni devono essere comprensibili sia al bambino che ai genitori (nel caso trattato solo ai genitori) e devono essere fornite utilizzando un linguaggio adeguato.

Le questioni relative al trattamento proposto possono risultare talmente ostiche ai genitori da creare loro difficoltà ad esprimere un consenso per conto del figlio.

È sicuramente più semplice, per un genitore, decidere per sé stesso. (ALDERSON, 1990),

Compito dell'infermiere è l'organizzazione, la preparazione del materiale e della relativa documentazione per la giusta esecuzione delle indagini diagnostiche.

In seguito ci sarà il recupero e l'interpretazione dei risultati (HIGGINS, 1994).

Per la specificità degli interventi le figure coinvolte sono in medico e l'infermiera, l'attività di trasporto e recupero dei referti può essere delegata alla figura di supporto.

Il diagramma analizza il genitore come persona in quanto l'informazione sul processo diagnostico-terapeutico non può essere data a Valentina vista la giovane età.

Avremo quindi una persona in buono stato di salute con un'elevata capacità di comprensione e una bassa azione autonoma.

L'attività informativa e organizzativa di preparazione all'esame diagnostico è specifica del medico e dell'infermiere in quanto in possesso delle compe-

tenze cliniche necessarie. L'interpretazione dei risultati diagnostici è di pertinenza medica mentre l'individuazione e la segnalazione di eventuali anomalie è specifica dell'infermiere che rileva situazioni a rischio e le comunica al sanitario. In questo caso l'infermiera ha una bassa discrezionalità decisoria sul «cosa fare» in quanto si tratta di una attività prescrittiva del medico.

L'attività di trasporto e di recupero dei referti è delegabile all'operatore di supporto, in questo caso l'infermiere ha un'alta discrezionalità decisoria e responsabilità sul trasferimento dell'atto.

L'apporto calorico in questa fase di relativa stabilità non viene solo più garantito esclusivamente per via parenterale totale, ma la bambina verrà anche alimentata per via enterale tramite sondino naso-gastico quindi dopo l'inserimento del sondino naso-gastrico verranno somministrati pasti con l'ausilio di una pompa enterale.

Si può notare che il diagramma relativo alla persona mostra una linea salute/malattia con un livello di criticità medio alta, una linea di comprensione e di azione autonoma bassa.

Le figure presenti in questo tipo di attività assistenziale sono infermiere e personale di supporto.

La quasi totalità di gestione di queste manovre assistenziali saranno di pertinenza infermieristica diretta.

Quindi capacità tecnica, di controllo e valutazione delle condizioni della persona.

Vogliamo ricordare a questo proposito che la figura professionale che trascorre più tempo con il bambino ammalato, è proprio l'infermiera.

Quindi imparerà a conoscere le sue esigenze, i suoi disagi e modulerà in questo caso il tempo di somministrazione del pasto in rapporto alle condizioni cliniche del momento.

In assenza di alimentazione per via orale, piacevoli sensazioni come la stimolazione orale vengono perse ed il bambino rischia di diventare ipersensibile al tatto e al gusto. Offrire il succhiotto al bambino specialmente durante l'alimentazione è importante, assumendo un ruolo compensatorio.

Il personale di supporto può venire inserito per quanto riguarda il riscaldamento del pasto e la preparazione del materiale necessario per l'allestimento della pompa enterale seguendo una *check-list*.

Vorremmo a questo punto fare una considerazione sull'allestimento delle vie infusionali della pompa d'alimentazione e sulla messa in funzione della pompa stessa.

Dal momento che la pompa d'alimentazione può essere considerata un'apparecchiatura medica di semplice uso, che non richiede operazioni discrezionali per l'utilizzo o valutazioni particolari durante il funzionamento e non è invasiva, può essere usata dall'operatore di supporto?

Ricordiamo inoltre che in una eventuale domiciliazione del bambino verrà gestita dai genitori.

L'intervento infermieristico in una eventualità del genere sarà quello di fornire specifiche istruzioni operative di pre-impostazione della pompa e di controllo.

Altra attività esaminata è quella dell'assistenza primaria ovvero dell'igiene del bambino a letto, controllo siti inserzione di cateteri, medicazione chirurgiche o di cannule.

Il soddisfacimento del bisogno di igiene del bambino, rappresenta un elemento fondamentale dell'assistenza infermieristica che contribuisce a mantenere un buon livello psico-fisico ed è basilare nella prevenzione delle infezioni. Possiamo tutti notare lo stato di rilassamento del piccolo dopo il bagno.

Il diagramma inerente allo stato della persona mostra nuovamente uno stato di criticità medio, un livello di comprensione e di autonomia basso.

Le figure direttamente coinvolte sono l'infermiera e il personale di supporto.

Sebbene questa assistenza primaria, svolta in una situazione di bassa criticità dell'ammalato, possa essere considerata attività generica e quindi trasferibile al personale di supporto, in questo caso dove il bambino è in uno stato di instabilità clinica, diventa di per sé attività specifica dell'infermiera.

L'infermiere avrà di nuovo competenza clinica di valutazione, capacità di pianificazione degli atti assistenziali e capacità decisionale rispetto all'agire.

Il personale di supporto, in questo caso potrà essere coinvolto in collaborazione durante l'igiene della persona solamente per quanto riguarda il rifacimento del letto, fermo restando che il bambino sarà comunque mobilizzato dall'infermiera.

È bene ricordare che il momento dell'igiene del piccolo può essere piacevole e rilassante da un punto di vista comunicativo non verbale attraverso la stimolazione e manipolazione tattile quale il massaggio.

Il massaggio infantile ha benefici fisiologici e psicologici.

I benefici possono generalmente essere divisi in quattro categorie:

- stimolazione;
- rilassamento;
- sollievo;
- interazione.

Stimolazione

La sensibilità della pelle è la primissima funzione a svilupparsi e la più importante di tutti i sistemi sensoriali nello sviluppo complessivo.

Alcuni studi con gli animali hanno dimostrato che una adeguata manipolazione e massaggio ha dei profondi effetti su molti aspetti dello sviluppo.

La stimolazione sensoriale naturale accelera la mielinizzazione del S.N. e cerebrale (RORKE, 1969; REINIS, 1980)

Alcuni studi (FIELD et al 1990; RANSCH, 1981; 1984; RICE 1977) su bambini prematuri dimostrano che il massaggio stimola il sistema respiratorio, circolatorio e gastrointestinale e migliora lo sviluppo neurologico.

Il monitoraggio dell'ossigeno transcutaneo ha provato che l'esperienza di stress dei bambini causa l'aumento delle fluttuazioni del livello di ossigeno. Il massaggio può mitigare queste fluttuazioni ed è usato sempre in più numerosi ospedali per aiutare i bambini a mantenere uno stato di quiete stabile.

Rilassamento

PEARCE (1977) dice che «lo stress è il modo in cui l'intelligenza cresce». Ciò a cui si riferisce è la scoperta che dimostra come gli ormoni provocati dallo stress stimolano la produzione di terminazioni neuronali (WEINBERGER, 1984).

Se sottoposta a stress la ghiandola pituitaria produce l'ormone adrenocorticotropo (ACTH), il cervello e il corpo vanno in «allerta» è un massiccio numero di nuovi collegamenti vengono stabiliti per incrementare l'apprendimento e la memoria.

Ma se lo stress continua in modo intenso quei sistemi si chiudono ed impediscono l'apprendimento e la memorizzazione.

Il contatto tattile, il contatto visivo, il battito del cuore sono tre dei più importanti segnali che il bambino riceve da sua madre e che lo tranquillizzano.

Le moderne terapie hanno causato alla maggior parte dei bambini la perdita di questi primi segnali e così, se questi durano giorni o persino settimane, lo stress rimane alto ed essi rispondono abbassando i sistemi di apprendimento tutti insieme.

Nei bambini soggetti alle routines ospedaliere sono stati trovati alti livelli di ACTH anche 2/3 settimane dopo la nascita, mentre quelli nati in circostanze naturali e legati alla madre non ne avevano più già dopo 24 ore.

L'equilibrio tra stress e rilassamento è evidente attraverso la nostra vita e può essere sperimentato da qualsiasi persona coinvolta in attività creative o di apprendimento.

Il massaggio aiuta a sviluppare le sensazioni positive del proprio corpo e allevia la tensione repressa. Un massaggio quotidiano fa aumentare la soglia della stimolazione.

Sollievo

Va da sé che tutto ciò che provoca rilassamento dona sollievo.

Interazione

Il massaggio infantile è un modo per rafforzare il legame tra il bambino e chi si prende cura di lui.

Il massaggio in ospedale offre un'ottima opportunità al genitore che sentirà di poter contribuire in questo modo alla guarigione del suo bambino.

Spesso un bambino ospedalizzato ha diversi tipi di apparecchiature attaccate che provocano timore nel genitore si può insegnare ai genitori i modi per contenere il bambino che daranno conforto a quest'ultimo ed aiuteranno i genitori a conoscere il proprio figlio in questa nuova dimensione.

Tornando al caso trattato sinora è stato notato che i bambini ipotonici hanno un aumento del movimento attivo volontario se vengono massaggiati ed un aumento della consapevolezza del proprio schema corporeo. Le tecniche che aiutano i bambini ipotonici includono pressioni veloci e rinvigorenti, musiche allegre, ritmo e canzoni.

Per concludere prendiamo in esame l'estratto del decreto legge 739/94 sul profilo professionale dell'infermiere.

Art. 1, comma 1-2

– ... l'infermiere è l'operatore sanitario responsabile dell'assistenza generale infermieristica; le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria

Art. 1, comma 4

– ...l'infermiere contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca

Art. 1 comma 3

l'infermiere:

a) partecipa alla identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;

b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obbiettivi;

c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico.

Quindi nella fase esaminata le competenze che servono all'infermiere saranno:

- competenze sulla pianificazione assistenziale;
- competenze relazionali elevate;
- competenze educative elevate;
- abilità tecniche specifiche elevate e di conoscenza della tecnologia;
- capacità di supervisione e collaborazione con figure di supporto.

In rapporto a quanto esaminato pertanto noi riteniamo utile l'impiego di un infermiere con competenze acquisite con master.

Bibliografia

- CAMPBELL L S, JACKSON K 1991, *Pediatric update. Starting intravenous line in children: tips for success*. Journal of Emergency Nursing 17(3): 177.
- The role of nurses in intravenous cannulation*. Nursing Standard 12(7).
- Nursing care of the critically ill child*, 2nd edn. Mosby, St Louis.
- Peripheral IV therapy in children: Paediatric Nursing* 8(6): 29-33.
- United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting (UKCC) 1992 *The scope of professional practice*. UKCC, London.
- O'BRIEN R 1991 *Starting intravenous lines in children*. Journal of Emergency Nursing 17(4):22-230.
- Infermieristica generale e clinica per problemi prioritari di salute* McGraw-Hill.
- ALDERSON P 1990 *Choosing for children: parents consent to surgery*. Oxford University Press, Oxford
- Altschuler J 1997 *Family relationships during serious illness*. Nursing Times 93(7):48-49.
- DICKENDON D. 1994 *Children's informed consent to treatment: is the law an ass?* Journal of Medical Ethics.
- NICHOLSON R. (ed) 1986 *Medical research with children: ethics, law and practice*. Oxford University Press, Oxford.
- RENNICK J 1986 *Re-establishing the parental role in a pediatric intensive care unit*. Journal of Pediatric Nursing.
- BEYER J E, WELLS N 1989, *The Assessment of pain in children*. Pediatric Clinic of North America 36.
- CARTER B 1994 *Child and infant pain*. Chapman and Hall, London
- LAWRENCE J, ALCOCK D, MCGRATH P, KAY J, MACMURRAY S B, DULBERG C 1993 *The development of a tool to assess neonatal pain*. Neonatal Network.
- ROSS D M, ROSS S A 1988 *Assessment of pediatric pain*. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing.
- SCHECHTER N L, ALLEN D A, HANSON K 1986 *Status of pediatric pain control: a comparison of hospital analgesic use in children and adults*. Pediatrics.
- SCHECHTER N L, BERDE C B, YASTER M 1993 *Pain in infants, children and adolescents*. Williams e Wilkins, Baltimore.
- HOLLIS R 1992 *Central venous access in children*. Paediatric Nursing 4(6).
- LAWRANCE T 1994 *Central venous line audit*. Paediatric Nursing 6(4): 20-23.
- LUCAS H, ATTARD-MONTLTO S 1996 *Central venous line dressings: study of infection rates*. Pediatric Nursing 8(6).
- BCH 1993 *Oxygen administration within children's services unit*. Birmingham children's Hospital Procedure Manual.
- BOWER L, BARNHANT S L, BETIT P 1996 *Selection of an oxygen delivery device for neonatal and pediatric patients*. American Association of Respiratory Care.
- HANNA D 1995 *Guidelines for pulse oximetry use in pediatrics*. Journal of Pediatric Nursing 10(2).
- ALEXANDER P 1997 *Handling babies and young children*. In: The guide to the handling of patients, 4th edn. National Back Pain Association/Royal College of Nursing, London.
- ECKERSLEY P M 1993 *Elements of paediatric physiotherapy*. Longman, London, pp 343-375.
- HMSO 1992 *Manual handling Operations regulations and guidance on regulations L23*. HMSO, London.
- MURPHEY F 1984 *The physiotherapist in the neonatal unit*. In: Levitt S (ed) Paediatric development therapy. Blackwells, Oxford, 63-75.
- PARKER A 1993 *Neonatal problems and the neonatal unit*. In: Eckersley P M (ed) *Elements of paediatric physiotherapy*. Longman, London, pp 79-96.

- TURRILL S 1992 *Supported positioning in intensive care*. Paediatric Nursing. Ethics Advisory Committee 1992 *Guidelines for the ethical conduct of medical research involving children*. British Paediatric Association London.
- Health Services Advisory Committee 1986 Guidance on the labelling, transport and reception of specimens. Health and safety Commission, London
- CARTER B, DEARMUN A K 1995 *Child health care nursing*. Blackwell Science, Oxford.
- DAVENPORT M 1996 *Paediatric fluid balance*. *Care of the Critically Ill* 12 (1): 26-31.
- GAEDEKE NORRIS M K, STEIN HORN DM 1994 *Nutritional management during critical illness in infants and children*. *AAN Clinical Issues* 5 (4): 485-492.
- HIU LAM W 1998 *Fluids in paediatric patients*. *Care of the critically ill* 14(3): 93-96.
- TORTORA GJ, GRABOWSKI S R 1996 *Principles of anatomy and physiology*, 8th edn. HarperCollins College Publishers, New York.
- DAVENPORT M 1996 *Paediatric fluid balance*. *Care of the Critically Ill* 12(1):26-31.
- HAZINSKI M F 1992 *Nursing care of the critically ill child*, 2nd edn. Mosby, St Louis.
- Potential hazards of tracheobronchial suctioning*. *Intensive and Critical Care Nursing*.
- KNOX A M 1993 *Performing endotracheal suction on children: a literature review, and implications for nursing practice*. *Intensive and Critical Care Nursing*.
- YOUNG C S 1984 *Recommended guidelines for suction*. *Physiotherapy* 70(3): 106-108.
- American Heart Association 1994 *Textbook of pediatric advanced life support*. AHA, Dallas.
- Pediatric resuscitation*. *Pediatric Nursing*.
- Child health care nursing. Blackwell Science, Oxford.
- MCCRORY J H, DOWNS C E 1990 *Cardiopulmonary resuscitation in infants and children*.
- MACNAB R 1996 *Paediatric life support*. *Paediatric Nursing* 8(4):28-33.

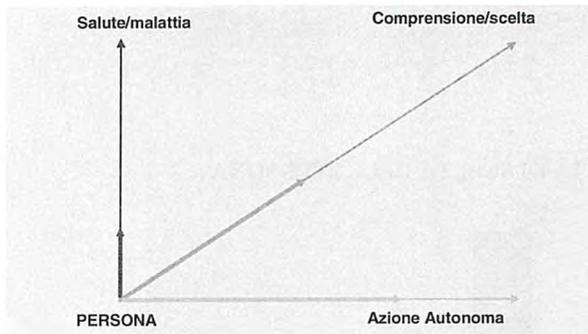
C. ROSSI
G. SACCO
S. VIARENGO

con la collaborazione di
R. PROSIO



*Azienda Ospedaliera
Materno-Infantile O.I.R.M.
S. Anna, Torino*

1

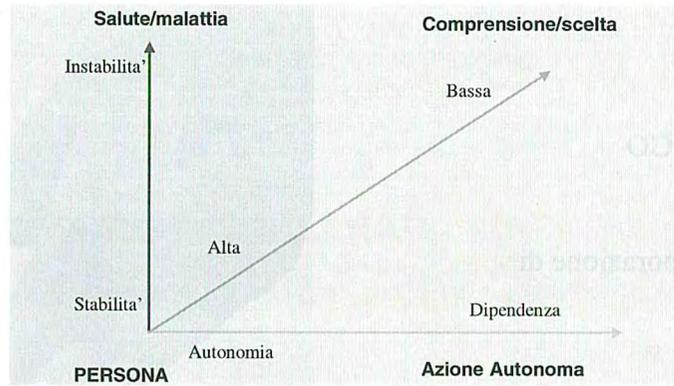


COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE

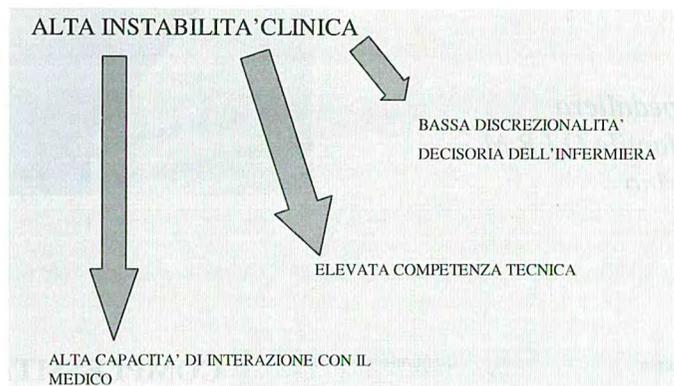
M. Cristina Rossi, Torino

- Binomio salute-malattia
- Capacità della persona di comprendere i propri bisogni e di scegliere consapevolmente
- Possibilità della persona di agire autonomamente

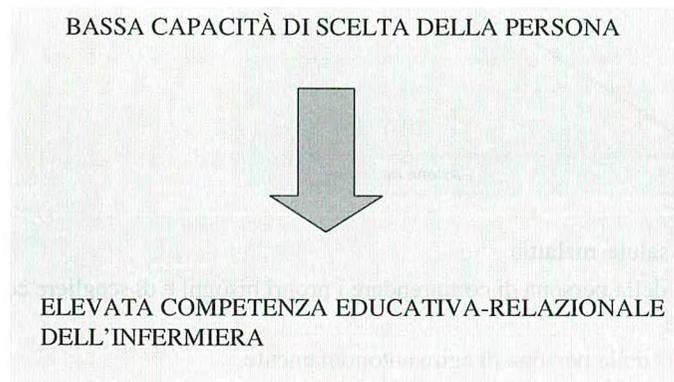
2



3



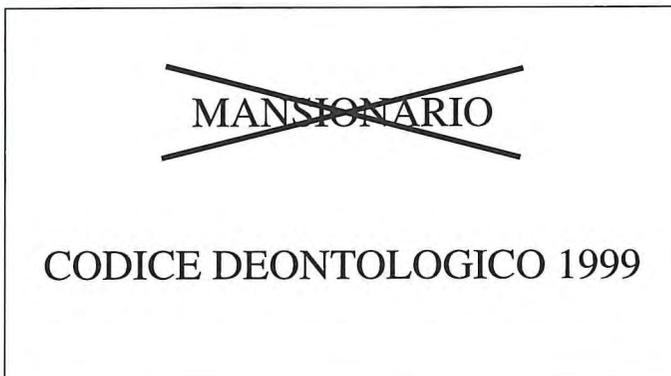
4



5



6



7



L'Infermiere è un professionista che secondo il profilo professionale del DM 739/1994 e il DM 70/1997:

- Ha la responsabilità dell'assistenza generale infermieristica, non necessariamente di ogni singolo atto ma principalmente dei risultati.
- Ha competenze diagnostiche (nel proprio ambito specifico) di pianificazione di gestione del piano e di valutazione.
- Porta un contributo unico ed insostituibile nell'équipe interprofessionale di cui fa parte.
- Sa avvalersi ove necessario dell'opera del personale di supporto.

8

PRIMA FASE: Accoglimento in unità intensiva

SECONDA FASE: Intensività assistenziale in fase di diagnostica e stabilizzazione

TERZA FASE: Intensività assistenziale ed attività educativa

QUARTA FASE: Assistenza infermieristica per la dimissione protetta

9



ATROFIA MUSCOLARE SPINALE

S.M.A.

È tuttora una malattia senza cura e sconosciuta alla pubblica opinione, nonostante 1 persona su 40 sia portatrice sana e 1 bambino su 6000 circa ne nasca affetto

Malattia a trasmissione autosomica recessiva con i genitori entrambi portatori asintomatici e con un rischio di ricorrenza del 25% ad ogni gravidanza

10

S.M.A. I o sindrome di Werdnig-Hoffman

- DIFFICOLTÀ CONTROLLO MOTORIO
- DIFFICOLTÀ DI DEGLUTIZIONE
- DIFFICOLTÀ RESPIRATORIA
- IPOTONIA MUSCOLARE



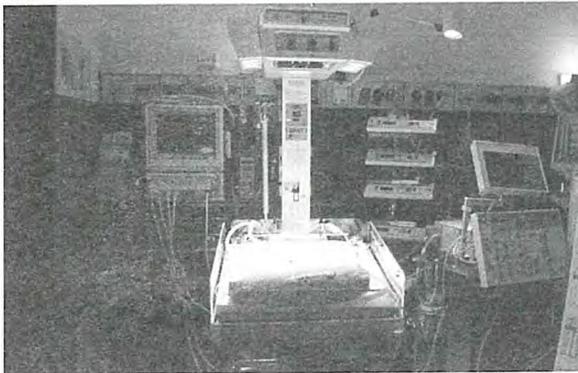
11

	<p>S.M.A. I</p> <p>Esordio nei primi giorni/mesi di vita, prognosi infausta la morte sopravviene a 2 anni di età</p>	
	<p>S.M.A. II</p> <p>Esordio dopo il sesto mese di vita con prognosi migliore riguardo la sopravvivenza ma con grave compromissione motoria</p>	
	<p>S.M.A. III</p> <p>Esordio più tardivo in genere nell'adolescenza ma comunque dopo l'acquisizione del cammino autonomo</p>	



12

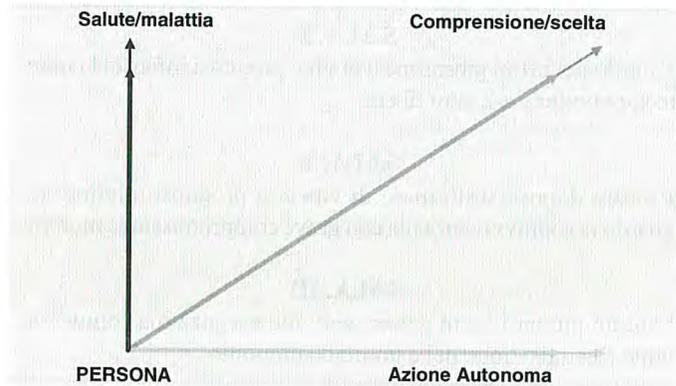
Fase I Accoglimento in Unità Intensiva



13

Fase I Accoglimento in Unità Intensiva	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<p><i>Reperimento accesso venoso periferico</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inserimento ago cannula e controllo ▪ Prescrizione e preparazione terapia ▪ Somministrazione <p>ERC 94-MACNAB 96</p>	

14



15

Fase I Accoglimento in Unità Intensiva	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<p><i>Reperimento accesso venoso periferico</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inserimento ago cannula e controllo ▪ Prescrizione e preparazione terapia ▪ Somministrazione <p>ERC 94-MACNAB 96 </p>	<p> Medico</p> <p> Infermiere</p> <p>COMPETENZE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conoscenze teorico-pratiche scientifiche <p>DM 739/94 - DM 70/97 - DM 24/7/96 Ordinamenti didattici universitari Tabella XVIII ter - Codice Deontologico del 27/2/1999 - UKCC 1992 - Davies 1998</p>

16

Fase I - Accoglimento in unità intensiva
 REPERIMENTO ACCESSO VENOSO PERIFERICO

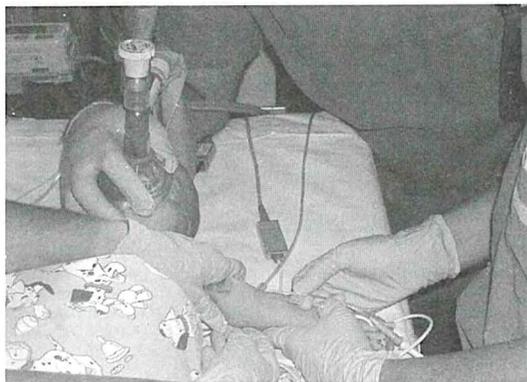


COMPETENZE RICHIESTE

- Competenza clinica
- Capacità di pianificazione
- Capacità decisionale

Attività *esclusiva* dell'Infermiera non trasferibile ad altre figure di supporto

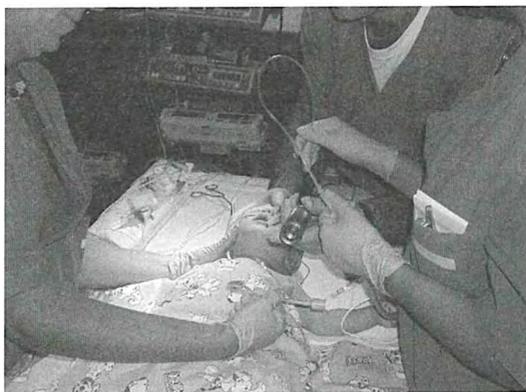
17



18



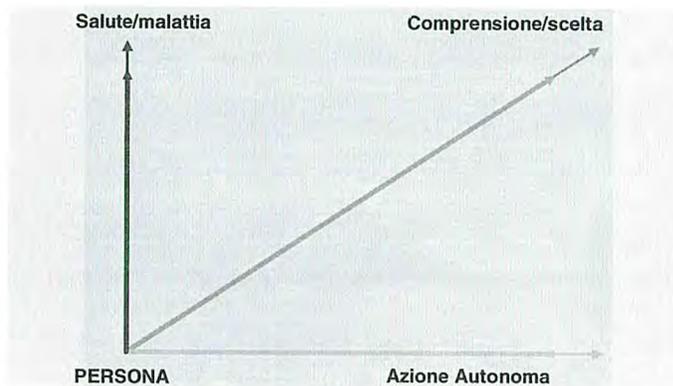
19



20

Fase I Accoglimento in Unità Intensiva	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<p><i>Posizionamento tubo endotracheale per ventilazione meccanica</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intubazione ▪ Broncoaspirazione ▪ Inserimento sondino naso-gastrico ▪ Colturale del broncoaspirato <p>ERC 94-MACNAB 96-BEG 95 Linee guida ed assistenza di base ANIN Linee guida CIO 2002</p>	

21



22



Fase I Accoglimento in Unità Intensiva	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<p><i>Posizionamento tubo endotracheale per ventilazione meccanica</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intubazione ▪ Broncoaspirazione ▪ Inserimento sondino naso-gastrico ▪ Colturale del broncoaspirato <p>ERC 94-MACNAB 96-BEG 95 Linee guida ed assistenza di base ANIN Linee guida CIO 2002</p>	<p>  Medico  Infermiere COMPETENZE <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conoscenze teorico-pratiche scientifiche DM 739/94 - DM 70/97 - DM 24/7/96 Ordinamenti didattici universitari Tabella XVIII ter - Codice Deontologico del 27/2/1999 - UKCC 1992 - Davies 1998 </p>

23

Fase I - Accoglimento in unità intensiva
POSIZIONAMENTO TUBO ENDOTRACHEALE
PER VENTILAZIONE MECCANICA



COMPETENZE RICHIESTE

- Competenza clinica
- Capacità di pianificazione
- Non ha capacità decisionale

Attività *esclusiva* dell'Infermiera non trasferibile
ad altre figure di supporto

24

Fase I - Accoglimento in unità intensiva
POSIZIONAMENTO TUBO ENDOTRACHEALE
PER VENTILAZIONE MECCANICA



COMPETENZE RICHIESTE

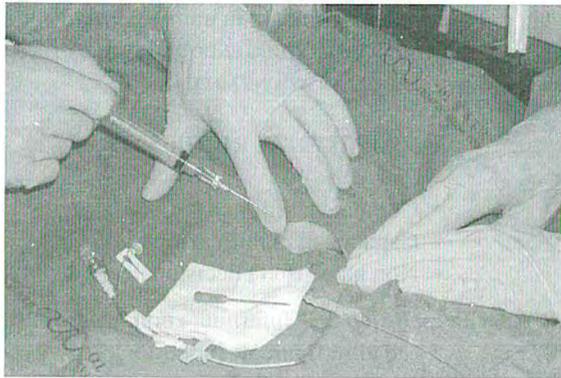
- Utile introduzione della figura di supporto
nell'esecuzione del broncoaspirato?



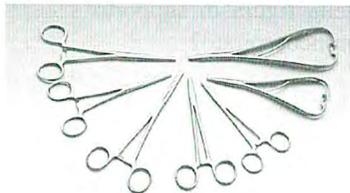
25



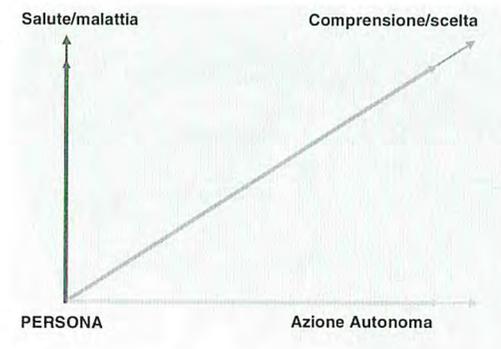
26



27

Fase I Accoglimento in Unità Intensiva	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<p><i>Posizionamento CVC</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Preparazione materiale ▪ Posizionamento CVC ▪ Controllo CVC ▪ Medicazione ▪ Riordino materiale e sanificazione  <p>ERC 94-MACNAB 96-BEG 95 Linee guida ed assistenza di base ANIN Linee guida CIO 2002</p>	<ul style="list-style-type: none">  Medico  Infermiere  Operatore Socio Sanitario  Tecnico di Radiologia/Medico Radiologo <p>COMPETENZE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conoscenze teorico-pratiche scientifiche <p>DM 739/94 - DM 70/97 - DM 24/7/96 Ordinamenti didattici universitari Tabella XVIII ter - Codice Deontologico del 27/2/1999 - UKCC 1992 - Davies 1998</p>

28



29

Fase I - Accoglimento in unità intensiva
 POSIZIONAMENTO CATETERE VENOSO CENTRALE



COMPETENZE RICHIESTE

- Competenza clinica
- Capacità di pianificazione
- Non ha capacità decisionale riguardo l'atto chirurgico e l'attività prescrittiva in quanto esclusiva del Medico

Attività *esclusiva* dell'Infermiera non trasferibile ad altre figure di supporto

30

Fase I - Accoglimento in unità intensiva
 POSIZIONAMENTO CATETERE VENOSO CENTRALE



Decisionalità dell'Infermiere:

- Procedura scritta per l'identificazione
- Supervisione solo sul rispetto delle procedure



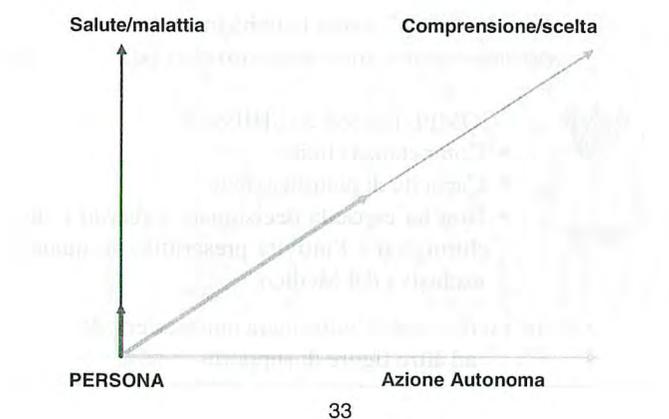
Attività *generica* trasferibile ad altre figure in riferimento al riordino ed alla sanificazione del materiale

31



Fase I Accoglimento in Unità Intensiva	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<p><i>Accoglimento dei genitori in reparto</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informazioni inerenti la patologia ▪ Anamnesi infermieristica e richiesta consensi ▪ Illustrazione regolamento del Reparto <p>Artt. 330 e 333 del C.C. Art. 54 del C.P.</p>	<p> Medico</p> <p> Infermiere</p> <p>COMPETENZE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conoscenze teorico-pratiche scientifiche <p>DM 739/94 - DM 70/97 - DM 24/7/96 Ordinamenti didattici universitari Tabella XVIII ter - Codice Deontologico del 27/2/1999 - UKCC 1992 - Davies 1998</p>

32



Fase I - Accoglimento in unità intensiva

ACCOGLIMENTO DEI GENITORI IN REPARTO



COMPETENZE RICHIESTE

- Capacità di rapporto il linguaggio ai genitori del bambino
- Capacità di gestire l'emotività del genitore

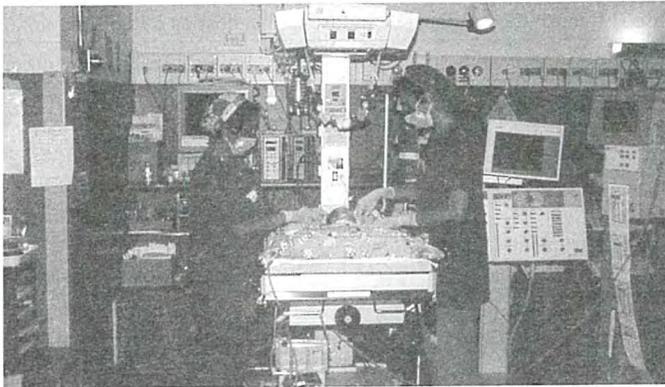
Attività educativa *specific*a dell'Infermiere perché il percorso formativo prevede il raggiungimento di questa competenza

Attività non *trasferibile* ad altre figure di supporto

34



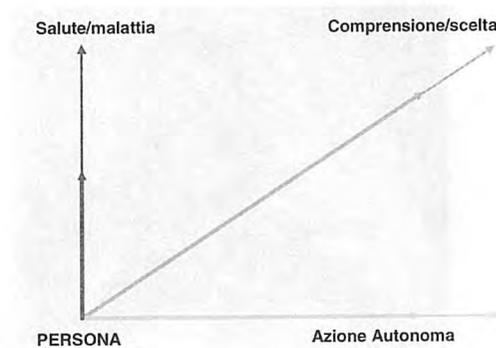
35



36

Fase II Intensità assistenziale in fase di diagnostica e stabilizzazione	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<p><i>Svezzamento dalla ventilazione meccanica</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Progressiva riduzione della sedazione e della ventilazione ▪ Estubazione ▪ Ossigenoterapia ▪ Controllo clinico e strumentale del bambino ▪ Aerosolterapia ▪ Fisioterapia respiratoria e postura <p>MANLEY 94 BOWER 96 TASKER 95 WONG 95 ZANDER E HAZINSKI 92 HOUGH 84 - DAVIS 83</p> 	

37



38

Fase II Intensività assistenziale in fase di diagnostica e stabilizzazione	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<p><i>Svezamento dalla ventilazione meccanica</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Progressiva riduzione della sedazione e della ventilazione ▪ Estubazione ▪ Ossigenoterapia ▪ Controllo clinico e strumentale del bambino ▪ Aerosolterapia ▪ Fisioterapia respiratoria e postura <p>MANLEY 94 BOWER 96 TASKER 95 WONG 95 ZANDER E HAZINSKI 92 HOUGH 84 - DAVIS 83</p> 	<p>  Medico  Infermiere  Operatore Socio Sanitario  Fisioterapista respiratorio </p> <p>COMPETENZE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conoscenze teorico-pratiche scientifiche <p>DM 739/94 - DM 70/97 - DM 24/7/96 Ordinamenti didattici universitari Tabella XVIII ter - Codice Deontologico del 27/2/1999 - UKCC 1992 - Davies 1998</p>

39

Fase II - Intensività assistenziale in fase di diagnostica e stabilizzazione
SVEZZAMENTO DALLA VENTILAZIONE MECCANICA



COMPETENZE RICHIESTE

- Clinica dell'individuazione della situazione di rischio
- Capacità di valutazione del risultato diagnostico
- Capacità collaborative con il Fisioterapista

Attività *tecnica*, organizzativa e di coordinamento

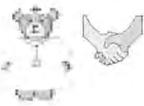
40



41

Fase II - Intensività assistenziale in fase di diagnostica e stabilizzazione

SVEZZAMENTO DALLA VENTILAZIONE MECCANICA



Altre considerazioni?

- Attività *generica* trasferibile ad altre figure in riferimento all' Aerosolterapia?

42

Fase II - Intensività assistenziale in fase di diagnostica e stabilizzazione

SVEZZAMENTO DALLA VENTILAZIONE MECCANICA



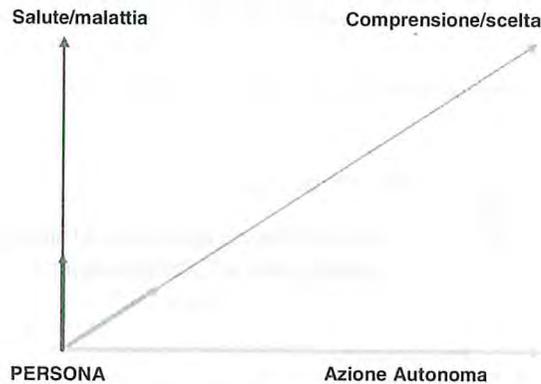
Decisionalità dell'Infermiere

- Procedura scritta per l'identificazione
- Supervisione solo sul rispetto delle procedure

43

Fase II Intensività assistenziale in fase di diagnostica e stabilizzazione	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<p><i>Approfondimento indagini diagnostiche</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informazione alla famiglia sulle indagini diagnostiche e richiesta consensi ▪ Organizzazione, preparazione e attuazione delle indagini ▪ Recupero e prima interpretazione dei referti <p>«Raccolta campioni biologici», <i>Nursing pediatrico</i> McGraw-Hill 2001 Artt. 330 e 333 C.C. - Art. 54 C.P. Art. 4 Codice Deontologico</p>	 Medico  Infermiere  Operatore socio-sanitario COMPETENZE <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conoscenze teorico-pratiche scientifiche DM 739/94 - DM 70/97 - DM 24/7/96 Ordinamenti didattici universitari Tabella XVIII ter - Codice Deontologico del 27/2/1999 - UKCC 1992 - Davies 1998

44



45

Fase II - Intensività assistenziale in fase di diagnostica e stabilizzazione

APPROFONDIMENTO INDAGINI DIAGNOSTICHE



Attività informativa e organizzativa dell'infermiere e del Medico

Attività specifica e decisionale nell'attuazione dell'atto

46

Fase II - Intensività assistenziale in fase di diagnostica e stabilizzazione

APPROFONDIMENTO INDAGINI DIAGNOSTICHE



COMPETENZE

- Esperienza clinica per la preparazione assistenza nella fase diagnostica
- Conoscenze cliniche per lettura dei referti e individuazione di alterazioni potenzialmente a rischio
- Poca decisionalità nell'attività prescrittiva perché specifica del Medico

47

Fase II - Intensività assistenziale in fase di diagnostica e stabilizzazione

APPROFONDIMENTO INDAGINI DIAGNOSTICHE



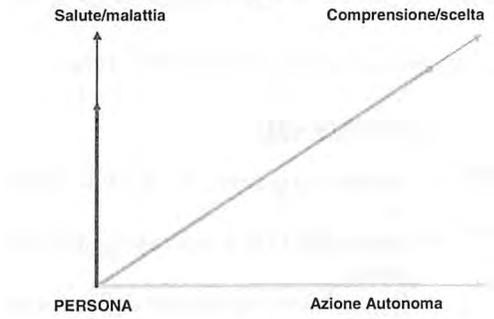

Altre considerazioni?

- Attività di trasporto e di recupero dei referti trasferiti all'operatore di supporto
- Attività esclusiva dell'Infermiere la decisione di delega della prestazione e valutazione del risultato

48

Fase II Intensività assistenziale in fase di diagnostica e stabilizzazione	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<p><i>Somministrazione nutrizione enterale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Posizionamento sondino naso-gastrico ▪ Preparazione e somministrazione del latte ▪ Allestimento e somministrazione alimento mediante pompa enterale <div style="text-align: center;">  </div> <p>«Alimentazione tramite sonda gastrica ANIN», <i>Nursing Pediatrico</i> McGraw-Hill 2001</p>	

49



50

Fase II Intensività assistenziale in fase di diagnostica e stabilizzazione	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<p><i>Somministrazione nutrizione enterale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Posizionamento sondino naso-gastrico ▪ Preparazione e somministrazione del latte ▪ Allestimento e somministrazione alimento mediante pompa enterale  <p>«Alimentazione tramite sonda gastrica ANIN», <i>Nursing Pediatrico</i> McGraw-Hill 2001</p>	<p> Infermiere</p> <p> Operatore Socio Sanitario</p> <p>COMPETENZE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conoscenze teorico-pratiche scientifiche <p>DM 739/94 - DM 70/97 - DM 24/7/96 Ordinamenti didattici universitari Tabella XVIII ter - Codice Deontologico del 27/2/1999 - UKCC 1992 - Davies 1998</p>

51

Fase II - Intensività assistenziale in fase di diagnostica e stabilizzazione	
SOMMINISTRAZIONE NUTRIZIONE ENTERALE	
	<p>COMPETENZE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assistenza infermieristica diretta ▪ Capacità tecnica ▪ Capacità di valutazione

52

Fase II - Intensività assistenziale in fase di diagnostica e stabilizzazione	
SOMMINISTRAZIONE NUTRIZIONE ENTERALE	
 	<p>COMPETENZE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assistenza generica trasferibile ad altra figura ▪ Decisionalità dell'Infermiere sulla procedura scritta ▪ Supervisione sul rispetto della procedura

53

Fase II - Intensività assistenziale in fase di diagnostica e stabilizzazione

SOMMINISTRAZIONE NUTRIZIONE ENTERALE

Altre considerazioni?

Questioni aperte




- Può l'operatore di supporto somministrare il pasto mediante pompa di alimentazione visto che poi lo faranno i genitori a domicilio?

54

Fase II - Intensività assistenziale in fase di diagnostica e stabilizzazione

SVEZZAMENTO DALLA VENTILAZIONE MECCANICA

Allegato B provvedimento 22 febbraio 2001

Accordo tra il Ministro della Sanità e le regioni per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'Operatore Socio Sanitario (O.S.S.)

Competenze tecniche

Punto 12: Aiutare per il corretto utilizzo di apparecchiature medicali di uso semplice

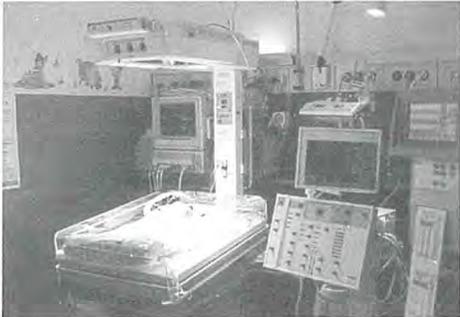
Note

Per apparecchiature medicali di semplice uso si intendono apparecchi:

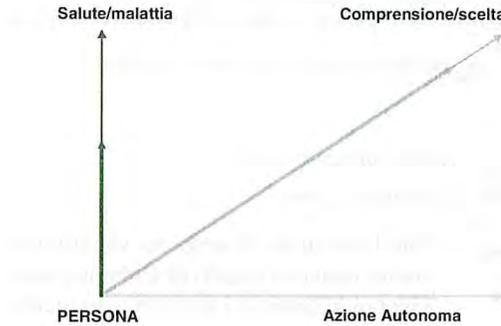
- Ad alta automazione che non richiedono operazioni discrezionali per il loro utilizzo o valutazioni particolari durante il loro funzionamento
- Non invasivi

L'utilizzo dell'apparecchio deve avvenire secondo le specifiche istruzioni operative

55

Fase II Intensività assistenziale in fase di diagnostica e stabilizzazione	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<p><i>Assistenza primaria in T.I.P.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Igiene al letto/cambio biancheria ▪ Controllo siti inserzione catetere ed altro ▪ Medicazione <p>↙</p> <p>Linee guida sulla prevenzione dell'infezione, Center of Disease Control and Prevention, Atlanta 1999</p>	

56



57

Fase II Intensività assistenziale in fase di diagnostica e stabilizzazione	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<p><i>Assistenza primaria in T.I.P.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Igiene al letto/cambio biancheria ▪ Controllo siti inserzione catetere ed altro ▪ Medicazione  <p>Linee guida sulla prevenzione dell'infezione, Center of Diseases Control and Prevention, Atlanta 1999</p>	<ul style="list-style-type: none">  Infermiere  Operatore Socio Sanitario <p>COMPETENZE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conoscenze teorico-pratiche scientifiche <p>DM 739/94 - DM 70/97 - DM 24/7/96 Ordinamenti didattici universitari Tabella XVIII ter - Codice Deontologico del 27/2/1999 - UKCC 1992 - Davies 1998</p>

58

Fase II Intensività assistenziale in fase di diagnostica e stabilizzazione	
ASSISTENZA PRIMARIA IN T.I.P.	
	<p><i>Competenze</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Competenza clinica ▪ Capacità di pianificazione ▪ Capacità decisionale
 	<p><i>Altre considerazioni?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Possibilità di collaborare con una figura di supporto

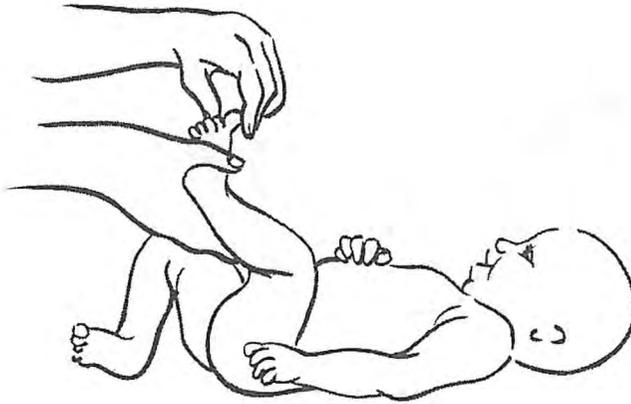
59

Il *massaggio infantile* ha benefici fisiologici e psicologici.

I benefici possono generalmente essere divisi in 4 categorie:

- Stimolazione
- Rilassamento
- Sollievo
- Interazione

60



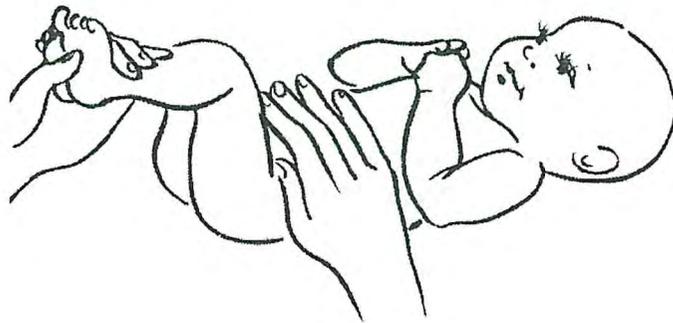
61



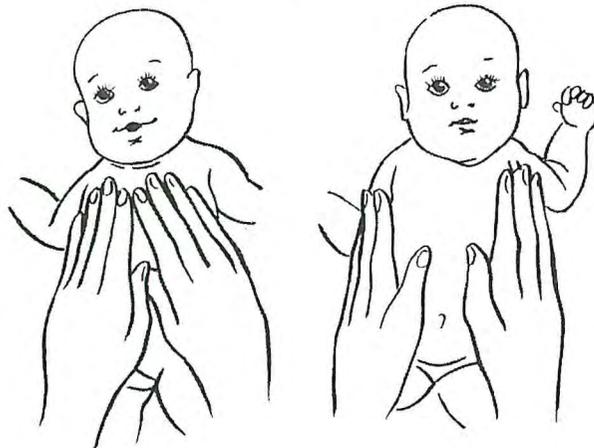
62



63



64



65

Estratto della DL 739/39 sul profilo professionale dell'Infermiere:

Articolo 1, Comma 1 e 2

[...] L'Infermiere è l'operatore sanitario [...] responsabile dell'assistenza generale infermieristica;

le principali funzioni sono la Prevenzione delle malattie, l'Assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'Educazione sanitaria.

Articolo 1, Comma 4

L'Infermiere contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca.

Articolo 1, Comma 3

L'Infermiere:

- Partecipa alla identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;
- Identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;
- Pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico.

66

Fase II - Intensività assistenziale in fase di diagnostica e stabilizzazione



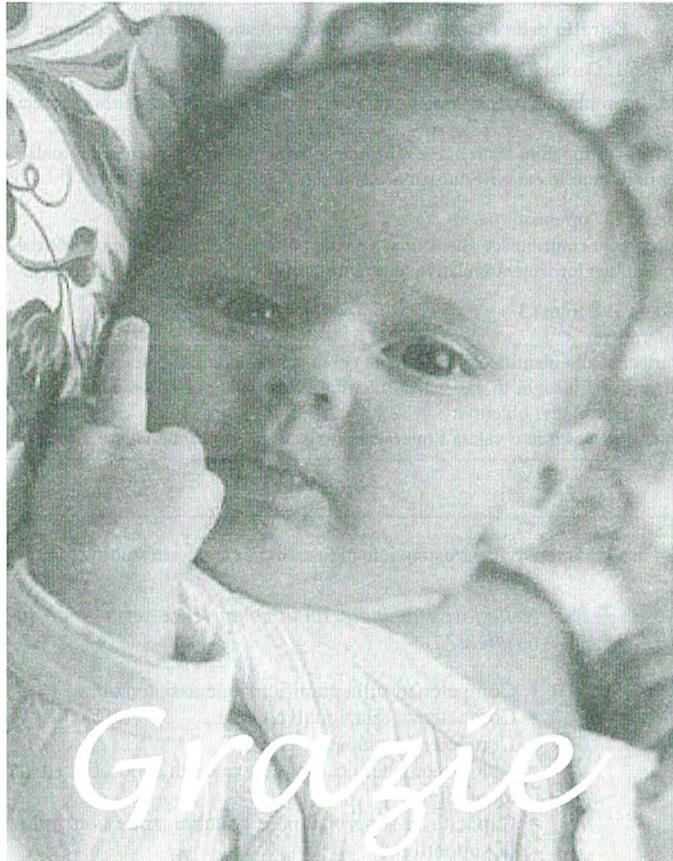
Nelle fasi esaminate, quali competenze servono all'Infermiere?

- Competenze sulla pianificazione assistenziale
- Competenze relazionali elevate
- Competenze educative elevate
- Abilità tecniche specifiche elevate e di conoscenza della tecnologia
- Capacità di supervisione e collaborazione con figure di supporto

67

VISTA LA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE, SAREBBE OPPORTUNA LA PRESENZA DI UN INFERMIERE CON COMPETENZE ACQUISITE CON MASTER?

68



IL MODELLO DELLA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE IN AREA CRITICA PEDIATRICA: LA COMUNICAZIONE DELLA DIAGNOSI E L'EDUCAZIONE DEI GENITORI

R. MEGLIORIN ⁽¹⁾, C. GANDOLFO ⁽²⁾, D. CARLINI ⁽³⁾, N. TOFANI ⁽⁴⁾

⁽¹⁾ Relatore. DAI, AFD.

⁽²⁾ Relatore. Infermiere Pediatrico.

⁽³⁾ Coautore. Infermiere Pediatrico.

⁽⁴⁾ Coautore. Infermiere.

Terapia Intensiva Pediatrica - Dipartimento di scienze pediatriche e neuroscienze dell'età evolutiva - Università Cattolica del Sacro Cuore - Policlinico «A. Gemelli» - Roma

*«Ad Andrea e al suo raggio di sole
in quel prato pieno di fiori»*

Key words: competenza, responsabilità decisionale, complessità assistenziale, instabilità clinica, dipendenza.

Obiettivo della relazione: Fornire spunti di riflessione su:

- il nuovo modello dell'analisi della complessità assistenziale e la possibilità di applicazione in area critica pediatrica;
- la possibilità di una diversa lettura dei bisogni dei bambini malati e delle loro famiglie;
- la valutazione dei risultati del nuovo processo di cura, che vede applicato il modello preso in esame, rispetto a quanto fino ad oggi ottenuto;
- la possibilità dell'infermiere di riappropriarsi del proprio specifico, al fine di garantire una risposta assistenziale conforme alle attese del cittadino/utente, e, per l'area critica pediatrica, garantire alla madre la possibilità di mantenere una *sana* relazione con il proprio bambino;
- come l'applicazione del nuovo modello di analisi della complessità assistenziale possa migliorare il processo comunicativo tra i vari membri dell'equipe modificando, quindi, in positivo il livello di qualità delle prestazioni erogate e di qualità percepita dal piccolo paziente e dai suoi genitori.

Introduzione

Il caso analizzato è quello di un bambino di pochi mesi affetto dalla malattia di Werdnig-Hoffmann, ancora non diagnosticata, che giunge in reparto di Terapia Intensiva Pediatrica per grave distress respiratorio, ipotonia muscolare e difficoltà ad alimentarsi.

Il modello della complessità assistenziale applicato permette al gruppo infermieristico di riferimento di analizzare le esigenze del piccolo paziente non

più secondo un modello concettuale di «gerarchizzazione» dei bisogni, dove viene attribuita la massima priorità solamente a quelli di sopravvivenza, bensì a una nuova concezione dell'assistenza intensiva che va a cogliere le esigenze del bambino e le dispone in un nuovo schema di riferimento che li «assume» come tessere di un puzzle, collegate tra loro, incollate tra loro, grazie al soddisfacimento del bisogno di sicurezza e amore.

Il modello della complessità assistenziale in area critica pediatrica perciò fa sì che l'equipe assistenziale applichi le proprie energie e competenze:

- con l'assoluta consapevolezza dell'importanza della centralità della persona nell'intero percorso assistenziale;
- garantendo i diritti del bambino ospedalizzato sanciti dalla Carta di Heach;
- modificando i propri convincimenti secondo le evidenze scientifiche;
- attuando un cambiamento culturale, volto alla ricerca di un sempre più elevato livello qualitativo;
- conformandosi a quello che è il cambiamento culturale del cittadino che vuole sempre più fermamente essere partecipe nella gestione della propria malattia;
- sentendo forte il vincolo assistenziale legato al fatto che un bambino che vede il proprio bisogno di sicurezza risolto, è un bambino che riesce ad essere «gestito» meglio dall'equipe curante, che riesce ad essere ventilato in modo migliore, al quale può venire risparmiata la sedazione, altrimenti obbligatoria.
- nella piena consapevolezza che il genitore che vive l'esperienza di elevata instabilità del proprio figlio, è un genitore che inizialmente può dimostrare scarsa capacità di comprensione, essendo impaurito, e che, proprio per questo motivo, ricorre alla guida dell'infermiere che più dimostra competenza.

Il genitore quindi affida la situazione del figlio all'infermiere perché difficilmente ha la capacità di discernere ciò che è meglio e giusto e, non avendo nessuna autonomia d'azione, anche lui necessita di essere preso per mano e accompagnato nel lungo tunnel di una malattia, in questo caso, a prognosi infausta.

L'elaborato in particolare prende in considerazione la fase della comunicazione della diagnosi ai genitori e l'inserimento di questi nel reparto al fine di educarli ad assistere il proprio bambino anche in un'ottica di dimissione precoce, applicando a tali momenti lo schema concettuale del nuovo modello assistenziale.

1. *La diagnosi di Werdnig-Hoffmann o Sindrome Amiotrofica Spinale 1*

Il bambino, giunto in reparto per distress respiratorio ingravescente, è costretto ad uno stretto monitoraggio dei parametri vitali: frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, pressione arteriosa cruenta, saturazione di ossigeno, diuresi oraria, bilancio idroelettrolitico. È inoltre intubato e sottoposto a ventilazione meccanica.

Il genitore non ha una reale capacità di comprensione della situazione, per questo motivo l'équipe lo ritiene totalmente incapace del prendersi cura del proprio figlio, ma per favorirne la risoluzione, quindi la presa di coscienza dell'esperienza, viene costantemente informato della situazione clinica, è dato il permesso di stazionare vicino al bambino, ma viene «esonerato» dallo svolgere qualsiasi compito assistenziale.

In questo primo periodo di degenza lo sforzo dell'équipe assistenziale è volto a definire la diagnosi dato che l'insufficienza respiratoria appare non semplicemente legata ad una causa infettiva, ed è stato scongiurato l'interessamento del Sistema Nervoso Centrale con uno studio neuroradiologico. Ci si avvia così ad ipotizzare una causa diversa, magari genetica.

Una malattia genetica di questo tipo è l'amiotrofia spinale di tipo 1, a prognosi infausta che compare nei primi mesi di vita ed è caratterizzata appunto da una serie di segni e sintomi quali quelli evidenziati nel bambino. La ridotta motilità fino a paralisi dei muscoli prossimali e del tronco è in contrapposizione con la mimica del volto e la vivacità dell'espressione del piccolo paziente che rimane invece conservata. Tipica è l'interazione del bambino caratterizzata da uno sguardo attento e scrutatore.

La definizione della diagnosi arriva in genere dopo reiterati ricoveri, per lo più per problemi di insufficienza respiratoria ingravescente, e a seguito di alcune indagini, quali:

- dosaggio CPK (il cui valore risulta generalmente alterato);
- la biopsia muscolare e cutanea (che aiuta nella differenziazione della diagnosi genetica);
- l'elettromiografia. Questo tipo di esame è ormai non più considerato significativo dal punto di vista dell'evidenza scientifica, dal momento che la conduzione nervosa in questo caso si mantiene spesso conservata. È comunque usuale che i protocolli di alcuni centri lo utilizzino inizialmente come screening iniziale tra le varie patologie neuromuscolari;
- la ricerca del gene SMN1, ovvero il gene della sopravvivenza del motoneurone, che codifica la proteina SMN e la cui ridotta presenza, o assenza, definisce in modo chiaro e definitivo la diagnosi.

In questa fase il medico rianimatore e l'infermiere pediatrico rappresentano i due poli che cooperano nel processo di cure; a questi si aggiungono il medico genetista, il tecnico di neurofisiopatologia, il neurologo, utili ai fini della definizione del quadro.

L'indagine specifica per la ricerca del gene SMN1 è possibile mediante lo studio di un campione di sangue venoso, inviato al centro di genetica precedentemente contattato.

La specificità e la peculiarità dell'esame comporta per l'infermiere la necessità di organizzare con il genetista i metodi e i tempi di esecuzione, alcune volte egli deve provvedere anche alla richiesta formale di un eventuale sistema di trasporto adeguato del campione biologico allo stesso centro interessato allo studio: la competenza relazionale e la capacità di pianificare dell'infermiere diventano aspetti essenziali nella prima parte dell'organizzazione specifica ai

fini diagnostici, e questo soprattutto perché riguarda un momento così delicato e decisivo dell'iter diagnostico del bambino.

È però interessante verificare come l'infermiere esprima ancora in questa fase alcune attività che non hanno un peso assistenziale tale da richiedere una così elevata valenza professionale. Tra queste ricordiamo: la compilazione dei moduli di richiesta dell'esame, il trasporto del campione, l'eventuale contatto con sistemi in grado di organizzare i trasporti di materiali biologici. È in tutti questi casi che si ritiene opportuno evidenziare che non è assolutamente rilevante l'essenzialità dell'intervento del professionista infermiere, bensì risulta evidente come questi possano risultare trasferibili ad altri operatori, con la totale assunzione di responsabilità su chi le effettua.

Momento fondamentale, di elevata competenza tecnica/relazionale è invece quello relativo all'esecuzione del prelievo venoso.

Durante questa «tecnica», infatti, il bambino, che vive una fase di sviluppo definita da J. Piaget di «adattamento», si scontra con una delle realtà purtroppo tra le più frequenti e dolorose. La ricerca della vena per il prelievo può diventare un momento altamente stressante per il piccolo con difficoltà respiratoria, ventilato artificialmente, o meno che sia.

La competenza dell'infermiere in questa procedura risulta perciò finalizzata a:

- identificare il momento adatto:
 - capacità di saper programmare le attività coniugando le necessità tecniche con i bisogni del bambino;
 - necessità di non sottoporre il bambino ad uno stress ulteriore in caso di episodi di desaturazione, pianto, ...
- evitare il dolore inutile:
 - applicare il protocollo per la gestione del dolore;
 - scegliere con cura il sito del prelievo;
 - accorpate più indagini insieme in modo da escludere procedure inutili;
 - evitare il contenimento fisico;
 - far assistere la mamma all'esecuzione della tecnica così da garantire il soddisfacimento del bisogno di sicurezza del bambino;
- eseguire correttamente la tecnica:
 - scegliere l'ago idoneo, osservare le norme di asepsi, identificare il tipo di provetta;
 - praticare il prelievo evitando possibili traumatismi della vena, eseguire una adeguata compressione così da evitare la formazione di ematomi o stravasi,...;
 - introdurre il sangue prelevato nell'apposita provetta avendo cura di non creare coaguli;
- garantire un approccio relazionale che prenda in considerazione il reale stato di sviluppo psicomotorio del bambino, quindi la sua sfera emozionale.

Quanto definito rende esplicito che, nell'ambito delle indagini diagnostiche l'infermiere non può porsi come mero esecutore, ma come interlocutore privilegiato, stante la specifica competenza, frutto di una formazione specifica.

L'ipotesi di addurre questa parte del processo di cure ad altri professionisti, quali ad esempio il medico, risulta quindi un'erogazione di una prestazione professionalmente incompleta e un'offerta assistenziale priva di quel valore aggiunto che si identifica nella capacità propria dell'infermiere di soggettivizzare l'approccio finalizzandolo allo specifico bambino che ha in cura.

2. La comunicazione della diagnosi ai genitori

Il momento della comunicazione della diagnosi ai genitori è generalmente anticipato da periodiche comunicazioni preparatorie.

Il bambino in questa fase continua a manifestare un elevato grado di instabilità della condizione fisica, la sua dipendenza nel processo di cure, e quella dei suoi genitori, è pressoché totale anche a causa della mancanza di conoscenza della patologia. Questo elevato grado di incertezza fa in modo che, anche per quanto riguarda il grado «comprensione/scelta», sia quasi totalmente deficitaria la capacità di autodeterminarsi.

Durante questo periodo si fa forte il coinvolgimento dell'intera équipe: tale situazione, se non ben dimensionata, rischia di arrecare danni irreparabili a coloro i quali cercano dal gruppo assistenziale un elevato grado di competenza e di maturità emotiva, tra tutti i genitori.

Questa maturità serve a trasformare i sensi di colpa, che i genitori sentono per avere procreato un bambino malato, in capacità di comprendere e condividere i bisogni del proprio piccolo. In capacità di *patire* con lui.

La competenza dell'infermiere è forte nella sfera relazionale: per questo motivo è in grado di stabilire, di concerto con il medico, quando e come comunicare la diagnosi.

L'infermiere è, in questo momento, probabilmente, il professionista che più di altri ha una formazione che gli permette di instaurare una relazione empatica con i genitori, che più degli altri sa coniugare tempi e momenti assistenziali durante i quali offrire le proprie conoscenze e capacità, al fine di sfrondare i tanti dubbi e incomprensioni che non sempre vengono esternate, e questo grazie a una vera e propria pianificazione della comunicazione.

La competenza dell'infermiere in questa fase è tale anche da comprendere se la comunicazione è stata realmente percepita o se è necessario che il medico, insieme ad altri operatori quali il genetista e lo psicologo, debba riaffrontare il tema e ripuntualizzarlo. Spesso l'infermiere funge da traduttore, offrendo ai parenti del piccolo paziente uno strumento comunicativo più chiaro e comprensibile, oltre alla possibilità, dato il rapporto di fiducia e di capacità empatica, di fare quelle domande aggiuntive che mai sarebbero state rivolte se la situazione fosse avvenuta con un diverso approccio.

Da quanto detto si realizza che la figura dell'infermiere in questa fase del processo di cure deve essere quanto più presente. Nessun'altra professione può in questo momento supplire agli ambiti sopra descritti. Alta motivazione professionale è possibile riscontrare in quell'infermiere che riesce ad essere tanto utile in un così delicato momento.

3. *La consulenza del comitato di bioetica*

Una volta ottenuta la diagnosi, per quanto preannunciata, il dilemma etico va a colpire i genitori che si sentono portati a tutelare il loro bambino proteggendolo da ulteriori sofferenze.

Si crea la necessità di aiutare i genitori ad affrontare il problema della presa in carico di decisioni così drammatiche: andare avanti con la medicina?

A questa domanda possiamo dare una risposta coinvolgendo un organo che più di altri sa dare delle risposte *super partes* in così delicate questioni: il comitato di bioetica.

Ci troviamo in questa fase davanti ad un bambino che ha ancora un'instabilità delle funzioni vitali di grado elevato e a dei genitori che hanno cominciato a comprendere ma che non hanno autonomia di cure nei confronti del figlio, visto la precarietà delle condizioni esplicitata da episodi quali la possibile estubazione, l'eventuale desaturazione,...

E la commissione di bioetica è una conquista fondamentale nel mondo della medicina, in modo particolare nell'area critica.

La relazione infermiere-genitore, in questa fase, è incentrata nella ricerca delle reali emozioni e dei reali bisogni genitoriali di fronte alla necessità di sapere cosa è «accanimento terapeutico».

La competenza relazionale e di cura dell'infermiere diventa l'anello, altrimenti mancante, attraverso il quale la commissione di bioetica si avvicina ai bisogni del bambino, traducendoli in termini verbali oggettivi che nel caso contrario rimarrebbero inascoltati.

La capacità decisionale dell'infermiere sta nel non cedere il passo ad altri professionisti, forte della consapevolezza di questo suo importante ruolo, al fine di aiutare i consulenti nel prendere delle decisioni il più possibile a misura dei bisogni di quello specifico bambino malato.

4. *La pianificazione dell'assistenza infermieristica*

Generalmente la commissione dà mandato di migliorare la qualità di vita del piccolo paziente ma: come farlo? Quali sono le cose, gli atti, le circostanze che possono determinare una modifica positiva?

Lo strumento fondamentale, di specifica pertinenza infermieristica che può aiutare nel garantire una oggettiva valutazione dei bisogni del piccolo, in funzione anche del nuovo mandato, è il piano di assistenza.

La situazione generale che l'infermiere si trova a ridefinire ha, da una parte, il bambino proiettato verso una situazione assistenziale che tende alla cronicizzazione e, dall'altra, i genitori che stanno finalmente prendendo atto di quanto sta accadendo.

Ancora adesso, di fronte ad un grado di comprensione/scelta relativamente più alto, vi è un livello di autonomia pari a zero. Il piano di assistenza tenderà perciò alla risoluzione dei bisogni fisiologici del bambino, mediante la concre-

ta realizzazione della presa in carico dell'attività assistenziale da parte del genitore, e questo proprio in funzione di quanto affermato nella premessa: la sola certezza di arrivare alla risoluzione dei bisogni del piccolo la si può avere nel momento in cui si soddisfa il bisogno di sicurezza e di amore.

La competenza infermieristica è la garanzia di riuscita e l'infermiere ne risulta l'unico responsabile.

La possibilità di affrontare i problemi e di pianificarne una sorta di risoluzione, nonostante la patologia, dà al professionista infermiere una forte spinta motivazionale, che lo porta ad attivarsi verso nuove soluzioni, che lo stimola a effettuare verifiche continue sul proprio operato, quindi sul vissuto del soggetto delle cure.

Ecco che allora il piano di assistenza può fungere da strumento che aiuta il professionista a vivere in positivo la realtà assistenziale anche quando ha di fronte un bambino con una patologia a prognosi infausta e, in modo particolare, ad allontanare la possibilità di burnout.

Il piano di assistenza inoltre viene considerato dal genitore come uno strumento atto a garantire la continuità delle cure e a prevenire i rischi legati all'attuale stato di salute del bambino, utilizzato da professionisti competenti che offrono una nuova e/o ulteriore immagine di fiducia. L'instaurarsi della fiducia è il punto nodale sul quale si può instaurare l'inserimento del genitore nel processo di cure, caratterizzato da alcune semplici procedure, che nel tempo diverranno più complesse, che servono a dare di nuovo al genitore la sicurezza necessaria per tornare a «rimpossessarsi» del proprio figlio.

Nella nostra pianificazione dell'assistenza quindi ancora una volta ripartiamo dalla necessità di soddisfare *in primis* il bisogno di amore e sicurezza in una situazione in cui i bisogni del bambino stanno evolvendo verso una situazione di stabilità. Nel contempo sarà possibile valutare il grado di riappropriazione, da parte delle figure di riferimento, del bambino: l'infermiere è quindi pronto a ridefinire il suo ruolo, demandando alcune attività al genitore che, più di qualsiasi altro professionista, vede nel piccolo paziente la reale centralità del processo di cure.

La pianificazione dell'assistenza verterà sulla soddisfazione dei bisogni del bambino, tra questi:

– *bisogno di amore e sicurezza.*

Come abbiamo già detto, per fare in modo di arrivare alla risoluzione di questo bisogno, l'infermiere ha la necessità di applicare una nuova organizzazione delle attività assistenziali. Si evidenziano in questa fase le peculiari competenze organizzative/manageriali che lo portano a riorganizzare il lavoro dell'intera équipe (orari della visita medica, medicazioni, trattamenti in elezione, interventi d'elezione, sanificazione dei locali; la forte esperienza clinica di base pediatrica, nonché l'alta discrezionalità nel decidere una diversa ripartizione del lavoro e delle attività da eseguire con quel e per quel bimbo).

Ciascuno di questi elementi evidenziati non ha la possibilità di essere delegabile, né demandabile a nessun'altra figura professionale.

In questa fase specifica l'infermiere può ritrovare un alto livello motivazionale e questo grazie al riconoscimento dei vissuti emozionali madre-bambino, e al riconoscimento del diverso modo di vivere l'ospedalizzazione da parte del piccolo paziente, che, ritrovata la madre, sembra non avere bisogno di altro.

Naturalmente l'inserimento dei genitori all'interno dell'organizzazione, quindi la pianificazione dell'assistenza, costa un utilizzo elevato di energie, ma quelle spese nella «formazione» vengono ad essere risparmiate grazie alla nuova situazione emotiva e psicologica nella quale il bambino accetta senza troppe reazioni negative le «imposizioni» della scienza medica (ventilazione meccanica, postura obbligata, rumore, etc).

Ancora oggi, purtroppo si attribuisce al fattore «tempo» l'unico motivo per il quale non sembra possibile prevedere l'ingresso nei reparti di terapia intensiva dei genitori.

Per anni invece i parenti sono stati considerati quasi degli «untori» e, con la scusa, ormai anacronistica, delle infezioni sono stati tenuti al di fuori del contesto assistenziale.

L'evidenza scientifica infermieristica e medica è invece ormai concorde nell'affermare che laddove il corpo infermieristico ha un'elevata competenza tecnica e relazionale il genitore viene ad essere parte integrante della realtà di cura.

E di questo ne beneficia soprattutto il paziente, quindi i risultati del piano di cura.

– *Bisogno di respirare*

È in questo caso garantito dalla possibilità di tracheotomizzare il bambino in elezione, così da ridurre i rischi legati ad un'intubazione prolungata, garantirgli una buona ventilazione, aspirare le secrezioni che si accumulano a causa dell'impossibilità ad eseguire una tosse produttiva.

La preparazione alla tracheostomia ha, in questo caso, una doppia valenza: da una parte l'impegno è volto al bambino nel cercare la canula giusta, la dimensione giusta, di prevenire le infezioni,...

Dall'altra parte vi è invece una vera e propria attività di supporto nei confronti dei genitori che spesso pensano all'applicazione della protesi respiratoria secondo alcuni preconcetti culturali.

Per questo motivo l'infermiere con il medico deve saper informare riguardo ai perché della procedura stessa. In modo particolare l'elevata esperienza di base dell'infermiere può guidarlo nella scelta di far conoscere ai genitori del piccolo altre situazioni più o meno analoghe, chiedendo in questo caso il supporto di altre famiglie – o di associazioni- che hanno già affrontato il problema. Si ritiene comunque indispensabile la presenza dell'infermiere durante la comunicazione della procedura quale interlocutore privilegiato.

– *Bisogno di nutrirsi*

Il bisogno di nutrizione rappresenta per il piccolo paziente un modo di

relazionarsi con il mondo esterno. Anche per questo motivo si tende a dare la possibilità al bambino di mantenere la suzione di piccole quantità di nutriente anche quando si attua la nutrizione parenterale totale o la nutrizione enterale magari tramite sonda gastrostomica.

Questo atto può rappresentare il primo momento di presa in cura del bambino da parte della madre. Per la madre la possibilità di occuparsi dell'alimentazione, anche se somministrata in modo «artificiale», dal punto di vista emotivo garantisce lo svolgimento reale della sua funzione primaria.

L'infermiere la educa a questo nuovo, così particolare, contatto. Il processo di educazione andrà in alcuni casi da una rapida spiegazione dell'anatomia (utile per rendere edotti i genitori sul rischio di ab ingestis), alla esplicitazione della tecnica a cui si ricorre, alla prevenzione delle complicanze.

L'elevata competenza relazionale, nonché il rapporto di fiducia ormai instauratosi offre in questo momento una forte motivazione dell'infermiere che può misurare, quindi valutare, il raggiungimento di un primo obiettivo verso l'autonomia.

Questo tipo di attività educativa, data l'elevata valenza relazionale, trova ancora una volta l'infermiere a fianco del genitore e del bambino, in un ruolo di sostenitore del processo di «riappropriazione» di cui lui per primo è responsabile.

– *Mantenere integra cute e mucose*

È un'altra parte essenziale che vede coinvolti i genitori non tanto per il bisogno in sé, quanto per la possibilità di rieducarli ad una corretta e sana «manipolazione».

Durante questa tecnica demandata al genitore, è importante garantire un livello di sicurezza elevato per entrambi i soggetti sottoposti alla osservazione responsabile dell'infermiere.

Tale livello si ottiene educando il genitore ad effettuare movimenti corretti e non bruschi, offrendogli aiuto e indicandogli gli atti che più gratificano e quelli che più possono mettere a rischio il piccolo.

Forte è il potere decisionale che ha l'infermiere nel decidere quando inserire il genitore nel processo di cure e su quali atti fargli svolgere prioritariamente.

Alta è la discrezionalità con la quale viene deciso di sospendere la prestazione svolta o il processo di inserimento (peggioramento dello stato del bambino), sapendo quanto questa evenienza possa determinare la necessità di ricominciare da capo.

L'infermiere ancora una volta è responsabile dell'intera decisione di demandare tali interventi.

È in questa specifico bisogno che si può avvicinare il genitore alle tecniche di massaggio del corpo del bambino, utili sia allo scopo di stimolare sensorialmente il piccolo paziente che a riattribuire al contatto corporeo la giusta valenza di scambio di emozioni e vissuti. Accanto a questa tecnica si evidenzia la necessità per i bambini colpiti da questa patologia, di essere sottoposti all'idroterapia. Con questo termine si definisce una procedura che si attua mediante l'immersione del piccolo in acqua calda durante la quale si stimo-

la il bambino a fare dei piccoli esercizi, avendo cura di lasciare madre e bambino da soli e di regolare la fonte di luce se artificiale, così da mantenere una situazione di riduzione del disagio al piccolo. L'immersione aiuta il bambino nel movimento perché riduce lo sforzo muscolare, la temperatura dell'acqua e il massaggio materno lo rilassano favorendo il sonno. La madre subisce una spinta emotiva di forte entità, che se ben guidata l'aiuta a cercare di ripetere l'applicazione di questa tecnica.

La competenza decisionale nello stabilire la possibilità di effettuare tale prestazione è resa possibile grazie all'elevata esperienza di base dell'infermiere pediatrico che sa riconoscere quando non siano presenti segni di rischio per il paziente: desaturazione, tachicardia, febbre, tubo endotracheale non perfettamente fissato, ferita tracheostomica ancora non in perfetto ordine,...

La competenza tecnica è quindi manifestata dalla capacità di educare la madre a tenere il bambino in acqua nonostante il set dei tubi collegati al respiratore e a riconoscere i segni precoci di eventuale stress.

L'esperienza legata alla tecnica dell'idroterapia ha un forte impatto emotivo anche nel personale infermieristico che vede un coinvolgimento pressoché totale della «coppia».

5. *Il programma educativo*

Una volta affrontate queste prime fasi, il genitore sarà pronto ad essere iniziato al vero e proprio programma educativo che è teso a formarlo nei seguenti punti:

- la gestione della tracheotomia:
 - detersione del foro della tracheo;
 - sostituzione della tracheometallina e della fettuccia di bloccaggio;
 - valutazione di eventuali segni di flogosi della ferita;
 - valutazione dell'integrità della cute del collo;
 - gestione dell'emergenza respiratoria.

- Igiene del cavo orale:
 - eliminazione delle secrezioni;
 - pulizia del cavo;
 - valutazione se segni di flogosi o mugghetto;
 - valutazione dello stato delle gengive.

- broncoaspirazione:
 - aspirare le secrezioni rispettando le norme igieniche e prevenendo i traumi della mucosa
 - valutare la quantità e la qualità delle secrezioni
 - eseguire i «lavaggetti» in caso di secrezioni dense

- Somministrazione dei nutrienti:

- preparare il nutriente in modo pulito;
- valutare il corretto posizionamento del sondino;
- valutare la presenza del ristagno gastrico;
- conoscere la tecnica del «gavage»;
- pulire il foro della PEG, o sostituire il SNG.

– Cure igieniche:

- effettuare il bagnetto
- evitare l'ipotermia
- curare l'idratazione
- valutare i segni patologici della pelle

– controllo del respiratore automatico, della saturazione di ossigeno, dei segni di distress respiratorio, sostituzione dei set e dei filtri dei respiratori, pulizia dell'aspiratore, ...

Tutto questo progetto è possibile quando il grado di comprensione/scelta dei genitori è pressoché totale, così da poter acquisire la completa autonomia gestionale della situazione legata al bisogno di cure.

Risulta forte il legame professionale tra l'infermiere con elevate capacità relazionali e educative soprattutto nel momento formativo che vede coinvolti i genitori.

In tutto questo risulta evidente la necessaria formazione specifica dell'infermiere al quale viene richiesto sia una competenza in area critica, sia una formazione in campo pediatrico.

Conclusioni

È nostra convinzione che l'evoluzione dell'assistenza al bambino sia basata, in modo prioritario, su un concetto che ci piace definire «*l'assistenza partecipata dei genitori*», e che questa risponda ad un livello di competenze tecniche, educative, relazionali dell'infermiere talmente elevato da arrivare a garantire al bambino «*l'affettuosa professionalità dell'infermiere supportata dalle cure amorevoli del genitore*».

Bibliografia

Nutrizione enterale e parenterale

- NAPOLITANO L.M., BOCHICCHIO G., *Enteral feeding of the critically ill. Current Opinion in Critical care* 2000; 6:136-42.
- MARIK P. E., ZALOGA G.P., *Early enteral Nutrition in acutely ill patients: a systematic review*, *Critical Care Medicine* 2001; 29(12):2264-69.
- M.F. HAZINSKI, *Nursing Care of the Critically Ill Child*, Mosby Year Book 1992.
- P. DI GIACOMO, L.A. RIGON, *Assistenza infermieristica e ostetrica in area materno-infantile* CEA 2002.

Tracheotomia - Ventilazione Invasiva e non invasiva

- M.F. HAZINSKI, *Nursing Care of the Critically Ill Child*, Mosby Year Book 1992.
- J. BACH, *Noninvasive Ventilation Can Prolong Life in SMA*, *Pediatric Pulmonology*, 2002.
- M. LYON, *Reasons for Living With ALS*, Alsa Ed., 1998.
- America Academy of pediatrics, *What is a Pediatric Critical Care Specialist?* 2002.

Etica

- E. SGRECCIA, *Manuale di Bioetica*, Vita e pensiero Ed. 1991.
- R. DE PONTICELLI, *L'ordine del cuore – Etica e teoria del sentire*, Garzanti Ed. 2003.

Mobilizzazione e prevenzione infezioni polmonari

- M.F. HAZINSKI, *Nursing Care of the Critically Ill Child*, Mosby Year Book 1992.
- AA.VV. *Postural drainage therapy*, AARC Clinical Practice Guideline, *Respiratory Care* 1991; 36:1418-26.
- J.E. LUTZ, *Oral care for the patient with ALS: A Guide for the Caregiver*, ALS Association, 2002.
- S. HARBARTH et al., *Compliance with hand hygiene practice in pediatric intensive care*. Annual Meeting of the Society of healthcare epidemiology of America, Toronto, Canada 2001.

Assistenza infermieristica e genitori

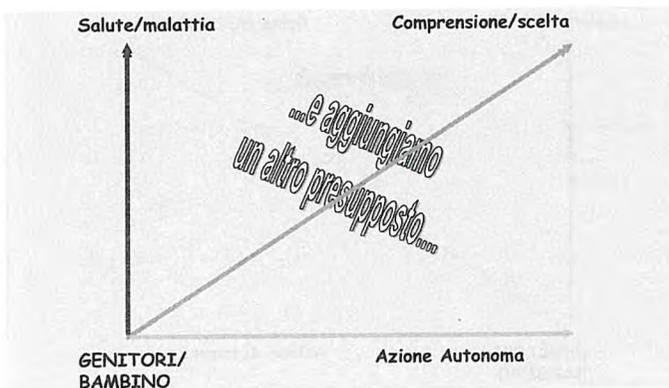
- C. ARMON, *ALS 1996 and Beyond: New Hopes and Challenges. A manual for patients, families, and friends*, Third Edition, 2003, Loma Linda University Adventist Health.
- America Society of Critical Care, *Intensive Care Unit: Question and Answer, Critical Illness* Conditions that may bring your loved one into the ICU or that may develop while in the unit, 2002.
- P. DI GIACOMO, L.A. RIGON, *Assistenza infermieristica e ostetrica in area materno-infantile*, CEA 2002.

Siti internet consultati:

- www.famiglie.ma.org
- www.telethon.it/
- www.politichecomunitarie.it/
- www.sccm.org
- www.icu-usa.com
- www.cityofhope.org
- www.patientspartner.com
- www.selfhelpweb.org
- www.mayoclinic.com
- www.partnershipforaring.org
- www.cochrane.org
- www.Evidencebasednursing.it



1



2

OBIETTIVO

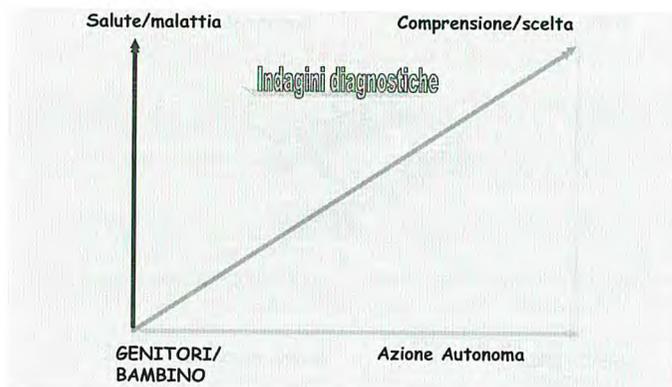
Esplicitare i passi principali che forniscono all'infermiere l'opportunità di restituire al genitore indipendenza e autonomia



3



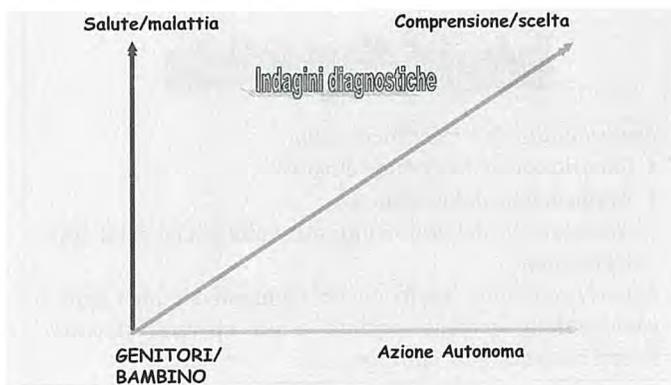
4



5

3ª Fase: Intensività Assistenziale ed attività educativa	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indagine diagnostica ▪ Ricerca del gene SMN1 ▪ Effettuazione prelievo ▪ Biopsia muscolare ▪ EMG <p>AA.VV., <i>Neurology Disorders</i>, 2000</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medico ▪ Infermiere ▪ Genetista ▪ Tecnico Neurof. <p>COMPETENZE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esperienza clinica per la preparazione e assistenza nella fase diagnostica • Capacità di pianificazione • Capacità relazionale • Capacità tecnica

6



7

Indagini diagnostiche

RICHIESTA CARTACEA/COMPUTERIZZATA

- In questa fase non c'è necessità di assistenza infermieristica diretta
- Attività *generica* trasferibile ad altre figure con assunzione di responsabilità di chi le effettua

8

Indagini diagnostiche

ESECUZIONE PRELIEVO EMATICO

- In questa fase c'è totale necessità di assistenza infermieristica diretta:
 - ↳ Aspetto tecnico
 - ↳ Aspetto relazionale
- Attività *specificata* non trasferibile ad altre figure

9

Indagini diagnostiche

- *Decisionalità* dell'infermiere sulla:
 - Pianificazione dell'esame ematico
 - Applicazione della tecnica
 - Applicazione del protocollo sulla valutazione del dolore del bambino
- *Supervisione* sulle condizioni del bambino durante l'applicazione delle tecniche eseguite da altri operatori (tecnico neurofisiopatologia, chirurgo, ...).

10

Indagini diagnostiche

**competenza decisionale
condivisa
con altri professionisti**

11

ARRIVA LA DIAGNOSI: SMA

COMUNICAZIONE MEDICA

- *Malattia a carattere recessivo con degenerazione dei motoneuroni delle corna anteriori del midollo spinale.*
- Insufficienza respiratoria.
- Deficit motori

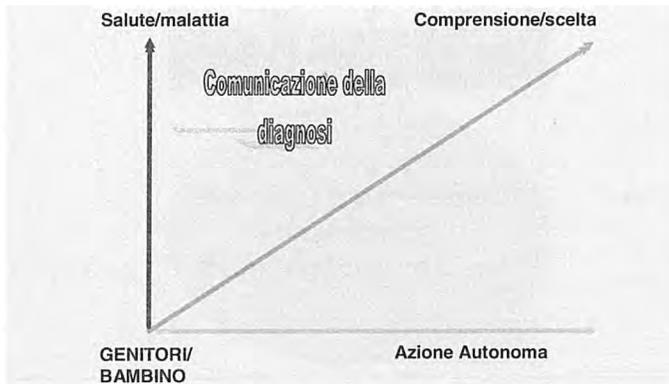


TRADUZIONE INFERMIERISTICA

Il bambino manifesta una malattia che dà debolezza e questo gli causa una riduzione della massa muscolare del tronco e degli arti. Per questo motivo *suo figlio* ha una difficoltà respiratoria e non si muove bene.

Art. 4.2 Codice Deontologico

12



13

3ª Fase: Intensività Assistenziale ed attività educativa	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Comunicazione della diagnosi ai genitori</i> <p><i>Patto infermiere cittadino</i> <i>Codice Deontologico</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Medico</i> ▪ <i>Infermiere</i> ▪ <i>Psicologo</i> ▪ <i>Genetista</i> ▪ COMPETENZE • Relazione empatica: <ul style="list-style-type: none"> • Identificazione momento e luogo idoneo • Verifica comprensione problema

14

**Comunicazione della
diagnosi**

Nella fase della comunicazione della diagnosi la necessità della relazione infermiere-genitore/bambino non può essere trasferita a nessuna altra figura.

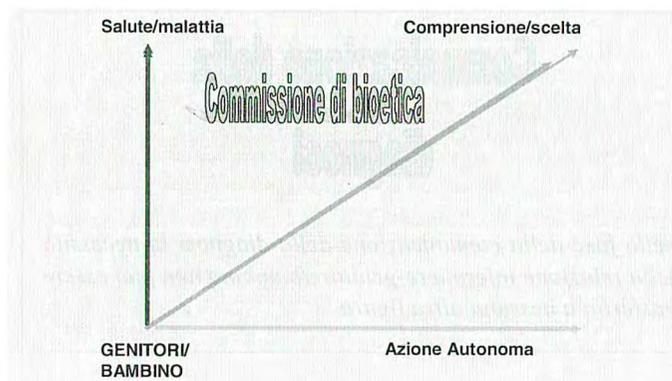
15



16



17



18

3 ^a Fase: Intensività Assistenziale ed attività educativa	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Commissione di bioetica</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificazione del bisogno genitoriale ▪ Compilazione richiesta modulo di consulenza ▪ Collaborazione durante l'effettuazione della consulenza <p>E. SGRECCIA, <i>Manuale di bioetica, Vita e Pensiero</i> 1991</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Genitori</i> ▪ <i>Infermiere</i> ▪ <i>Medico</i> <p>COMPETENZE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conoscenza clinica del bambino • Canale privilegiato della conoscenza del vissuto genitoriale (art. 3.2 C.D.) • Conoscenza della documentazione

19

Commissione di bioetica

È di assoluta rilevanza la competenza *dell'esperienza assistenziale* dell'infermiere.

Tale competenza non è sovrapponibile a quella di nessun altro professionista.

20

Commissione di bioetica

Quali competenze sono richieste:

- Competenza clinica
- Capacità di valutazione dei bisogni del bambino
- Capacità relazionali

Competenza decisionale condivisa con altri professionisti

21



22



23

3ª Fase: Intensività Assistenziale ed attività educativa	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Rivalutazione del piano di assistenza</i> • Raccolta dati • Individuazione bisogni assistenziali • Individuazione delle priorità • Pianificazione dell'assistenza <p>P. DI GIACOMO, A. RIGON, <i>L'assistenza infermieristica e ostetrica in area materno infantile</i>, CEA 2002 AA.VV., <i>Neuromuscular Disorders 1</i>, 2002</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Infermiere</i> ▪ COMPETENZE • Esperienza clinica di base • Competenza nella pianificazione • Alta discrezionalità nelle decisioni • Conoscenza della documentazione

24

Rivalutazione del piano di assistenza

PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE

- La pianificazione è attività *esclusiva* dell'infermiere non trasferibile, con totale assunzione di responsabilità di chi la effettua; supervisione solo tra pari.
- Forte *riconoscimento* delle figure genitoriali

25

Rivalutazione del piano di assistenza

- Forte *motivazione e valorizzazione* dell'infermiere in quanto figura della continuità assistenziale
- La competenza clinica gli permette di prevedere, quindi prevenire, le situazioni di rischio anche emozionale: salvaguardia del bisogno di sicurezza per i genitori

26



27

3ª Fase: Intensività Assistenziale ed attività educativa	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soddisfazione del bisogno di amore e sicurezza ▪ riorganizzazione delle attività assistenziali ▪ inserimento del genitore <p>P. DI GIACOMO, A. RIGON, <i>L'assistenza infermieristica e ostetrica in area materno infantile</i>, CEA 2002 Carta di Each, <i>Patto infermiere cittadino</i> <i>Codice deontologico</i> ▲</p>	<p><i>Infermiere & Infermiere Coordinatore</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ COMPETENZE • Competenza organizz./manageriale • Esperienza clinica di base • Comp. nella pianificazione • Alta discrezionalità nelle decisioni • Competenza relazionale

28

soddisfazione bisogno di
amore e sicurezza

Riorganizzazione dell'assistenza

Quali competenze sono richieste:

- Competenza organizzativa
- Capacità di valutazione dei bisogni del bambino e dei genitori
- Capacità relazionali
- Conoscenza della pianificazione del lavoro

Capacità decisionale propria

29

soddisfazione bisogno di
amore e sicurezza

- Forte *motivazione* dell'infermiere che si pone come il professionista capace di far recuperare il rapporto genitore/figlio e nel riconoscimento dei bisogni/vissuto genitoriale.

30

**soddisfazione bisogno di
amore e sicurezza**

INSERIMENTO DEI GENITORI

L'elevata competenza tecnica e relazionale permette l'inserimento del genitore, da sempre considerato «elemento di disturbo» del processo assistenziale.

31

3ª Fase: Intensività Assistenziale ed attività educativa	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soddisfazione bisogno di respirare: tracheostomia ▪ Preparazione dei genitori ▪ Preparazione del bambino ▪ Scelta della cannula tracheostomica ▪ Accordi con il reparto operatorio <p><i>Patto infermiere cittadino Codice deontologico A.A.V.V., Postoperative management of pediatric tracheostomy, ORL Surgery, May 2000</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Medico</i> ▪ <i>Infermiere & Infermiere Coordinatore</i> <p style="text-align: center;">↻</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ COMPETENZE ▪ Competenza organizz./manageriale • Esperienza clinica di base • Competenza nella pianificazione • Competenza relazionale

32

**soddisfazione bisogno di
amore e sicurezza**

PREPARAZIONE DEI GENITORI

- La preparazione dei genitori è attività *condivisa* tra medico e infermiere
- Per la propria sfera di competenza non è trasferibile, vi è totale assunzione di responsabilità su quanto avviene; supervisione solo tra pari.
- Forte *motivazione* dell'infermiere che si pone come il professionista capace di modificare il *preconcetto*.

33

soddisfazione bisogno di respirare

PREPARAZIONE DEL BAMBINO

La preparazione del bambino è attività *esclusiva* dell'infermiere.

- Elevata capacità tecnica, supportata da conoscenza dell'evidenza scientifica, volta alla prevenzione dell'insorgenza delle infezioni
- Non è trasferibile, vi è totale assunzione di responsabilità su quanto avviene; supervisione solo tra pari



34

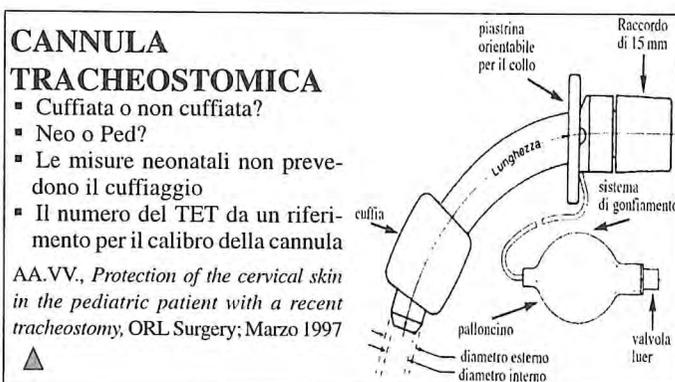
soddisfazione bisogno di respirare

SCelta DELLA CANNULA

- La scelta della cannula è *condivisa* tra il medico specialista e l'infermiere, che ne cura il reperimento e ne garantisce la possibilità di eventuale sostituzione d'urgenza.
- Le attività proprie dell'infermiere in questa situazione assistenziale sono trasferibili soltanto per quanto riguarda l'effettuazione della richiesta cartacea/computerizzata, vi è totale assunzione di responsabilità sulla presenza in reparto.



35



36

**soddisfazione bisogno
di respirare**

ACCORDI CON IL REPARTO OPERATORIO

- Capacità relazionale
- Capacità di pianificazione
- Non è trasferibile, vi è totale assunzione di responsabilità su quanto avviene;
supervisione solo tra pari.

▲

37

3ª Fase: Intensività Assistenziale ed attività educativa	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Soddisfazione bisogno di nutrizione: dalla NPT alla nutrizione enterale</i> ▪ Informazione ai genitori ▪ Tecnica di somministrazione ▪ Scelta sondino/PEG ▪ Scelta del nutriente ▪ Accordi con il reparto operatorio <p><i>Patto infermiere cittadino</i> <i>Codice deontologico</i> ▲ <i>Linee guida SINPE</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Medico</i> ▪ <i>Infermiere</i> <p>COMPETENZE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Competenza tecnica • Esperienza clinica di base • Competenza nella pianificazione • Competenza relazionale

38

**soddisfazione bisogno
di nutrizione**

**INFORMAZIONE AI GENITORI
LA NUTRIZIONE RAPPRESENTA
DA SEMPRE UN MOMENTO
TRA I PIÙ SIGNIFICATIVI
DELLA RELAZIONE MADRE-BAMBINO**

▲

39

3ª Fase: Intensività Assistenziale ed attività educativa	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Bisogno di mantenere pulita ed integra la cute e mucose</i> ▪ Misure atte a prevenire le infezioni ▪ Tecnica di detersione e idratazione ▪ Valutazione della cute ▪ Variazione della postura ▪ Igiene del cavo orale <p>L.J. CARPENITO, <i>Piani di assistenza infermieristica e documentazione</i>, CEA 2000. DI GIACOMO, A. RIGON, <i>L'assistenza infermieristica e ostetrica in area materno infantile</i>, CEA 2002.</p>	<p>▪ <i>Infermiere</i></p> <p>▪ COMPETENZE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Competenza tecnica • Esperienza clinica di base • Competenza nella pianificazione • Competenza relazionale <p>Center of Disease Control and Prevention, Atlanta 1999.</p>

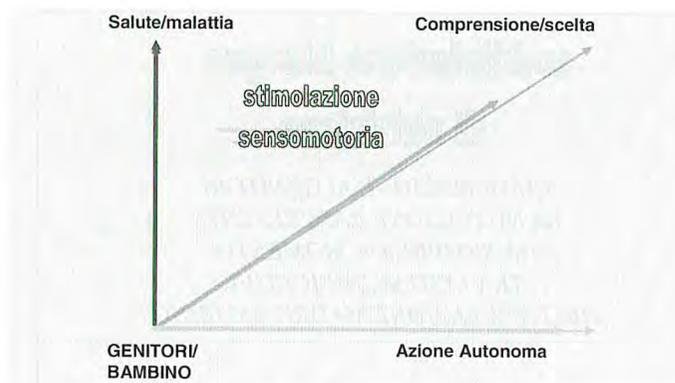
40

igiene e idratazione

Ancora in questa fase la cura del bambino è attività *esclusiva* dell'infermiere e non può essere trasferita ad altri.

- Elevata capacità tecnica, supportata da conoscenza dell'evidenza scientifica, volta alla prevenzione dell'insorgenza delle infezioni.
- Vi è totale assunzione di responsabilità su quanto avviene; supervisione solo tra pari
- Forte *motivazione*: stabilire un contatto corporeo/emozionale tale da «vicariare» la funzione materna.

41



42

3 ^a Fase: Intensività Assistenziale ed attività educativa	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Bisogno di stimolazione sensoriomotoria</i> ▪ Prevenzione delle posture «patologiche» ▪ Prevenzione atelectasie ▪ Pianificazione fisioterapia Idroterapia ▪ Variazioni della postura ▪ Educazione al genitore tecniche di massaggio <p>L.J. CARPENITO, <i>Piani di assistenza infermieristica e documentazione</i>, CEA 2000. DI GIACOMO, A. RIGON, <i>L'assistenza infermieristica e ostetrica in area materno infantile</i>, CEA 2002.</p>	<p><i>Infermiere</i> <i>Fisioterapista motorio</i> <i>Fisioterapista respiratorio</i> <i>Genitori</i></p>  <ul style="list-style-type: none"> ▪ COMPETENZE ▪ Competenza tecnica ▪ Competenza educativa ▪ Esperienza clinica di base ▪ Competenza nella pianificazione ▪ Competenza relazionale

43

**stimolazione
sensomotoria**

TECNICA DI MASSAGGIO

La tecnica di massaggio del corpo del bambino è l'attività che permette di introdurre il genitore nell'attuazione del piano di assistenza. Inizia così l'attività educativa volta al genitore, competenza *esclusiva* dell'infermiere che non può essere trasferita ad altri. In questa fase non vi è ancora *delega* ma *collaborazione*.

44

**stimolazione
sensomotoria**

TECNICA DI MASSAGGIO

- Forte *motivazione* nel ripristinare il contatto corporeo/emozionale alla base del rapporto madre/bambino

45

3 ^a Fase: Intensività Assistenziale ed attività educativa	
Situazione Assistenziale	Professionalità-Organizzazione
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Educazione al genitore sui bisogni: sicurezza e amore, respiro, nutrizione, mobilità e igiene</i> ▪ L'A, B, C del contatto fisico ▪ La gestione della cannula tracheostomica, la broncoaspirazione, l'urgenza respiratoria ▪ La somministrazione del nutriente <p>▲</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infermiere ▪ COMPETENZE ▪ Competenze educative ▪ Competenze tecniche • Decisionalità • Competenze relazionali

46

educazione al genitore

La competenza educativa è *esclusiva*, non può essere trasferita ad altri, e l'infermiere è responsabile dei risultati ottenuti.

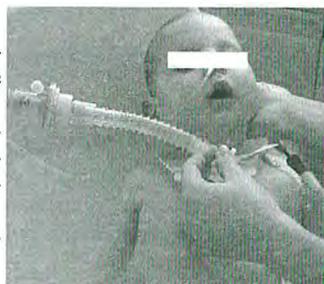
In questa fase si passa dalla collaborazione alla *delega* di alcuni *atti* assistenziali.

- Elevata capacità tecnica, supportata da conoscenza dell'evidenza scientifica.
- Forte *motivazione*: coinvolgere il genitore in un'ottica di dimissione precoce.

47

L'IDROTERAPIA

- Tecnica di stimolazione sensoriale che prevede l'immersione del bambino in acqua.
- Consente al bambino di applicare una minore fatica per svolgere i piccoli movimenti che ancora conserva.
- La sensazione dell'acqua favorisce il rilassamento



48

1° INSERIMENTO DEL GENITORE

Occorre ripristinare una relazione sana
Nessuna delega

2° OSSERVAZIONE PARTECIPE DEL GENITORE

La valutazione è rivolta al grado di comprensione dei reali
bisogni del bambino

49

3° PARTECIPAZIONE DEL GENITORE ALL'ASSISTENZA

Delega al genitore nell'effettuazione delle cure igieniche a
letto sotto stretta sorveglianza dell'infermiere

4° PARTECIPAZIONE DEL GENITORE ALL'ASSISTENZA = AUTONOMIA

Si valuta il rispetto della tecnica secondo il protocollo illu-
strato e il bisogno del bambino.

Supervisione dell'infermiere

50

**Si sta utilizzando la risorsa
infermiere in modo improprio?**

51

*Nella fase esaminata,
quali competenze servono all'infermiere*

- Sembra utile in questa fase un infermiere con *competenze pediatriche* e post-base acquisite con *master in Area Critica*.

52

«... perché il dolore, quanto più
è intimo e profondo,
invita a fuggire gli uomini
per ritrovare se stessi ...
Allora la solitudine,
paradossalmente
è d'obbligo:
perché si attui questa
comunione
che apre all'infinito».



Monsignor Piero Coda ne «Il dolore inutile» di S. Zavoli, Garzanti 2003

53

EDUCAZIONE SANITARIA AI GENITORI

A. PINZARI ⁽¹⁾, B.A. PORTANOVA ⁽²⁾

⁽¹⁾ Infermiera AFD. Coordinatore Infermieristico Dipartimento Medico Chirurgico di Cardiologia Pediatrica, Ospedale «Bambino Gesù» di Roma. Componente del Comitato Direttivo Aniarti

⁽²⁾ Infermiera AFD. Infermiera epidemiologa, Direzione Sanitaria, Ospedale «Bambino Gesù» di Roma

L'Educazione Sanitaria ai genitori di cui si vuole parlare, è quella che ha lo scopo di preparare gli stessi a gestire il proprio figlio con problemi a domicilio.

L'Educazione Sanitaria è inclusa come funzione di nursing nel profilo professionale.

D.M. n. 739/1994.

Profilo professionale dell'infermiere, art. 1:

«l'assistenza infermieristica preventiva, curativa e palliativa, è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'attività curativa dei malati e dei disabili di tutte le età, e *l'educazione sanitaria*».

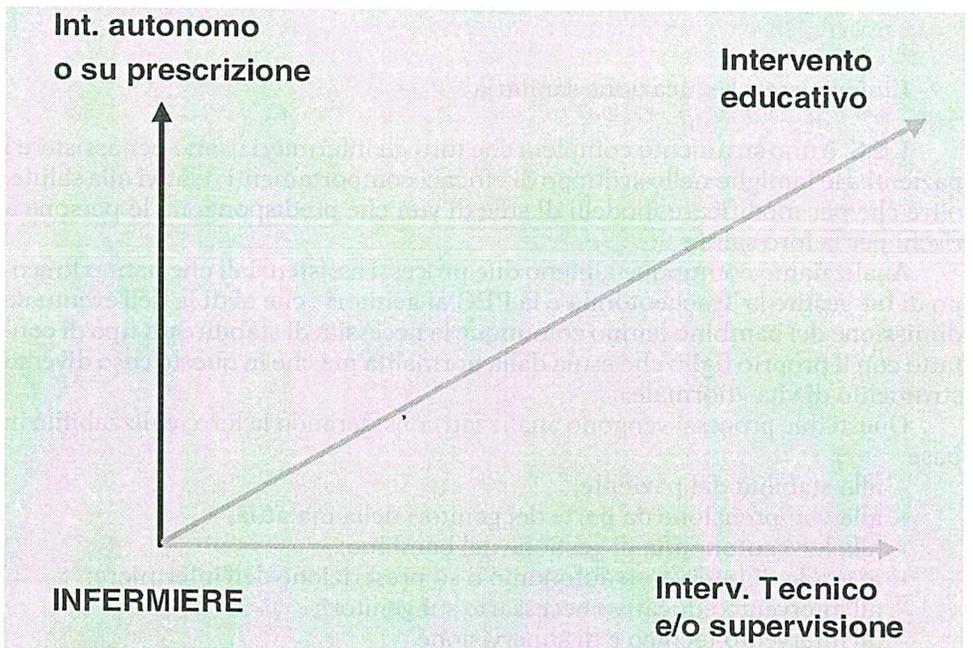
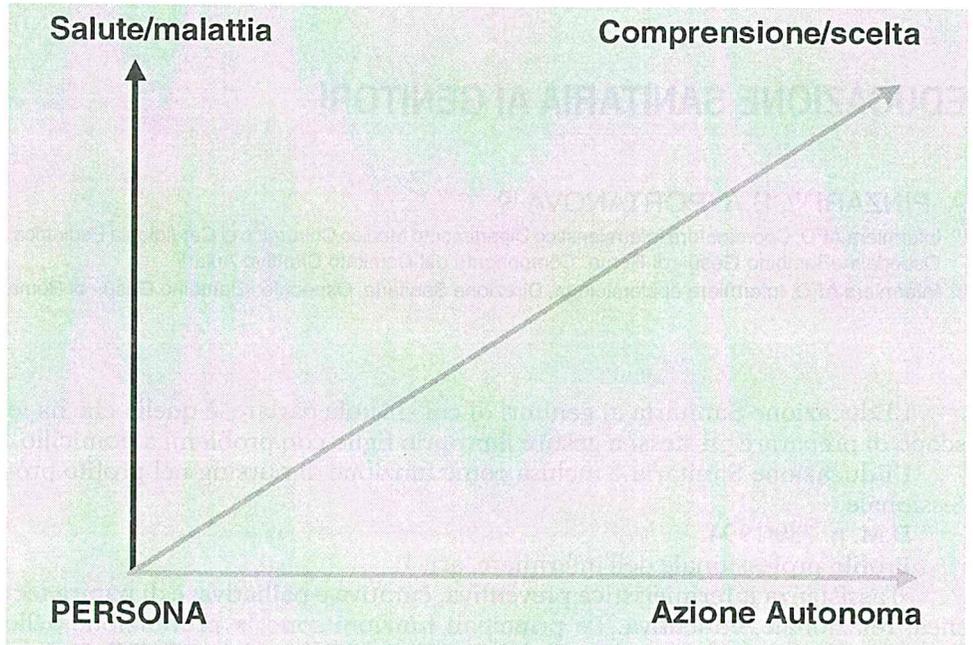
L'infermiere e l'educazione sanitaria

L'E.S. è uno strumento completo che tutti gli infermieri usano per assistere i pazienti e le famiglie nello sviluppo di efficaci comportamenti relativi alla salute, oltre che per modificare modelli di stile di vita che predispongono le persone a rischi per la loro salute

Analizziamo comunque almeno due processi assistenziali che hanno lo scopo di far gestire la Tracheotomia e la PEG ai genitori, che al di là dell'eventuale dimissione del bambino hanno comunque la necessità di stabilire un tipo di contatto con il proprio figlio che esula dalla normalità ma che in questo caso diventa strumento di vita «normale».

Questi due processi vengono analizzati considerando la loro realizzabilità in base:

- alla stabilità del paziente;
- alla comprensione da parte dei genitori della malattia;
- alla loro autonomia di gestione del bambino;
- al grado di intervento autonomo o su prescrizione dell'infermiere;
- all'intervento educativo necessario sui genitori;
- all'intervento tecnico e di supervisione.



EDUCAZIONE SANITARIA AI GENITORI DI UN PAZIENTE IN DIMISSIONE PROTETTA

FASI DI EVOLUZIONE DEL CASO	PERSONA	INFERMIERE	RICADUTE ORGANIZZATIVE
<p><i>Evento 1</i></p> <p>Aspirazione attraverso la tracheostomia</p>	<p><i>Azione autonoma</i></p> <p>Paziente stabile/dipendente</p>	<p><i>Supervisiona e verifica gli interventi intrapresi dal genitore</i></p> <p>L'infermiere con esperienza nel settore, con grandi capacità di relazione</p>	<p><i>Chi interviene</i></p> <p>I genitori del piccolo paziente che torna a casa in assistenza domiciliare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controllare il corretto funzionamento dell'aspiratore. - Scegliere il sondino per aspirazione idoneo al calibro della cannula tracheostomica. - Lavarsi accuratamente le mani con la tecnica del lavaggio antisettico. - Connettere il sondino di aspirazione al tubo di aspirazione. - Rimuovere il tracvent o la connessione con il ventilatore meccanico mantenendo ferma la cannula con la mano libera. - Introdurre il sondino di aspirazione all'interno della tracheostomia, tanto quanto è lunga la cannula. - Eseguire la manovra in maniera rapida, decisa e delicata, per evitare: una prolungata mancanza di aria e un trauma con irritazione della mucosa tracheale. - Terminata la manovra di aspirazione, riposizionare il tracvent o riconnettere la cannula tracheostomica al V.M. - Staccare il sondino dal tubo dell'aspiratore e procedere al suo lavaggio con una soluzione disinfettante, in modo da rimuovere le secrezioni aspirate. - Lavarsi accuratamente le mani.

EDUCAZIONE SANITARIA AI GENITORI DI UN PAZIENTE IN DIMISSIONE PROTETTA

FASI DI EVOLUZIONE DEL CASO	PERSONA	INFERMIERE	RICADUTE ORGANIZZATIVE
<p><i>Evento 1</i></p> <p>Aspirazione attraverso la tracheostomia</p>	<p><i>Comprensione/ scelta</i></p> <p>Paziente stabile/dipendente collabora durante le manovre assistenziali eseguite dai genitori</p>	<p><i>Intervento educativo: specificità</i></p> <p>Valutazione propria della procedura eseguita da entrambi i genitori</p>	<p><i>Chi interviene</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - In caso di difficoltà e/o procedure errate l'infermiere che addestra il genitore. - Al termine del periodo formativo l'équipe della U.O. si riunisce per valutare l'efficacia degli interventi e le capacità proprie dei genitori per programmare l'eventuale trasferimento a casa.

EDUCAZIONE SANITARIA AI GENITORI DI UN PAZIENTE IN DIMISSIONE PROTETTA

FASI DI EVOLUZIONE DEL CASO	PERSONA	INFERMIERE	RICADUTE ORGANIZZATIVE
<i>Evento 1</i> Medicazione della gastrostomia/PEG	<i>Salute/malattia</i> Paziente stabile/dipendente	<i>Intervento tecnico autonomo</i> L'infermiere educa i genitori dimostrando la corretta procedura. - Rimuovere la medicazione, facendo attenzione a non esercitare trazioni o strappi sul catetere della gastrostomia. - Lavarsi accuratamente le mani con la tecnica del lavaggio asettico. - Disinfettare con garza sterile e acqua ossigenata la cute intorno all'orifizio cutaneo dove ha sede l'impianto della sonda, con movimento rotatorio dall'interno verso l'esterno. - Se la sonda o la PEG non è completamente a tenuta fare attenzione affinché l'acqua ossigenata non entri all'interno della ferita. - Terminata la cura della stomia e della cute circostante, riconfezionare la medicazione usando garze sterili o medicazioni pronte: è importante che lo spessore della medicazione non superi 1 cm e che si esegua un taglio al centro del quadrato. - Lavarsi accuratamente le mani.	<i>Chi interviene</i> In caso di dislocazione della PEG o della sonda gastrostomica: - medico - infermiera addeletta (consulenza infermieristica).

EDUCAZIONE SANITARIA AI GENITORI DI UN PAZIENTE IN DIMISSIONE PROTETTA

FASI DI EVOLUZIONE DEL CASO	PERSONA	INFERMIERE	RICADUTE ORGANIZZATIVE
<i>Evento 1</i> Medicazione della gastrostomia o PEG	<i>Salute/malattia</i> Paziente stabile/dipendente	<i>Supervisiona e verifica gli interventi intrapresi dal genitore</i> L'infermiere con esperienza nel settore, con grandi capacità di relazione	<i>Chi interviene</i> I genitori del piccolo paziente che torna a casa in assistenza domiciliare: - Rimuovere la medicazione, facendo attenzione a non esercitare trazioni o strappi sul catetere della gastrostomia o PEG. - Lavarsi accuratamente le mani con la tecnica del lavaggio asettico. - Disinfettare con garza sterile e acqua ossigenata la cute intorno all'orifizio cutaneo dove ha sede l'impianto della sonda, con movimento rotatorio dall'interno verso l'esterno. - Se la sonda o la PEG non è completamente a tenuta fare attenzione affinché l'acqua ossigenata non entri all'interno della ferita. - Terminata la cura della stomia e della cute circostante, riconfezionare la medicazione usando garze sterili o medicazioni pronte: è importante che lo spessore della medicazione non superi 1 cm e che si esegua un taglio al centro del quadrato. - Lavarsi accuratamente le mani. - Nel caso la sonda o PEG dovesse fuoriuscire, confezionare una medicazione compressiva utilizzando molte garze a più strati, tenute compresse sul foro della stomia con almeno due passaggi incrociati di cerotto, per evitare la fuoriuscita del succo gastrico e lesioni da acido sulla cute. - Eseguire con calma la medicazione e rivolgersi all'Ospedale o al medico curante.

EDUCAZIONE SANITARIA AI GENITORI DI UN PAZIENTE IN DIMISSIONE PROTETTA

FASI DI EVOLUZIONE DEL CASO	PERSONA	INFERMIERE	RICADUTE ORGANIZZATIVE
<i>Evento 1</i> Medicazione della gastrostomia/PEG	<i>Salute/malattia</i> Paziente stabile/dipendente collabora durante le manovre assistenziali eseguite dai genitori	<i>Intervento educativo: specificità</i> Valutazione propria della procedura eseguita da entrambi i genitori	<i>Chi interviene</i> – In caso di difficoltà e/o procedure errate l'infermiere che addestra il genitore. – Al termine del periodo formativo l'équipe della U.O. si riunisce per valutare l'efficacia degli interventi e le capacità proprie dei genitori per programmare l'eventuale trasferimento a casa.

EDUCAZIONE SANITARIA AI GENITORI DI UN PAZIENTE IN DIMISSIONE PROTETTA

FASI DI EVOLUZIONE DEL CASO	PERSONA	INFERMIERE	RICADUTE ORGANIZZATIVE
<i>Evento 1</i> Utilizzo del ventilatore meccanico	<i>Salute/malattia</i> Paziente stabile/dipendente	<i>Intervento educativo: specificità</i> L'infermiere e il medico istruiscono i genitori nell'utilizzo del ventilatore meccanico: – montaggio del circuito esterno di ventilazione con filtro umidificatore. – Accensione della macchina. – Verifica del setting respiratorio. – Verifica del rispetto dei livelli minimi e massimi di allarme. – Connessione alla tracheotomia.	<i>Chi interviene</i> Medico, infermiere esperto, genitori.

Educazione sanitaria ai genitori di Valentina per il programma di dimissione protetta*Educazione sanitaria*

- L'E.S. ai genitori nel caso della malattia di Valentina ha lo scopo di identificare un piano di formazione tale da permettere la dimissione e quindi la gestione a casa della piccola.

Il piano di formazione/educazione Sanitaria rivolto ai genitori, deve considerare l'impatto pesante che questa situazione ha sulla famiglia. L'infermiere de-

essere in grado di gestire l'ansia, il dolore e i sensi di colpa che inevitabilmente affiorano, deve essere così professionalmente e umanamente adeguato da fare accettare nei migliore dei modi la situazione, stabilendo un rapporto di fiducia e di complicità tale da permettere ai genitori di vincere le paure legate alle specifiche manovre da imparare.

Bisogna tener conto del fatto che alcuni genitori, alla fine del percorso di formazione, nel momento in cui devono decidere di andare a casa, e quindi in un luogo dove saranno soli, senza l'Ospedale intorno, rifiutano la dimissione perché spaventati. Ciò non vuol dire che il piano è fallito; comunque è sempre necessario stabilire un contatto diretto tra i genitori e il figlio che altrimenti non ci sarebbe. Stiamo parlando di un bambino con bisogni normali ma estremamente complessi da soddisfare. Si deve comunque continuare anche perché quasi sempre i genitori acquisendo maggiore consapevolezza delle loro possibilità successivamente accettano la dimissione.

Assistenza domiciliare

È un tipo di servizio erogato direttamente a casa dell'utente, che comprende a secondo dei casi prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socio assistenziali.

Destinatari

Sono persone, generalmente con patologie croniche, che da sole non sono in grado di gestire la propria malattia, per cui sono costretti a delegare ad altri questa funzione.

- A.D. socio-assistenziale;
- A.D. integrata;
- Ospedalizzazione a domicilio;
- Dimissione protetta.

Assistenza domiciliare socio-assistenziale

È un compito primario dell'Ente Locale e comprende servizi alla persona come l'aiuto domestico, l'assistenza alla persona, il supporto psicosociale...

Assistenza Domiciliare Integrata

È un'assistenza domiciliare socio-assistenziale completata dall'intervento dei servizi sanitari di distretto, come il personale infermieristico, di riabilitazione, di assistenza sanitaria e sociale...

Ospedalizzazione a Domicilio

È un modello assistenziale che può integrarsi con i due precedenti, dopo una fase iniziale in cui il paziente, ricoverato in ospedale, viene dimesso più tempestivamente.

Dimissione protetta

Dimissione di un paziente non sufficiente in alcune funzioni fisiologiche

fondamentali, nella consapevolezza e la preparazione dei genitori a gestire i presidi sanitari forniti per sostenere le funzioni vitali

Obbiettivi:

- piano globale con supporto sanitario, sociale, psicologico;
- umanizzazione della malattia per garantire una migliore qualità di vita;
- rete di collaborazione tra ospedale, pediatria di base, istituzioni varie.

Assistenza Infermieristica Pediatrica Domiciliare

- Epoca neonatale
- Il lattante
- Il divezzo
- L'adolescente

Addestramento dei genitori

PUNTI CARDINE

- Igiene del bambino
- Gestione della tracheotomia
- Gestione della pervietà vie aeree
- Gestione della attività respiratoria e dell'aspiratore
- Gestione della PEG
- Gestione del ventilatore meccanico
- Gestione dei monitoraggi (PSO_2 , $ETCO_2$, allarmi ventilatore meccanico)
- Valutazione dei parametri vitali

VENTILATORE DOMICILIARE: CARATTERISTICHE

- Alimentatore interno (con accumulatore)
- Allarmi di massima e minima pressione delle vie aeree sonori e luminosi
- Difficoltà di accesso alla programmazione del setting ventilatorio
- Programma di più setting ventilatori pre-determinati per strategie terapeutiche fisioterapiche.

Educazione sanitaria ai genitori di un paziente in dimissione protetta

Problemi

- Interruzione della corrente elettrica
- Panne del ventilatore meccanico
- Decannulazione accidentale
- Accumulo secrezioni
- Contrasto con il ventilatore meccanico

Soluzioni

- Verificare che si attivi il gruppo elettrogeno
- Sostituzione del ventilatore meccanico
- Riposizionamento della cannula tracheostomica
- Aspirazione delle secrezioni
- Assistenza con unità respiratoria, aspirazione, verifica della causa (crisi di ipertono, tappo di muco...?)

DIMISSIONE PROTETTA

FASI DI EVOLUZIONE DEL CASO	PERSONA	INFERMIERE	RICADUTE ORGANIZZATIVE
<i>Evento 1</i> Valutazione del caso	<i>Comprensione</i> Colloquio con i genitori ed équipe medica e infermieristica.	<i>Intervento</i> Valutazione propria della stabilità del paziente e del grado di apprendimento dei genitori.	<i>Chi interviene</i> – Psicologo – Medici – Infermieri – Genitori

DIMISSIONE PROTETTA

FASI DI EVOLUZIONE DEL CASO	PERSONA	INFERMIERE	RICADUTE ORGANIZZATIVE
<i>Evento 1</i> Attivazione pratiche burocratiche	<i>Comprensione</i> I genitori si attivano	<i>Intervento specifico</i> C.S. elenco del materiale necessario	<i>Chi interviene</i> <ul style="list-style-type: none"> - Medico: relazione scritta Asl: - medico di base (pianificare l'assistenza medica-infermieristica ...) - presidi - fornitori attrezzature (VM; aspiratore ...) - ditte erogatrici (Enel, Telecom ...) - assistente sociale - infermiere domiciliare?

DIMISSIONE PROTETTA

FASI DI EVOLUZIONE DEL CASO	PERSONA	INFERMIERE	RICADUTE ORGANIZZATIVE
<i>Evento 1</i> Trasporto a casa	<i>Comprensione</i>	<i>Intervento specifico</i> L'infermiere accompagna insieme al medico di reparto, il paziente a domicilio	<i>Chi interviene</i> <ul style="list-style-type: none"> - Servizio ambulanza - ASL - Medico di base - Infermiere?

Conclusioni

L'assistenza al bambino con patologia cronica ha subito nel tempo un'evoluzione tale da favorire un ampliamento degli obiettivi da conseguire, il più importante l'offerta di una migliore qualità di vita.

Si può ottenere:

- codificando le procedure rispetto ad interventi pianificabili (PEG, tracheotomia);
- personalizzando e diversificando le cure secondo le necessità del bambino e della famiglia;
- assicurando un piano globale con supporto sanitario, sociale, psicologico tale da creare una rete di collaborazione tra le varie istituzioni per minimizzare o evitare, per quanto possibile, disagi.

Bibliografia

1. N. PIROZZI, S. MARTORELLI, *Assistenza Domiciliare ed Ospedalizzazione a domicilio del bambino con patologia cronica. Corso di formazione, metodologia ed analisi organizzativa* Roma, Giugno 1995.
2. G.C. BIASINI, *Pediatria di Comunità*. Ed. Nuova Italia Scientifica, 1994.
3. B.M. MARENGONI, L. VENTURELLI, G. CASO et al., *Il bambino con Patologia cronica e ricorrente. I bisogni. Medico e Bambino* 1995;3:19-26.
4. CORNAGLIA, P. FERRARIS, O. VIANELLO, *Assistenza al bambino in fase terminale*. Federazione Medica: 1995;5:402-408.

TRAUMA CENTER E TRAUMA SYSTEM

O. CHIARA

S.Su.Em.118, DEA-EAS Ospedale Niguarda, Milano

Epidemiologia

Il trauma nei Paesi occidentali è la terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari ed i tumori e la prima causa nella popolazione al di sotto dei 45 anni. Circa 11500 soggetti per milione di abitanti/anno (quindi oltre 600.000 sul territorio nazionale) accedono alle strutture di Pronto Soccorso a seguito di un trauma ed il 5-7% (575-805) di tali eventi sono classificabili come traumi severi (o maggiori). Considerando solo gli incidenti stradali, nell'anno 2000 vi sono stati 301.559 feriti e 6.410 morti (dati ISTAT). Tale dato è sottostimato in quanto non tiene conto dei decessi avvenuti dopo una settimana dall'evento. Il numero annuale di morti conseguenti a traumi della strada è da stimarsi intorno agli 8.000 casi. All'infortunistica stradale vanno aggiunti gli incidenti domestici, quelli sul lavoro, quelli conseguenti ad attività sportive e del tempo libero ed a violenza (in totale più di 4.500.000 eventi all'anno, con un tasso di mortalità ISTAT per 100.000 abitanti per incidenti non stradali uomini 22,8, donne 24,8). Si calcola, inoltre, che per ogni decesso per trauma vi siano due casi di invalidità permanente grave. Poichè il trauma interessa prevalentemente le fasce di popolazione più attiva, ne derivano gravi ripercussioni sul piano umano ed economico per il paziente ed il suo nucleo familiare, con enormi costi sociali.

Le «morti evitabili»

La mortalità dovuta ad un evento traumatico riconosce tre picchi successivi di massima incidenza (1, 2, 3):

1. Un primo picco è costituito dai decessi che avvengono immediatamente dopo il trauma ed è conseguente a lesioni non compatibili con la sopravvivenza (es. rottura di cuore o di grossi vasi, lesioni cerebrali gravissime, ecc...). Questi eventi non consentono alcuna possibilità di intervento sanitario e possono essere evitati solamente mediante la prevenzione degli incidenti o attraverso la diffusione di mezzi di riduzione del danno (cinture di sicurezza, air bag, casco).

2. Un secondo picco di decessi si verifica nell'arco di 2-4 ore dall'evento ed è dovuto all'evoluzione di lesioni che determinano alterazioni del circolo per progressiva emorragia (es. rottura di organi parenchimatosi quali fegato e milza, fratture multiple dello scheletro, ecc...), insufficienza respiratoria (es. pneumotorace) e lesioni espansive cerebrali (ematomi extra e intradurali). Il riconoscimento ed il trattamento tempestivo di queste condizioni favorito da

un'efficiente organizzazione per l'emergenza sanitaria può consentire la sopravvivenza dei pazienti e ridurre significativamente questa quota di decessi (definiti quindi con il termine di «morti evitabili»).

3. Un terzo picco di morti avviene a distanza di vari giorni o settimane dal trauma ed è legato prevalentemente all'evoluzione settica delle lesioni iniziali o alle complicanze verificatesi durante la degenza. Solo l'affinamento delle moderne tecniche di rianimazione e terapia intensiva può diminuire l'incidenza di questi decessi.

È stato dimostrato che una buona organizzazione del sistema sanitario per l'assistenza al traumatizzato, sia sul territorio che all'interno della struttura ospedaliera, comporta una significativa riduzione della mortalità. Infatti diversi studi confermano che la percentuale di «morti evitabili» per trauma è significativamente più elevata quando non esistano strutture dipartimentali deputate al suo trattamento (modulate sulle esigenze e sulle caratteristiche peculiari del bacino di utenza) e quando non vi siano da parte degli operatori sanitari le competenze specifiche per affrontare le problematiche del paziente traumatizzato (4, 5).

Sulla base di queste considerazioni abbiamo svolto in collaborazione con la University of Maryland, School of Medicine di Baltimora uno studio epidemiologico delle morti conseguenti a evento traumatico avvenute nell'area urbana milanese nell'arco di un anno (in tutto 255 decessi, pari al 58% delle morti non dovute a malattia) (6). I dati inerenti al trattamento extra ed intra-ospedaliero ed i dati autoptici sono stati rivisti da due diverse Commissioni multidisciplinari statunitensi che hanno espresso con il metodo dell'unanimità un giudizio sulle modalità di gestione di ciascun caso. Le morti sono state classificate in tre categorie: 1) *non evitabili*: legate a lesioni singole o multiple di gravità tale da non consentire la sopravvivenza, indipendentemente dal trattamento. 2) *potenzialmente evitabili*: dovute a lesioni gravi, ma talvolta responsive ad un trattamento aggressivo in condizioni di assistenza ed organizzazione ottimali. 3) *francamente evitabili*: determinate da lesioni di modesta entità e facile trattamento, in cui l'evoluzione sfavorevole è conseguita ad una errata gestione sanitaria. Dai risultati si dimostra che nel 73.72% dei casi il decesso avviene prima dell'arrivo in Ospedale, sulla scena dell'incidente o durante il trasporto (la percentuale dei decessi preospedalieri riportata in letteratura è pari al 34-40%). La morte è stata giudicata non evitabile nel 57% dei casi, potenzialmente evitabile nel 32% e francamente evitabile nell'11%. La maggior parte dei decessi evitabili si è registrata nei deceduti dopo l'arrivo in ospedale, per errori nelle prime fasi di gestione ed inquadramento diagnostico (le morti per trauma giudicate evitabili nelle casistiche nordamericane sono circa il 5%).

Diversi studi precedenti hanno dimostrato che la percentuale di «morti evitabili» per trauma è riducibile se gli operatori sanitari sono in grado di fornire un'assistenza adeguata durante tutte le fasi del soccorso (7, 8, 9, 10, 11). L'adeguatezza dell'assistenza richiede i seguenti elementi: a) un primo inquadramento generale dell'infortunato sul campo con riconoscimento delle lesioni e delle priorità terapeutiche; b) le capacità di istituire sul campo e durante il

trasporto le eventuali manovre di supporto di base ed avanzato della funzione respiratoria e circolatoria; c) l'avvio del paziente alla struttura ospedaliera più adeguata, in grado di offrire un trattamento efficace e definitivo delle lesioni (che non è necessariamente quella più vicina al luogo dell'incidente).

A Milano, al momento dello studio, era attiva una sola ambulanza con medico a bordo per tutta la città, per cui la gran parte dei soccorsi è stata svolta da personale volontario delle Pubbliche Assistenze che, pur motivato, non può eseguire manovre rianimatorie avanzate, riservate per legge ai soli laureati in Medicina ed in alcuni casi agli Infermieri Professionali. L'impossibilità di un supporto vitale sul territorio rende in questi casi necessario l'avvio del traumatizzato all'Ospedale più vicino. Da qui, dopo una prima valutazione, il paziente viene spesso trasferito in nosocomi più attrezzati, con evidenti prolungamenti dei tempi di trattamento. Inoltre, la maggior parte dei Dipartimenti di Emergenza sono organizzati con personale a rotazione proveniente da reparti di elezione e quindi non abituato ed addestrato alla gestione delle complesse problematiche conseguenti ad un evento traumatico. Questi aspetti sono stati affrontati e risolti negli Stati Uniti, in Canada e negli altri Paesi europei nel corso degli anni 80 e 90 con l'istituzione di sistemi integrati extra-intraospedalieri di assistenza ai soggetti colpiti da traumatismo («Trauma System» o SIAT) imperniati su strutture ospedaliere specificamente competenti nella cura del trauma definiti «Trauma Center» o «Centri Trauma».

Il Piano Sanitario Nazionale 2002-2004 e la Conferenza Stato-Regioni 2002

Una parte importante del nuovo Piano Sanitario Nazionale è dedicata al potenziamento dei Servizi di Urgenza-Emergenza con specifici riferimenti all'istituzione di centri di eccellenza per garantire una risposta sanitaria adeguata al paziente traumatizzato. A proposito dell'organizzazione degli Ospedali sede di DEA, viene affermato che *«Fra le Unità Operative di Alta Specialità....., va annoverato, nei DEA di II livello il Trauma Center, struttura tipicamente interdisciplinare che dovrà essere funzionalmente collegata con la Chirurgia d'Urgenza, in modo che il Chirurgo d'Urgenza, oltre a compiti propri, sia messo in grado di coordinare gli interventi di ordine traumatologico»*. Nella Conferenza Stato-Regioni del 4 aprile 2002 a proposito delle Linee guida per l'organizzazione di un sistema integrato di assistenza ai pazienti traumatizzati con mielolesioni e/o cerebrolesi si afferma: *«Per dare una risposta pronta ed appropriata, utilizzando le risorse umane e tecnologiche adeguate alla gravità dei casi, non diffusamente disponibili ma presenti nei P.O. sede di DEA di II livello – EAS, viene proposto il modello organizzativo della rete»*. Ed inoltre: *«La rete costituisce il SIAT (Sistema Integrato per l'Assistenza al Trauma), ha come fulcro i P.O. sede di EAS, che si dotano di una specifica organizzazione funzionale di U.O. per acuti, denominati Centro Traumi deputati al trattamento del traumatizzato grave e collegati con gli altri P.O. afferenti alla rete»*. Diversi Organi Istituzionali individuano quindi nella rete di Ospedali e nell'indicazione di Centri di riferimento, un

modello organizzativo vincente per migliorare il trattamento del trauma maggiore. Di tali indicazioni e delle mutate esigenze per le necessità diagnostiche ed assistenziali del traumatizzato grave si dovrà tener conto nella rielaborazione della rete ospedaliera e nell'attribuzione dei livelli essenziali di assistenza.

Organizzazione di un Sistema Integrato per l'assistenza al Trauma Maggiore (SIAT)

Un SIAT è un'area territoriale geograficamente definita entro cui viene realizzato un sistema integrato di gestione dei pazienti traumatizzati gravi, costituito da una *rete di Ospedali* tra di loro funzionalmente connessi detti *Centri Trauma* e da *Strutture di Riabilitazione*.

Sulla base delle risorse a disposizione per la cura del trauma gli Ospedali parte del SIAT possono essere classificati in tre categorie: a) *Centro Traumi Regionale (CTR)*, presso cui sono disponibili tutte le risorse necessarie ad identificare e trattare 24 ore su 24 in modo definitivo qualsiasi tipo di lesione, e a garantire le cure intensive ai pazienti con problematiche polidistrettuali. b) *Centro Traumi di Area (CTA)*, presso cui sono disponibili tutte le risorse necessarie a trattare 24 ore su 24 in modo definitivo tutte le lesioni, tranne quelle che richiedono una o più alte specialità. c) *Presidio di Stabilizzazione per Traumi (PST)*, ove sono disponibili le risorse sufficienti a garantire il trattamento immediato anche chirurgico delle lesioni determinanti instabilità cardio-respiratoria prima di un eventuale trasferimento ad una struttura di livello superiore.

Nell'ambito del territorio il numero di *Centri Trauma* deve essere limitato in modo tale da concentrare presso le strutture un numero adeguato di pazienti, utilizzando le risorse disponibili in misura proporzionale ai loro costi (12).

Il CTR è il fulcro ed il centro di coordinamento del SIAT, per tutti gli aspetti delle problematiche traumatologiche, dalla prevenzione, alla pianificazione delle strategie di assistenza pre ed intraospedaliera, alla didattica ed addestramento del personale, alla ricerca, sino alla riabilitazione. In media, poichè i dati epidemiologici indicano circa 1200 traumi maggiori/anno per milione di abitanti, si considera indispensabile un SIAT con un CTR e tre CTA ogni due milioni di abitanti. Il CTR funge da ospedale di riferimento per i traumi della sua area di competenza e deve inoltre essere in grado di accogliere pazienti provenienti dal resto del SIAT con problematiche polidistrettuali o che necessitino di alte specialità, qualora non presenti presso gli altri Ospedali della rete. I PST vengono identificati in settori strategici ed in numero adeguato in funzione della tipologia del territorio e dell'adeguatezza dei trasporti.

In zone montane la collocazione dei *Centri Trauma* deve tener conto oltre che della numerosità della popolazione e dei dati epidemiologici, anche delle problematiche orografiche del territorio affinché le strutture risultino facilmente accessibili.

Criteri di Triage pre-ospedaliero e principio della Centralizzazione

La finalità di un SIAT è quella di assicurare la cura definitiva del paziente con *trauma maggiore* nel minor tempo possibile e nel luogo più adatto. Un Trauma Maggiore è un evento in grado di determinare lesioni mono - o poli - distrettuali tali da causare almeno in un settore un rischio immediato o potenziale per la sopravvivenza del paziente. Tali condizioni vengono definite sulla base di un valore superiore a 15 del punteggio anatomico Injury Severity Score (ISS), il cui calcolo richiede una conoscenza completa delle lesioni prodotte dal trauma. Poichè l'ISS non può essere calcolato in sede preospedaliera, vengono convenzionalmente considerati colpiti da evento traumatico maggiore i pazienti che presentano sul campo i seguenti criteri di *triage*:

a) *alterazione delle funzioni vitali*: pressione sistolica < 90 mmHg, alterazione della coscienza Glasgow Coma Scale <14), frequenza respiratoria > 32 o < 10 (Revised Trauma Score <10);

b) *anatomia della lesione*: ferite penetranti di testa, collo, torace, addome, arti prossimali a gomito o ginocchio; lembo toracico mobile; sospetto clinico di frattura di bacino o di due o più ossa lunghe prossimali; paralisi di un arto; amputazione prossimale a polso o caviglia; associazione lesione traumatica con ustione di 2° o 3°;

c) *indicatore di alta energia*: eiezione da veicolo, morte di un occupante del veicolo, caduta da più di sei metri, investimento auto-pedone o auto-ciclista, rotolamento del veicolo, estricazione > 20 minuti, caduta di motociclista con separazione dal mezzo, alta velocità (deformazione esterna > 60 cm, intrusione > 40 cm, strada extraurbana o velocità > 40 Km/h, abbattimento di ostacolo fisso);

d) *traumi avvenuti in soggetti a rischio* per età (bambini < 12, anziani > 70), patologia cronica pre-esistente nota o evidente, gravidanza nota o evidente.

Questi criteri sono riscontrabili in media nel 7-8% di tutti i traumi.

Tutti i traumi dell'area con criteri di triage indicativi di trauma maggiore dovrebbero essere trasportati alla struttura CTR o CTA in relazione alla tipologia delle lesioni ed alla necessità di eventuali alte specialità al fine di rispettare il più possibile il principio di *Centralizzazione*, cioè del trasporto immediato al luogo di cura definitiva. Unica eccezione è l'impossibilità al controllo ed al trattamento in sede extraospedaliera dell'instabilità respiratoria o circolatoria da parte del personale sanitario: solo in tale caso il paziente deve essere trasportato, indipendentemente dal tipo di lesioni, al più vicino centro CTA o PST per poi essere trasferito se necessario alla struttura di livello superiore, una volta ottenuto il controllo della funzione cardio-respiratoria. Rispettando tale modello organizzativo, nell'ambito di un SIAT di due milioni di abitanti con un CTR e tre CTA, il CTR riceverebbe annualmente circa 600-750 pazienti e ciascuno dei tre CTA 150-200 pazienti. Il CTR, per il suo ruolo specialistico, deve sempre avere a disposizione letti in area critica per accettare i pazienti provenienti da tutto il SIAT, che richiedano le sue attrezzature e competenze. È quindi opportuno che vengano predisposti *protocolli di trasferimento in uscita* dalle terapie intensive del CTR verso terapie intensive-subintensive di altri Ospedali della rete, proponibili per pazien-

ti che hanno superato la fase acuta e che necessitano di trattamenti erogabili anche in sedi diverse dal CTR. Il principio operativo di *centralizzazione* permette non solo di ottenere la concentrazione della patologia maggiore in poche sedi ove vengono predisposte le risorse specifiche (con quindi evidente contenimento dei costi del sistema), ma anche di consentire un addestramento adeguato e continuativo delle équipes di sanitari. Il Committee of Trauma dell'American College of Surgeons prevede al minimo un numero di 30 politraumatizzati gestiti annualmente da ciascun team per mantenere un addestramento ottimale.

I traumi cosiddetti minori, che cioè non soddisfano i criteri preospedalieri di severità, possono afferire all'Ospedale più vicino dotato di un Pronto Soccorso, indipendentemente dal suo livello nell'ambito del SIAT. Se a seguito della valutazione Medica tali pazienti vengono considerati affetti da lesioni potenzialmente a rischio per la sopravvivenza, è possibile attivare un trasferimento presso un CTR o CTA del SIAT.

Struttura e organizzazione del Centro Traumi di Area (CTA) e Regionale (CTR).

Il CTA è costituito da un'unità operativa funzionale ed interdisciplinare all'interno di un Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA) di un Ospedale. Deve essere collocato nell'ambito di un'area ad alta densità di popolazione o in posizione strategica in base alla particolare natura del territorio, facilmente accessibile via terra o via aria. Un'integrazione delle risorse già esistenti può essere in molti DEA (di II o I livello, secondo la vigente normativa) sufficiente per garantire la realizzazione di un CTA. Deve essere dotato a minima delle seguenti caratteristiche:

- disponibilità 24 ore su 24 delle specialità di Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Medicina d'Urgenza, Ortopedia.
- un settore per l'arrivo delle ambulanze e delle eliambulanze direttamente collegato all'area di accettazione.
- un'area di accettazione comprendente un numero minimo di due postazioni per la stabilizzazione respiratoria e circolatoria (dotate quindi di tutte le attrezzature per il supporto vitale intensivo) e per le procedure chirurgiche di emergenza di controllo della via aerea, del pneumotorace e delle emorragie.
- le radiografie standard e l'ecografia devono essere eseguibili presso l'area di accettazione e nelle adiacenze va predisposta una sala radiologica dotata di TAC.
- un laboratorio d'urgenza ed il Centro Trasfusionale attivi 24 ore su 24.
- due sale operatorie contigue multifunzionali, dove poter svolgere interventi di Chirurgia Generale d'Urgenza e Chirurgia Ortopedica più eventuali specialità connesse con il trattamento del traumatizzato, già storicamente presenti presso l'Ospedale.

Il responsabile del *Centro Traumi* è un Dirigente Medico, con specifiche competenze nel trattamento dei traumatizzati (ad es. Istruttore di Advanced Trauma Life Support dell'American College of Surgeons) a cui viene assegnata la funzione di coordinamento dei vari specialisti coinvolti nella gestione del trauma. In Italia, a differenza degli altri Paesi non esiste ancora una specifica figura professionale per la gestione dell'emergenza-urgenza traumatologica per cui non è possibile indicare una specifica qualifica. È in via di istituzione nella Comunità Europea l'insegnamento della Chirurgia del Trauma quale Master di due anni dopo il conseguimento del diploma in Chirurgia Generale. Il responsabile oltre a gestire e coordinare le emergenze traumatologiche, addestra il personale medico-infermieristico-tecnico, stabilisce i protocolli sulla base delle linee guida evidence-based, di concerto con gli altri specialisti consulenti e con la centrale operativa 118 al fine di garantire la continuità terapeutica dal territorio all'Ospedale. È compito del responsabile anche la compilazione del *Registro Traumi* su cui vengono archiviati tutti i dati dei Pazienti afferiti al Centro Traumi per poter garantire la revisione a posteriori a fini scientifici e di verifica di qualità.

Nel CTR, oltre alle caratteristiche di minima già definite per i CTA, devono essere rispettate le seguenti specifiche:

- disponibili in sede 24 ore su 24 quali consulenti i Neurochirurghi ed i Radiologi.

- disponibili su chiamata all'interno dell'Ente o in reperibilità, i seguenti specialisti: chirurgo cardiovascolare, chirurgo della mano e dei reimpianti, chirurgo ostetrico ginecologo, chirurgo oftalmico, chirurgo otorino e maxillo-facciale, chirurgo pediatra, chirurgo plastico, chirurgo urologo, chirurgo dei trapianti, radiologo interventista, cardiologo, infettivologo, psichiatra, fisiatra, medico legale.

- il responsabile del CTR a cui viene affidata l'unità operativa Centro Traumi deve essere preferibilmente un Dirigente Medico di Area Chirurgica ed è necessario, in considerazione del volume e della tipologia dei pazienti, che nell'ambito del Dipartimento d'Urgenza venga identificato un numero sufficienti di Chirurghi dedicati principalmente, anche se non esclusivamente, alle problematiche dell'urgenza-emergenza.

- Oltre alla Centrale Operativa 118 sono servizi funzionalmente connessi al CTR (non necessariamente presenti all'interno della struttura), partecipanti alla stesura dei protocolli operativi specifici il Centro Ustioni, il Centro Antiveleni, la Medicina Iperbarica e l'Unità per i Trapianti d'Organo.

Il CTR quale perno del SIAT deve rivestire una funzione fondamentale nell'educazione sanitaria della popolazione alla *prevenzione primaria* degli incidenti (domestici, lavorativi, sulla strada) e alla *prevenzione secondaria* delle lesioni prodotte dal trauma (uso delle cinture, degli air bag, del casco protettivo), organizzando seminari e conferenze aperte al pubblico. Inoltre deve sviluppare un ruolo centrale nella didattica e nell'addestramento (*prevenzione terziaria*) del personale sanitario medico-infermieristico-tecnico che desidera ottenere una certificazione specifica nel settore traumatologico (ad esempio tenendo perio-

dici corsi di Advanced Trauma Life Support per i medici ed infermieri, master di primo e secondo livello sulle emergenze-urgenze traumatologiche, corsi di Basic Life Support e Pre Hospital Trauma Life Support per Volontari). Il CTR deve anche istituire e aggiornare un Registro dei Traumi di tutta l'area del SIAT che funga da data base per gli studi epidemiologici e per le periodiche verifiche di qualità del sistema sanitario di emergenza, mediante applicazione di opportuni indicatori. Infine, compito essenziale del CTR è anche quello di promuovere, organizzare e sostenere progetti di ricerca di base e clinica sulla cura e il recupero del traumatizzato.

Per l'insieme di competenze necessarie al funzionamento dei CTR, è opportuno che tali modelli organizzativi vengano identificati presso i DEA di II livello-EAS.

Riabilitazione

Una funzione essenziale nell'ambito del sistema integrato per la cura del trauma maggiore è svolta dalle *unità operative per la riabilitazione*, in quanto la finalità ultima del modello organizzativo non deve essere solo la sopravvivenza, ma anche il recupero al grado di funzione più elevato possibile. Si calcola che per ciascun decesso a seguito di evento traumatico vi siano almeno due invalidità permanenti. La maggior parte dei pazienti colpiti da trauma maggiore richiede un trattamento riabilitativo prima del ritorno all'attività lavorativa. Poiché la riabilitazione inizia fin dai momenti immediatamente successivi alla gestione delle urgenze-emergenze, è opportuna l'elaborazione di protocolli concertati con i fisiatristi ed i fisioterapisti da applicare anche durante l'assistenza in fase acuta. In tal modo, si possono prevenire complicanze che rendono difficoltoso il successivo recupero funzionale. Pertanto, è indispensabile che nell'ambito di ciascun SIAT vengano identificate le strutture di riabilitazione/lungo degenza con cui concordare le modalità assistenziali e verso cui avviare i pazienti al termine della fase acuta.

Le strutture di riabilitazione/lungo degenza devono prevedere unità operative differenziate per le diverse problematiche, quali le unità per la gestione dei cerebrolesi ed in particolare degli Stati Vegetativi Permanenti, le unità per il recupero motorio e respiratorio, le unità spinali.

Bibliografia

1. MEISLIN H, *The modal distribution of time to death is a function of patient demographics and regional resources.* J Trauma: 1997; 43: 433-39.
2. SAUAI A, *Epidemiology of trauma death: a reassessment.* J Trauma 1995; 38: 185-92.
3. TRUNKEY DD, *Trauma.* Sci Ann Feb 1983; 249: 28-36
4. CALES RH, *Trauma mortality in Orange County: the effect of implementation of a trauma system.* Ann Emerg Med 1984; 13: 1-10.
5. SHACKFORD SR, *The effect of regionalization upon the quality of trauma care as assessed by concurrent audit prior and after institution of a trauma system. A preliminary report.* J Trauma 1985; 25: 715-22.
6. CHIARA O, *Trauma deaths in an Italian urban area: an audit of prehospital and in-hospital trauma care.* Injury, 33: 253, 2002.
7. SANPALIS JS, *Preventable trauma death evaluation of the appropriateness of the on site trauma care provided by Urgence Santé Physicians.* J Trauma 1995; 39:1029-35.
8. CAYTEN CG, *Analysis of preventable death by mechanism of injury among 13500 trauma admissions.* Ann Surg 1991; 214: 510-20.
9. PAPADOPULOS IN, *Preventable prehospital trauma death in a Hellenic urban health region: an audit of prehospital trauma care.* J Trauma 1996; 41: 864-69.
10. STOCCHETTI N, *Trauma care in Italy: evidence of in-hospital preventable deaths.* J Trauma 1994; 36: 401-5.
11. COOPER DJ, *Quality assessment of the management of road traffic fatalities at a level I trauma center compared with other hospitals in Victoria, Australia.* J Trauma 1998; 45: 772-9.
12. American College of Surgeons Committee on Trauma, *Resources for Optimal Care of the Injured Patient: 1999.* Chicago, ACS Publication, 1998.

Il modello organizzativo in Italia del

Trauma System e Trauma Center

Oswaldo Chiara,
S.U.Em.118,
Dipartimento
Emergenza
Accettazione
Ospedale Niguarda
Ca'Granda,
Milano



Centro studi
Libera
Orlandi

1

TRAUMA MAGGIORE

Definizione

evento traumatico che interessa uno o più distretti corporei con lesioni che determinano almeno in una sede un rischio immediato o potenziale per la sopravvivenza



necessità di rispettare una sequenza di priorità di trattamento dalla scena all'Ospedale secondo un approccio "organizzato"

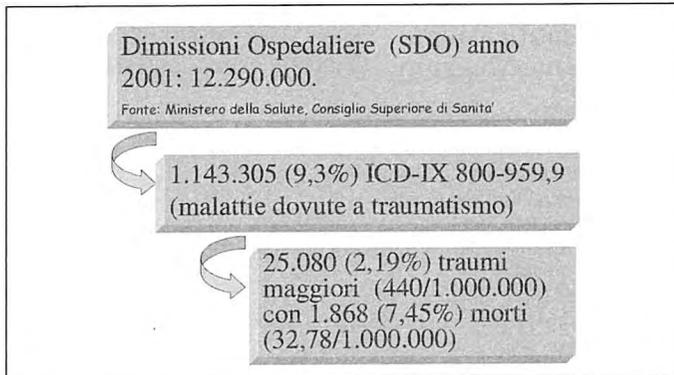
(ISS > I5)

2

Accessi in Pronto Soccorso per
Trauma in Italia:

31.500/1.000.000 per anno

3



4

Elementi fondamentali di un Sistema Organizzato

- Soccorso preospedaliero “evoluto”
- Logistica adeguata
- Iter diagnostico-terapeutico intraospedaliero codificato
- Gestione in squadra con “Trauma Leader”

5

Identificazione Trauma Maggiore

Codice rosso: attivazione automatica del team

- Criteri fisiologico-clinici
 - GCS (<14)
 - PAS (<90)
 - FR (<10 o >32)
 - **RTS (<10)**

Norwood SH, J Trauma 53:503, 2002

6

Identificazione Trauma Maggiore

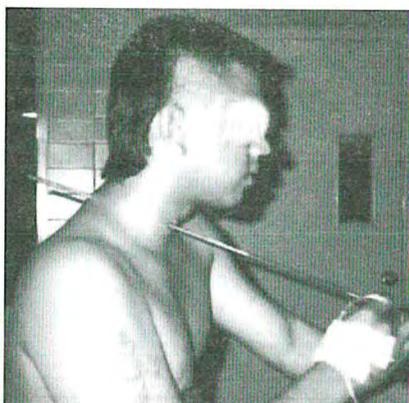
Codice rosso:
Attivazione automatica del team

- Criteri Anatomici delle lesioni:
- Ferite penetranti di testa, collo, torace, addome, estremità prossimali a gomito e ginocchio.
- Lembo toracico mobile.
- Sospetto clinico di frattura di bacino.
- Sospetto clinico di frattura di due o più ossa lunghe prossimali.
- Paralisi di uno o più arti.
- Amputazione prossimale a polso o caviglia.
- Associazione trauma e ustione di 2° o 3°.

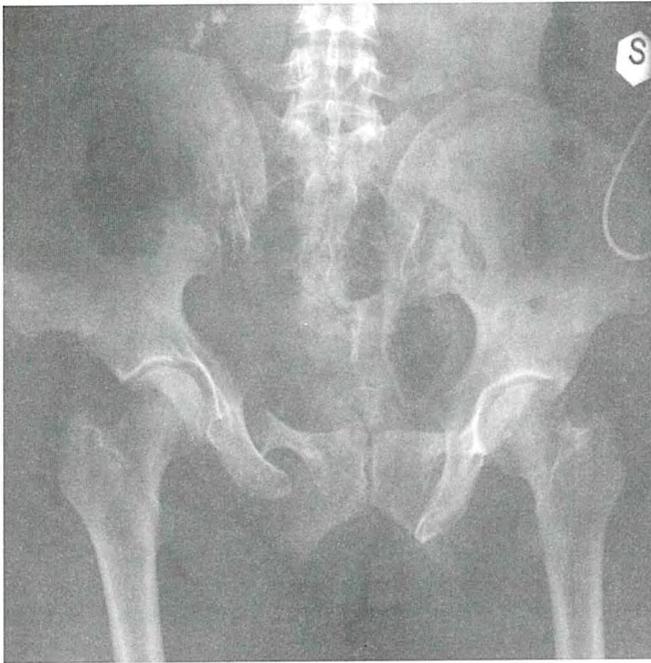
7



8



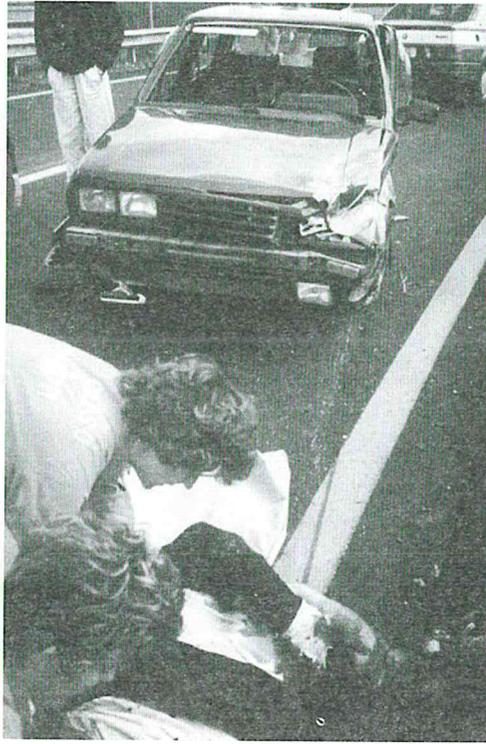
9



10

Codice giallo	
Identificazione trauma maggiore	
Indicatori	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Caduta da altezza ≥ 6 m. ➔ Passeggero deceduto ➔ Estricazione ≥ 20 minuti ➔ Meccanismo rotatorio ➔ Eiezione dal veicolo o arrotamento ➔ Impatto auto – pedone/ciclista a vel. ≥ 10 Km/h ➔ Motociclista caduto a vel. ≥ 40 Km/h o separazione dal mezzo ➔ Alta velocità <ul style="list-style-type: none"> ■ deformazione veicolo (≥ 60 cm) ■ strada extraurbana (vel. ≥ 40 Km/h) ■ intrusione ≥ 40 cm. ■ deformazione o abbattimento ostacoli fissi
Attivazione team solo se informazione mediata da medico di CO o MURG in caso di trasporto con MSB	

11



12



13



14



15

Codice giallo

Identificazione trauma maggiore

- **Criteri Clinici:**
- **Età' > 70 anni o < 12 anni**
- **Gravidanza nota**
- **Patologie croniche gravi concomitanti**

Attivazione team solo se informazione mediata da medico di CO o MURG in caso di trasporto con MSB

Demetriades D, J Trauma 51:754, 2001
Scalea TM, J Trauma, 30:129, 1990

16



17

Elementi fondamentali di un Sistema Organizzato

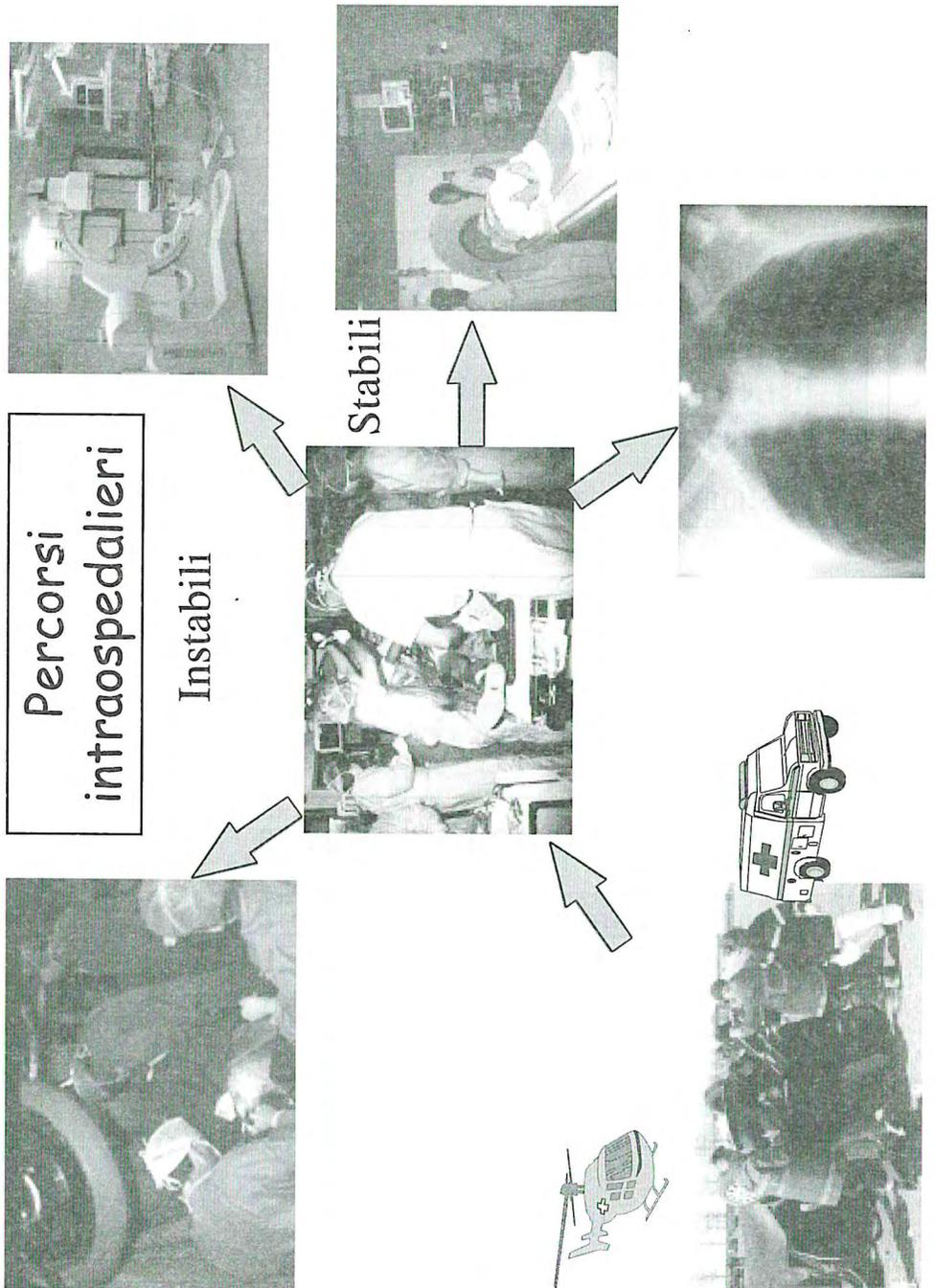
- Soccorso preospedaliero “evoluto”
- Logistica adeguata
- Iter diagnostico-terapeutico intraospedaliero codificato
- Gestione in squadra con “Trauma Leader”

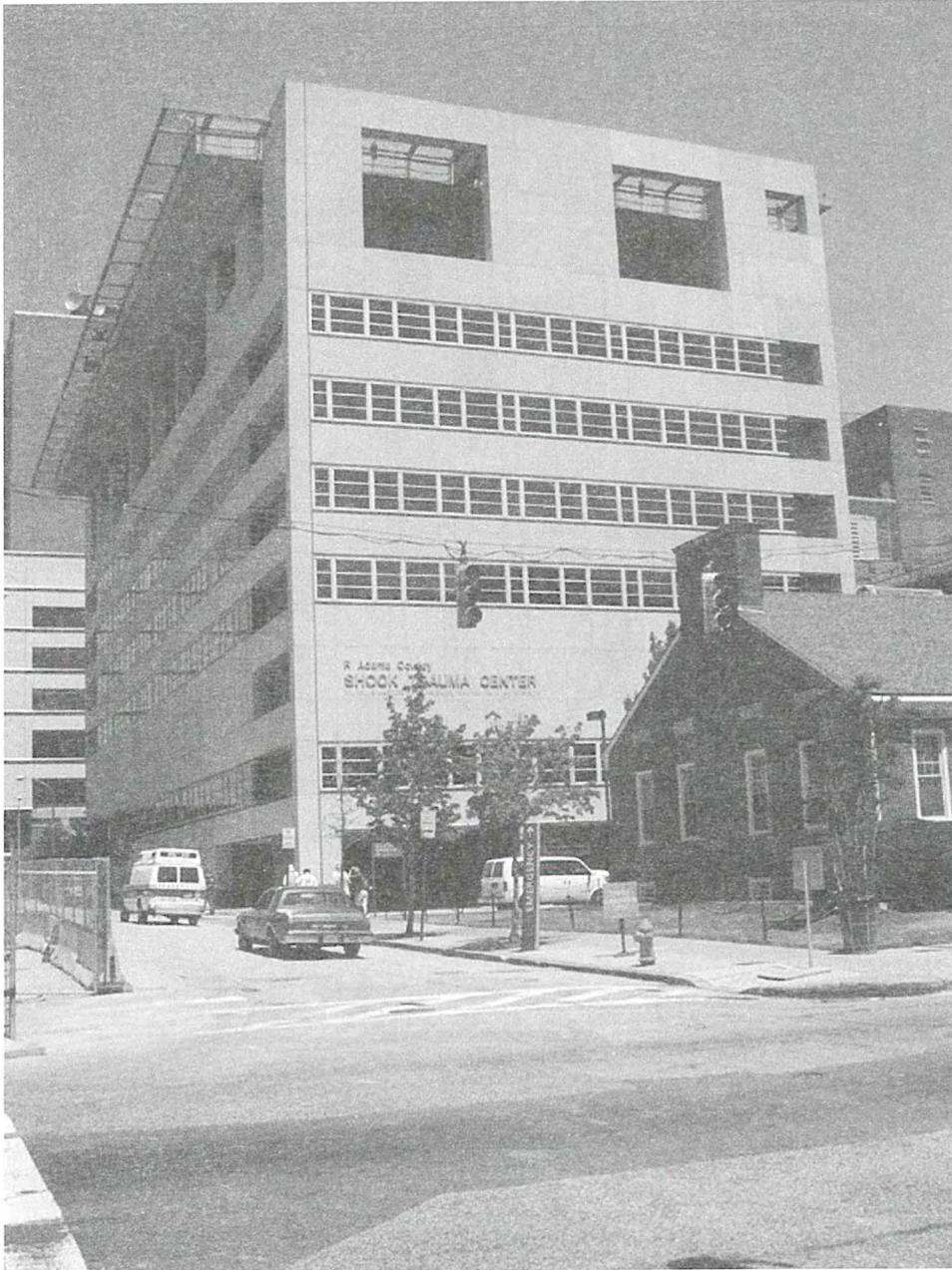
18

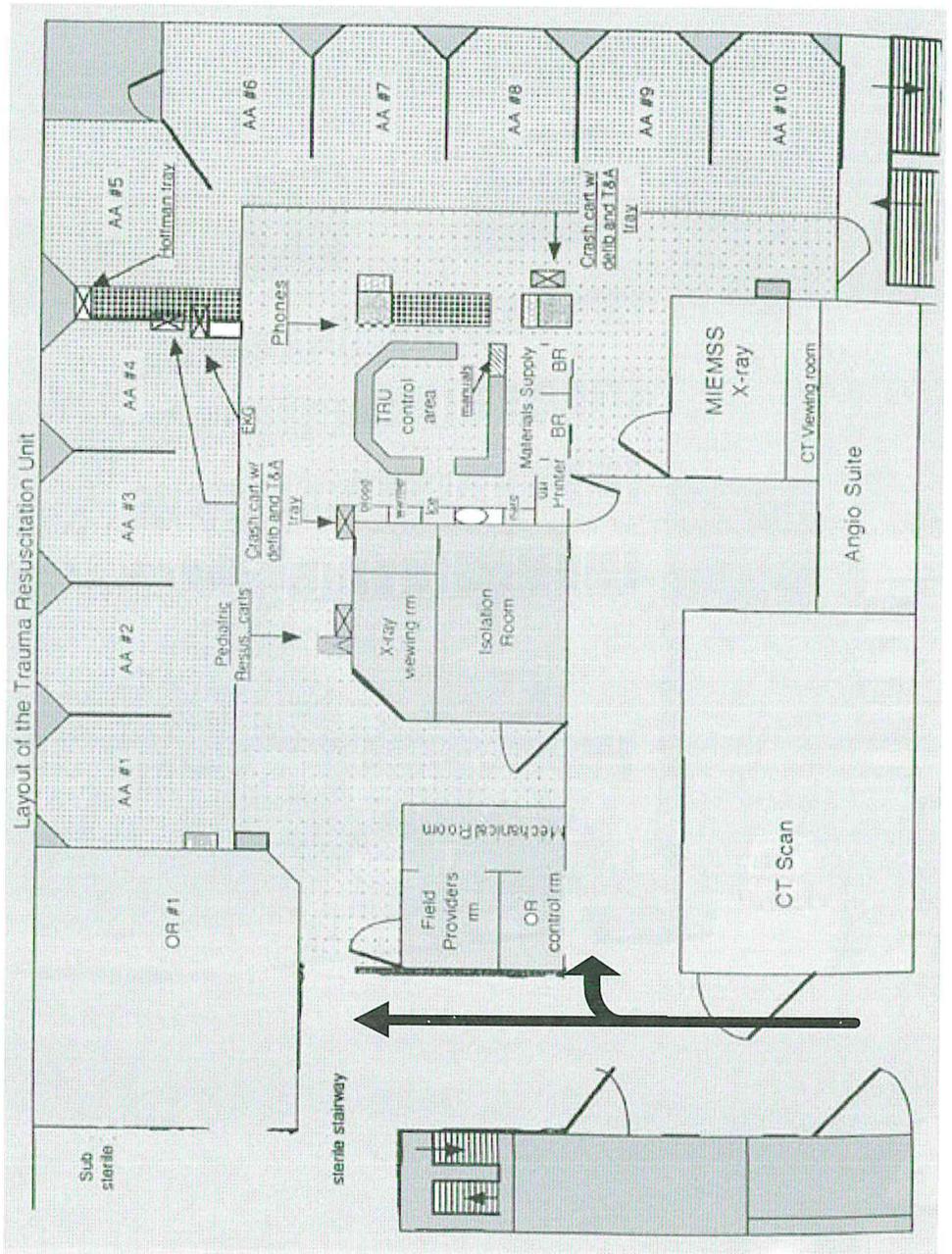
Logistica adeguata

- Strutture nate per facilitare un processo terapeutico
- AMBITI:
 - Area di ammissione
 - Percorsi
 - Diagnostiche
 - SS.OO.
 - Letti Intensivi e Subintensivi

19







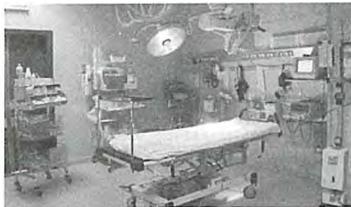
Elementi fondamentali di un Sistema Organizzato

- Soccorso preospedaliero “evoluto”
- Logistica adeguata
- Iter diagnostico-terapeutico intraospedaliero codificato
- Gestione in squadra con “Trauma Leader”

23

Approccio “multidisciplinare”

- Rianimazione e diagnostica contemporanee
 - A, B, C, D, E
 - Iter di diagnostica strumentale essenziale
- Stabilire le priorità terapeutiche



24

Elementi fondamentali di un Sistema Organizzato

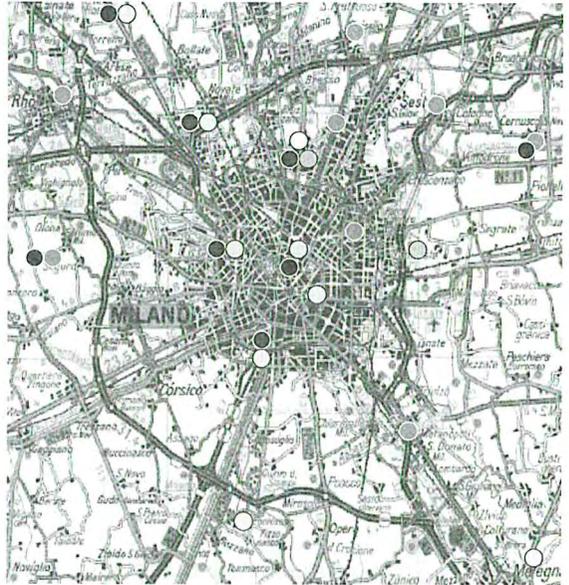
- Soccorso preospedaliero “evoluto”
- Logistica adeguata
- Iter diagnostico-terapeutico intraospedaliero codificato
- Gestione in squadra con “Trauma Leader”

25

Centro Traumi di Area (CTA)

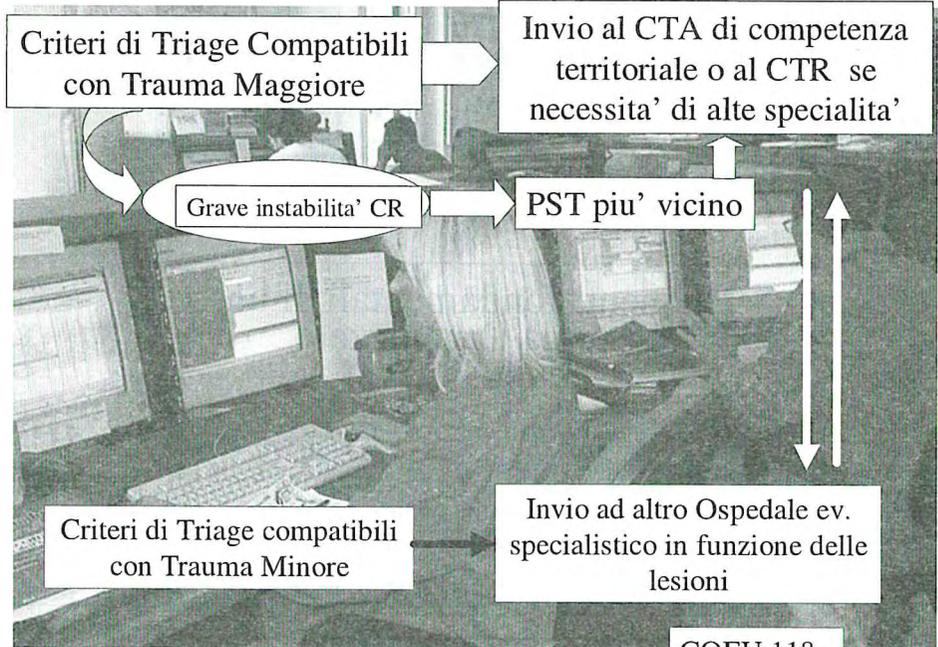
Centro Traumi Regionale (CTR)
(1200 accessi/anno,
20% traumi maggiori)

Presidio Stabilizzazione Traumi (PST)



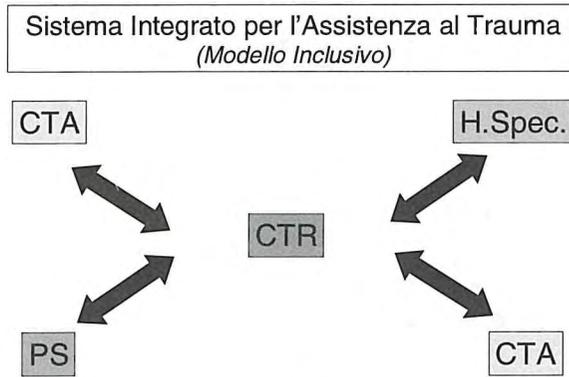
- Automedica
- Elisoccorso

26

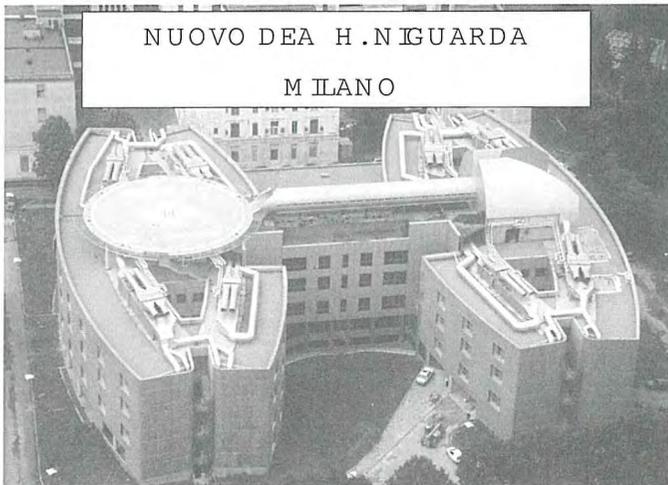


27

COEU 118



28



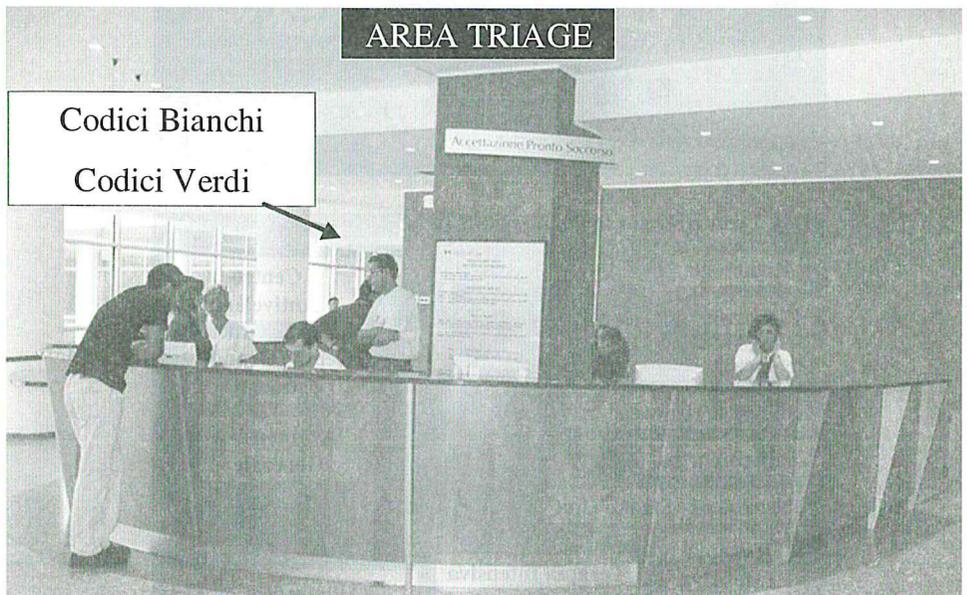
29



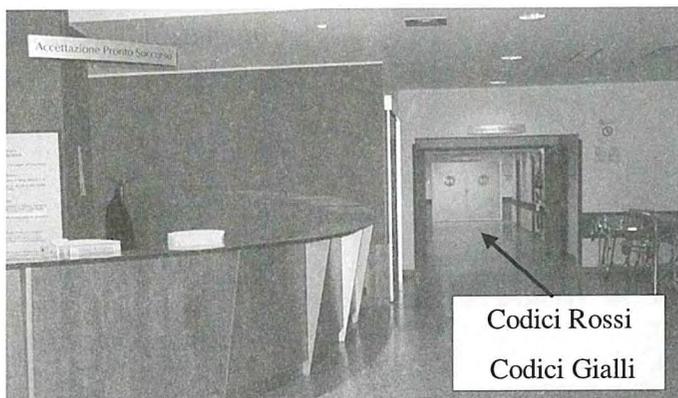
30



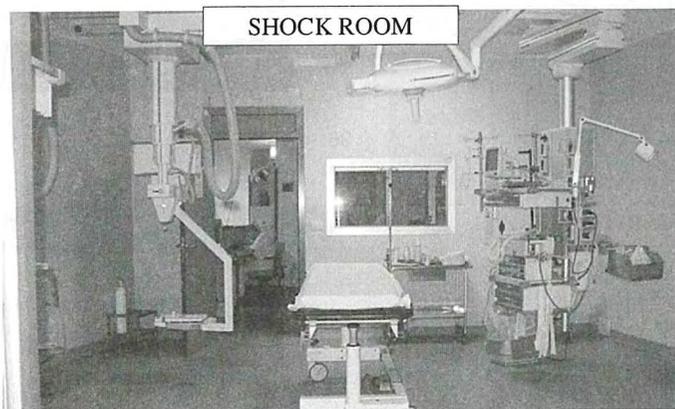
31



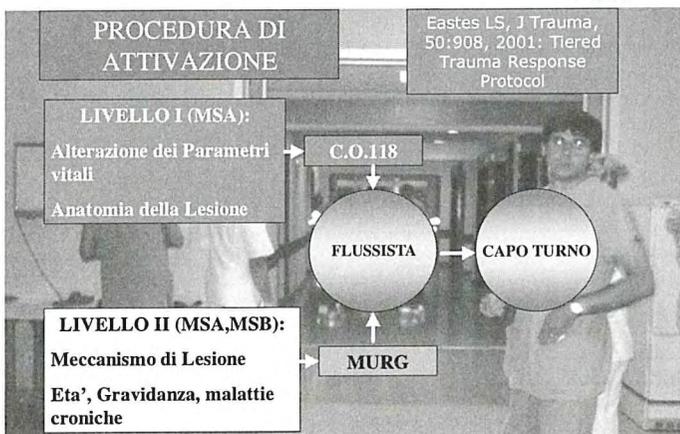
32



33



34



35

Trauma Team Niguarda

- Chirurgo 1 (team leader)
 - Chirurgo 2,
 - Anestesista 1
 - Anestesista 2 o MURG
 - IP 1
 - IP 2
 - OTA
 - Tecnico radiologia
- Presenti 24 h all'interno del DEA:
- Radiologo
 - Ortopedico
 - Neurochirurgo

- Chirurgo toracico,
- cardiaco, vascolare,
- plastico-CU, maxillo-
- facciale, pediatrico, ORL,
- Oculista, Trapianti,
- Ginecologo, Intensivista
- pediatrico

38



39



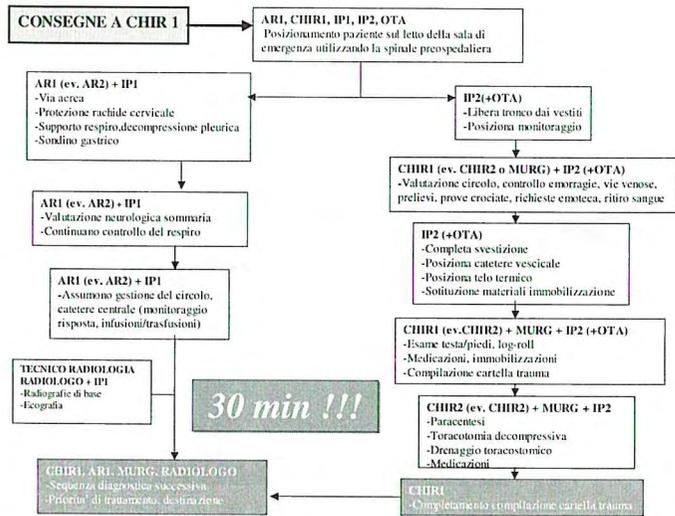
40



41



42





44



45



46



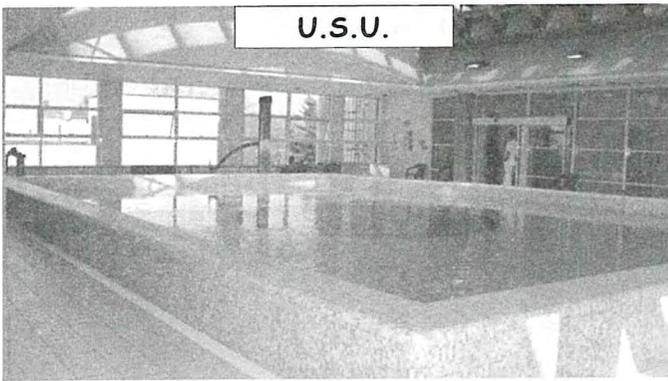
47



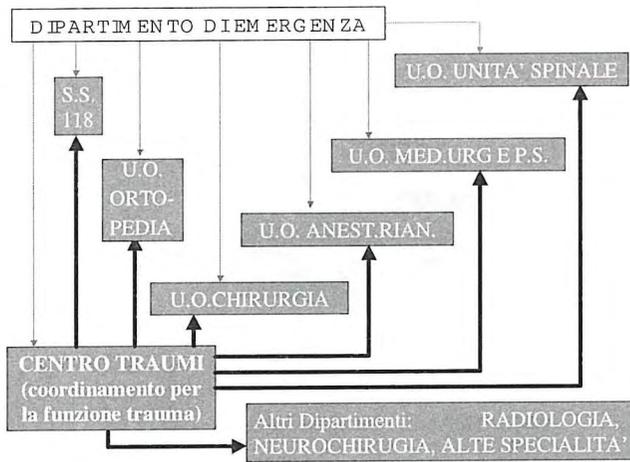
48



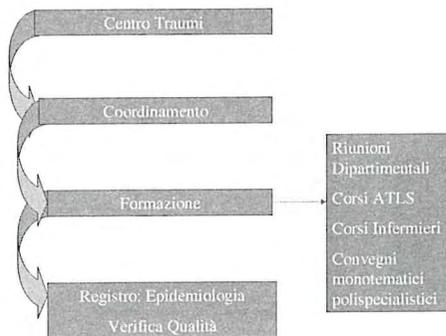
49



50



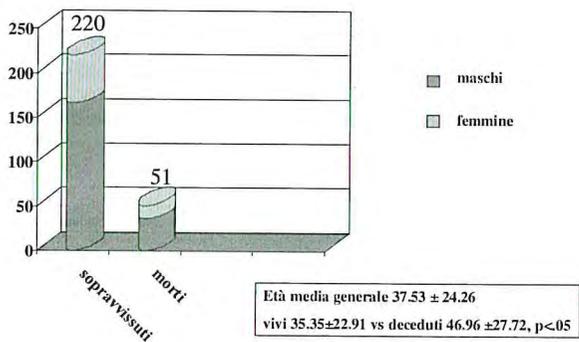
51



52

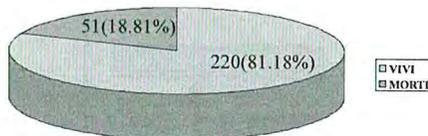
REGISTRO TRAUMI

271 accettazioni in shock room (01-10-02/ 30-06-03) in codice rosso/giallo



53

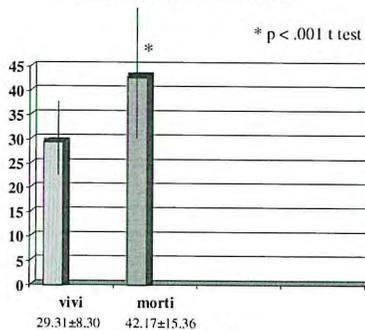
Mortalità



CNS50.98%
HEM31.37%
CNS + HEM11.76%
MOF5.88%

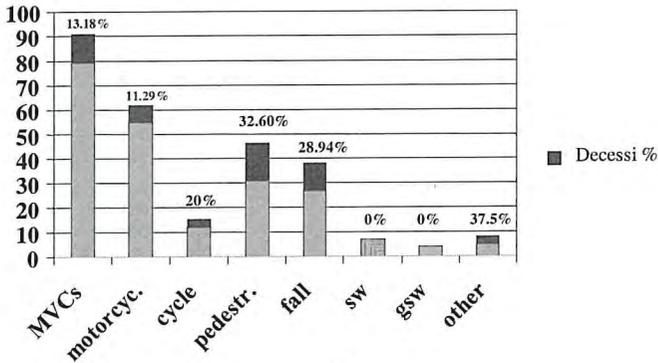
54

ISS E OUTCOME



55

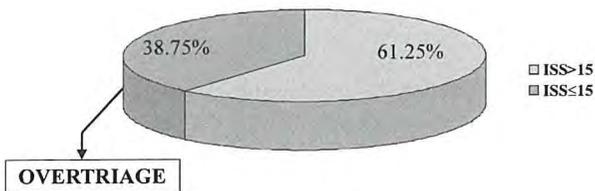
Fig. 1 MECCANISMO DI TRAUMA & OUTCOME



56

OVERTRIAGE

ISS MEDIO GENERALE 27.35 ± 6.58

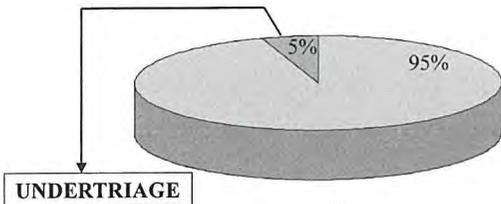


OVERTRIAGE

57

UNDERTRIAGE

1/10/02 – 30/06/03: 1811 SDO 800-939 e 950-959.9
 -Criteri di triage trauma maggiore 271 (14.96%)
 -Assenza dei criteri 1540: deceduti.....35
 ricovero T.I...42



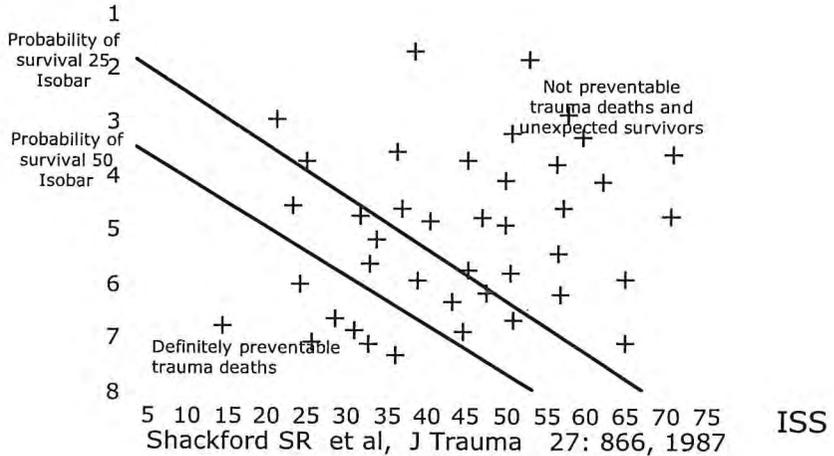
UNDERTRIAGE

58

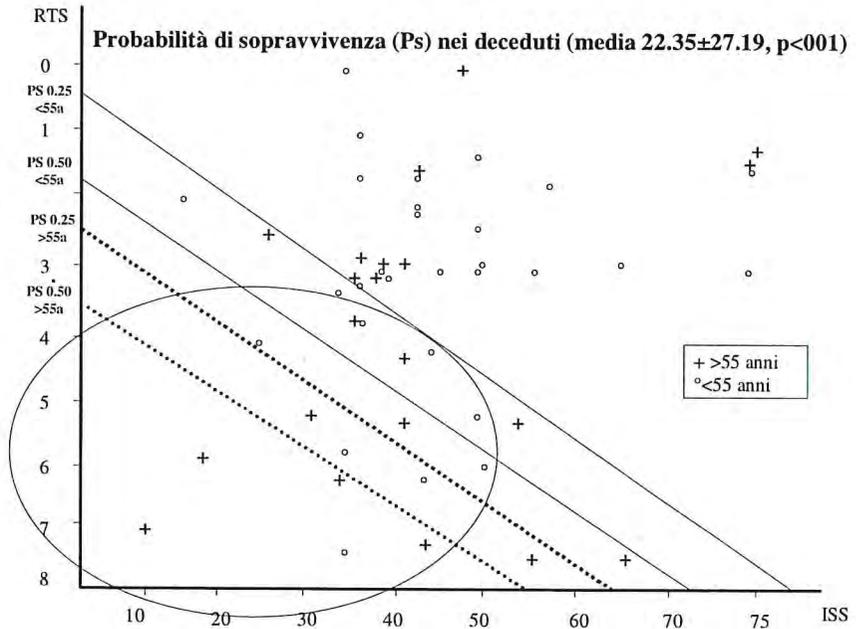
**MAJOR TRAUMA OUTCOME STUDY:
TRISS CALCULATION**

RTS

$P_s = 1/(1 + \exp(-B))$ where $B = B_0 + B_1(RTS) + B_2(ISS) + B_3(\text{age})$



59



60

Ps 0.65, ISS 50, RTS 5.96, Trauma-Cura definitiva > 6 ore

BG, 46 a, maschio, pedone investito, 29/10/02 h 14.50

118: GCS 7, PA 150/90, P 100, sat 99%

Per difficoltà all'intubazione viene portato all'Ospedale più vicino (H.S.C.) ove viene intubato e trattenuto per accertamenti (Niguarda già allertato ed in attesa del paziente). Riscontro di emoperitoneo (emodinamica stabile) e trasporto in C.O. ove viene eseguita una resezione polare superiore della milza

P.S. Niguarda: giunge per trasferimento secondario 30/10/02, h 02.00. GCS 3, anisocoria rigida, emodinamica sostenuta da amine. Trasporto in C.O. per evacuazione em.sottodurale sin./intraparenchimale temp.sin, PIC (>30), coma barbiturico, decompressione ossea. Exitus 02/11/02.

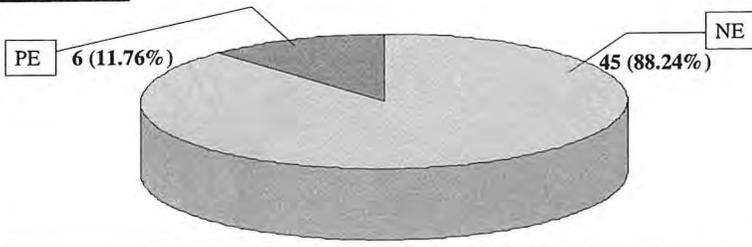
Autopsia: intensa infiltrazione emorragica del ponte

61

Evitabilità dei decessi

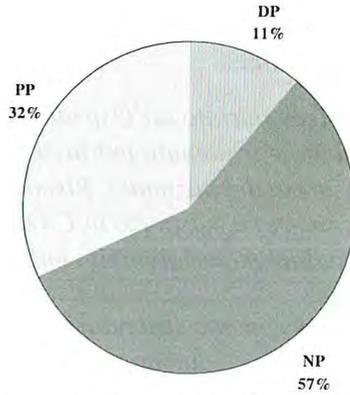
- 2 casi di complicanza respiratoria dopo corretta gestione iniziale (1 ARDS dopo 1 mese in giovane con TRA, 1 ACC in anziano con lesione del dente)
- 1 caso di ritardato trasferimento da altro ospedale
- 2 casi di tempistica dubbia in pazienti nch
- 1 caso di lesione misconosciuta (pnx iperteso) in shock room

Giudizio clinico



62

PREVENTABILITY OF TRAUMA DEATHS



TRISS:

NP 8.30 ± 7.98

PP 46.89 ± 21.32

DP 73.37 ± 16.33

Inter-panel agreement (K=1 perfect agreement; K=0 agreement by chance)

	NP	PP	DP	ALL
K	0.87	0.84	0.97	0.88

Chiara et al., Injury 2002

Trauma Center ← Trauma System

Nel Trauma Maggiore il Tempo tra l'Evento e la Cura Definitiva è una Variabile Fondamentale per la sopravvivenza

- Right Patient*
- Right Time*
- Right Place*



NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI E FORMATIVI ALLA PERSONA IN SITUAZIONE CRITICA

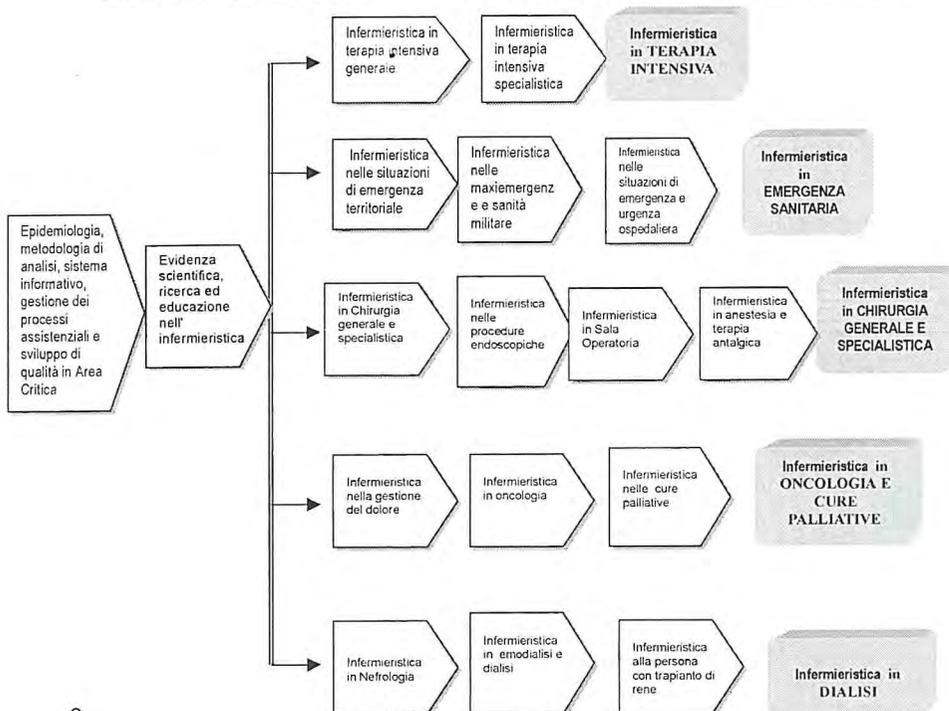
Master in Infermieristica in Area Critica

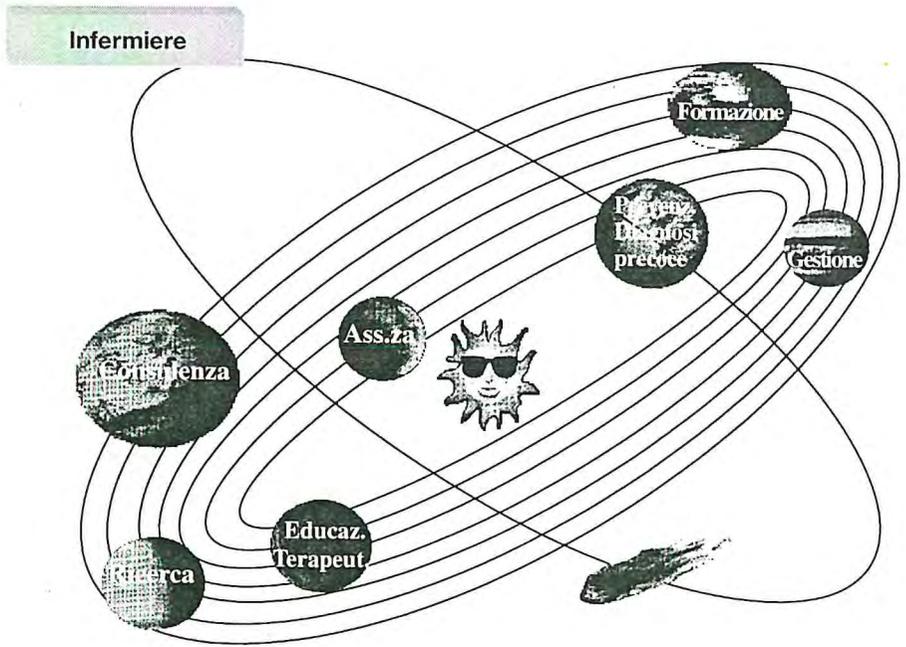
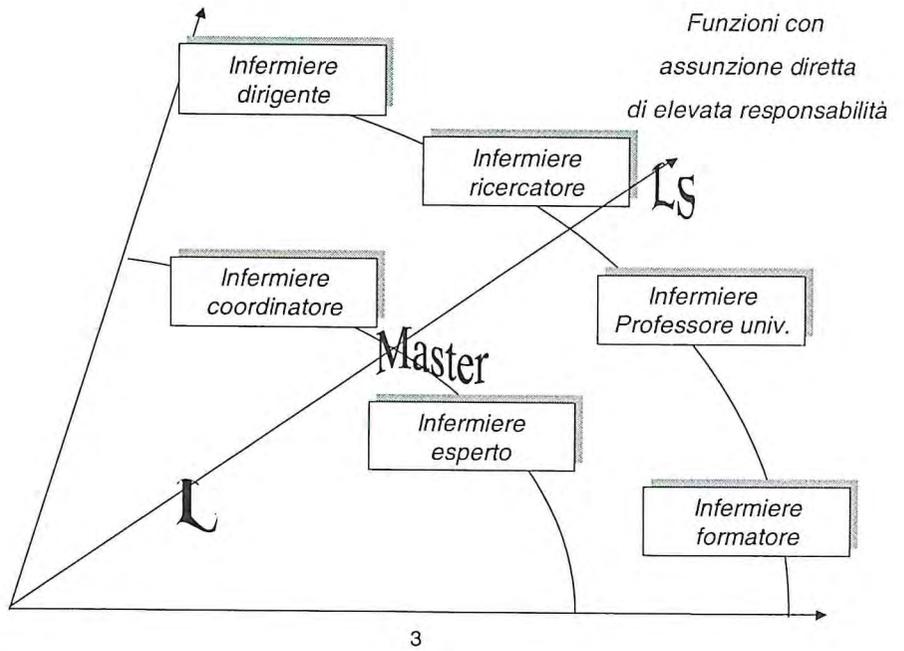
D. MASSAI

Comitato Centrale Federazione IPASVI

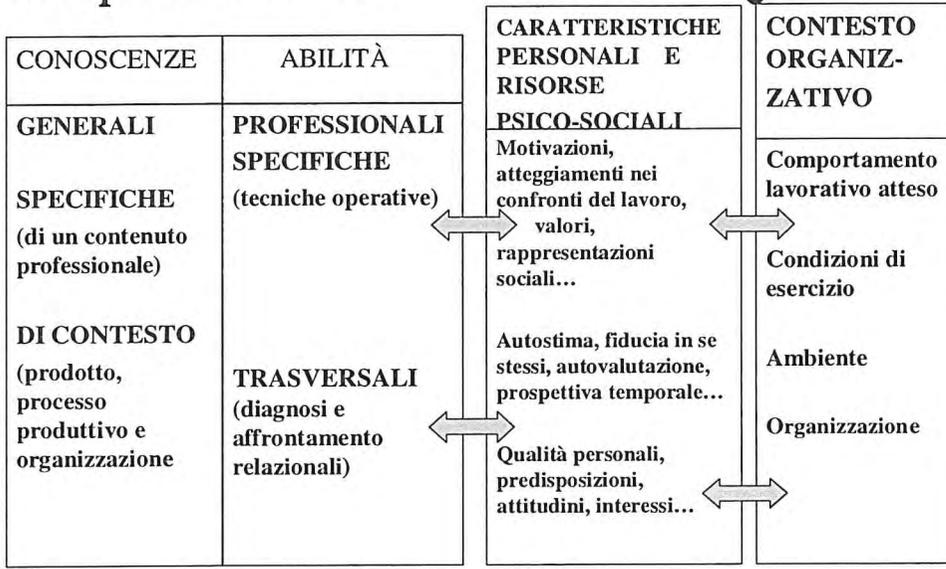


Master Infermieristica in Area Critica



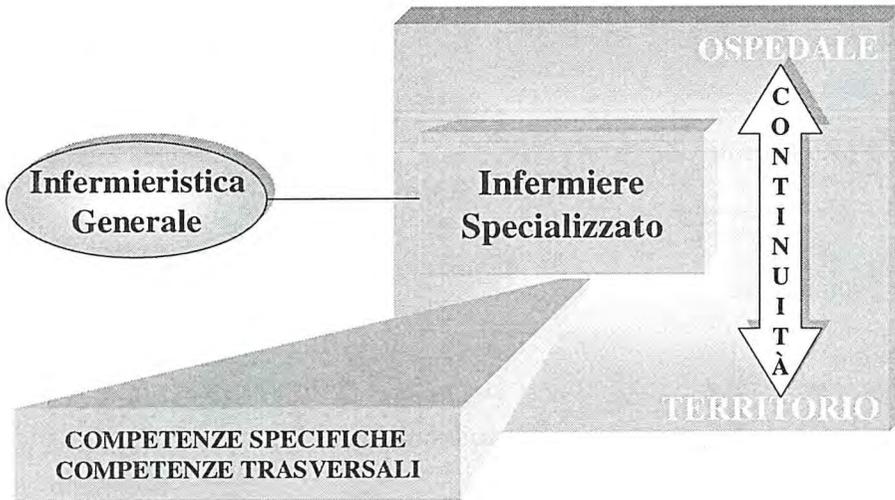


Competenza Professionale e Contesto Organizzativo



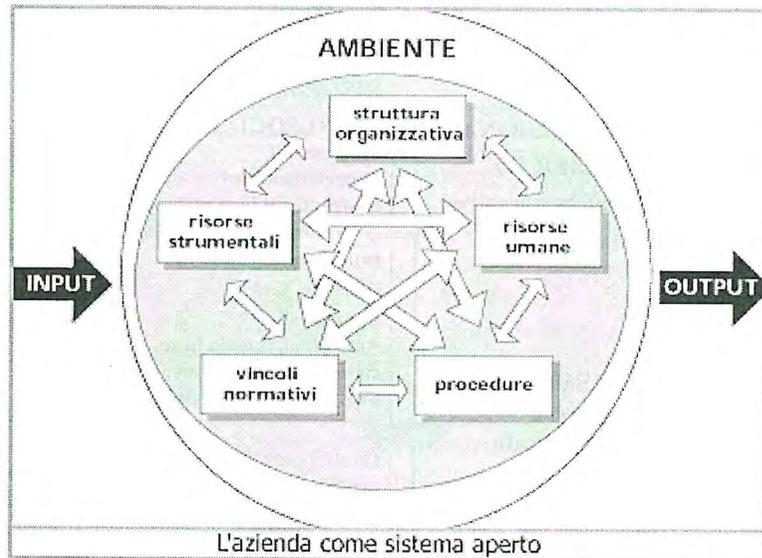
5

Competenze per l'Infermiere



6

IL SISTEMA APERTO



7

LE FASI DEL CAMBIAMENTO



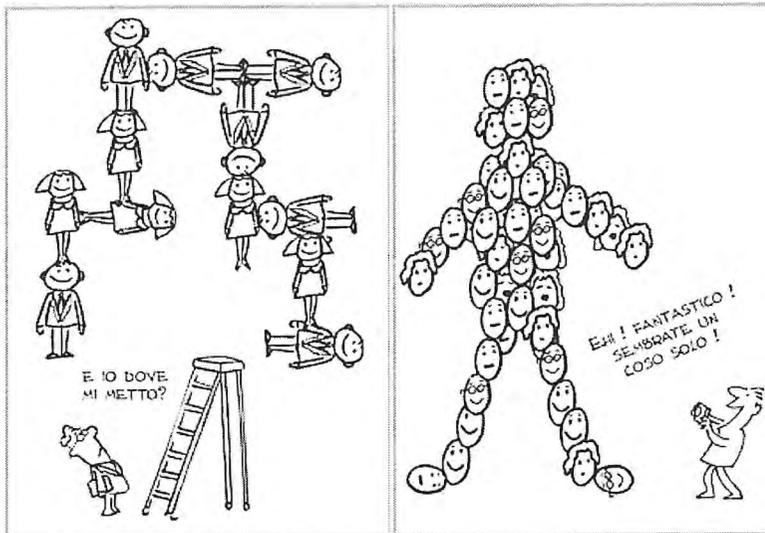
8

IL PROCESSO

- L'Approccio per processo
- Processi e Funzioni
 - Gestione dei processi
- Rappresentazione di processi
- Processi Integrati
 - Le Procedure



9



La struttura organizzativa

La gestione flessibile nel sistema dipartimentale

- Il contesto
- I modelli dipartimentali
- La professione infermieristica?
- Le proposte
- La «visione» del futuro



11



12

Norme per il riconoscimento della Formazione

Legge 42/1999

Legge 251/2000

Legge 1/2002

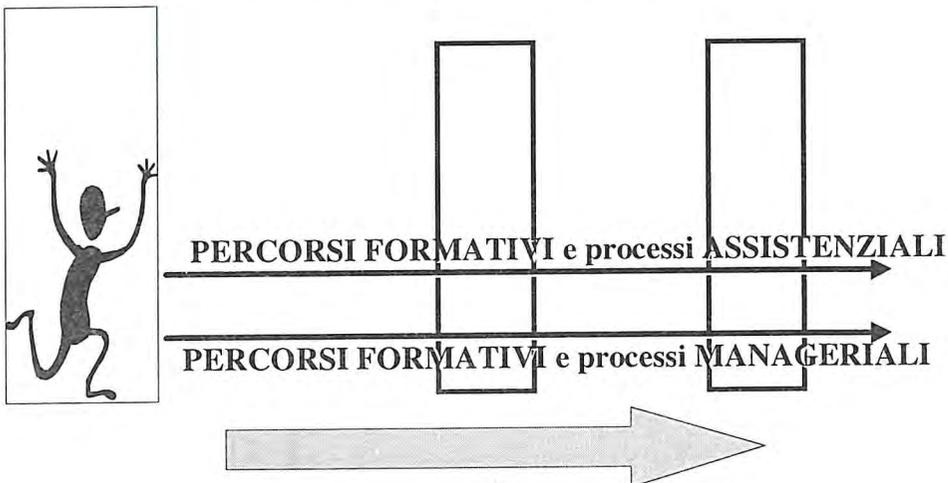
P.S.R.

C.C.N.L.

Art. 29 ...

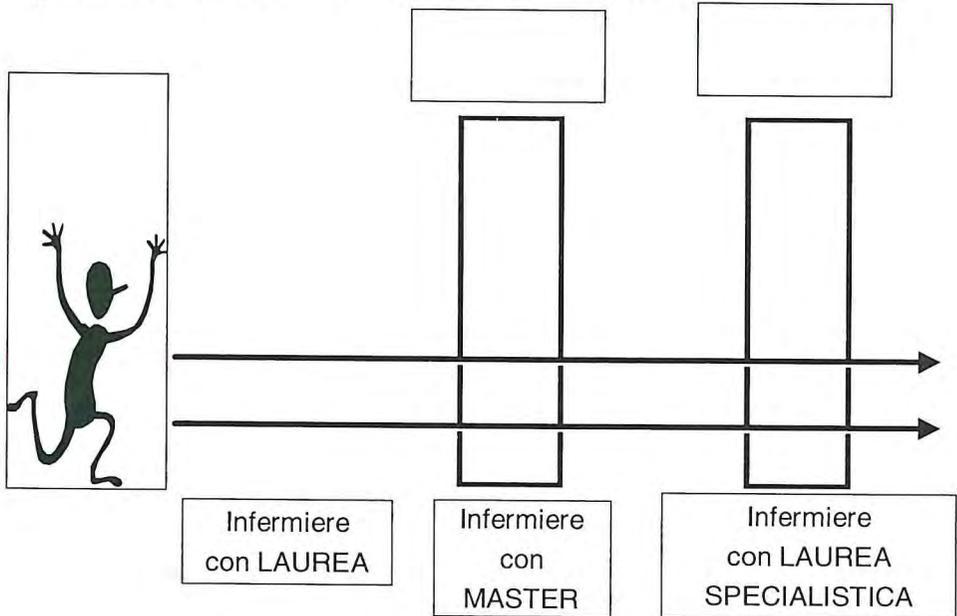
13

Sviluppo di carriera



14

Sviluppo formativo, professionale e economico



Grazie!

SEZIONE POSTER

~~8~~ 31

IL TRASPORTO INTER ED INTRA OSPEDALIERO DEL PAZIENTE CRITICO

Dott. C. PONTECORVO ⁽¹⁾, I.P. D. CANTÙ ⁽²⁾, I.P. F. CIPRIANI ⁽²⁾,
A.F.D. B. VILLA ⁽²⁾, A.F.D. M. BONI ⁽³⁾

⁽¹⁾ U.O. Anestesia e Rianimazione - Direttore struttura semplice Pronto Soccorso Cernusco sul Naviglio

⁽²⁾ U.O. Anestesia e Rianimazione Cernusco sul Naviglio

⁽³⁾ U.O. Pronto Soccorso Cernusco sul Naviglio

Riassunto

Il trasporto è un momento di potenziale instabilità delle condizioni cliniche del paziente critico, che può pertanto essere esposto a rischi ulteriori rispetto a quelli legati alla patologia di base.

I rischi possono essere minimizzati con un'accurata organizzazione del trasferimento, con un'attenta preparazione clinica del paziente, con l'accompagnamento da parte di personale sanitario qualificato e con un adeguato equipaggiamento tecnico.

Premessa

Il paziente critico è colui che, a causa della grave compromissione di uno o più organi e/o apparati, deve dipendere da strumenti di supporto delle funzioni vitali e/o da monitoraggio e/o terapia avanzati, o ancora un paziente soggetto a possibile improvviso peggioramento delle funzioni vitali.

Il trasporto del paziente critico, sia all'interno sia all'esterno dell'ospedale è un momento particolarmente delicato dell'assistenza che i Medici Anestesisti Rianimatori dedicano ai pazienti in precarie condizioni cliniche.

L'Anestesista Rianimatore – previa valutazione – accompagna e trasporta i pazienti di cui decide e ritiene di doversi prendere cura, se degenti in Unità operative diverse da quelle di competenza diretta; l'Anestesista Rianimatore non è quindi il «trasportatore» di tutti i pazienti che necessitino di un trasferimento.

Personale

Ogni servizio d'Anestesia e Rianimazione dovrebbe dotarsi di un protocollo interno che stabilisca le procedure d'accompagnamento in relazione alla complessità del paziente.

È consigliabile che l'équipe di trasporto sia composta da due sanitari:

- Anestesista Rianimatore;
- Infermiere, preferibilmente d'Area Critica

entrambi con esperienza in area critica di almeno due anni.

Il coinvolgimento d'altre figure professionali – in particolare nel trasporto inter-ospedaliero – è a discrezione dell'Anestesista Rianimatore.

Se il paziente è degente in Terapia Intensiva è preferibile che l'Infermiere sia lo stesso che lo assiste in reparto.

Qualora si decida che il trasporto possa essere effettuato da due Infermieri, uno dovrà essere opportunamente addestrato.

Il Paziente

Prima di iniziare il trasferimento:

- procedere all'intubazione tracheale preventivamente, nel dubbio di peggioramento della funzione ventilatoria o della pervietà delle vie aeree. Il tubo tracheale deve essere ancorato saldamente al fine di evitare pericolose dislocazioni in itinere; a tale scopo è preferibile, se possibile, utilizzare la via naso-tracheale;

- posizionare e mantenere una sonda naso-gastrica;
- posizionare due vie venose di calibro adeguato, accuratamente fissate al fine di evitare dislocazioni in itinere, con relativo rubinetto a tre vie e prolunga;
- fissare accuratamente eventuali drenaggi e verificarne il corretto funzionamento, in particolare di quelli toracici, sostituendo in quest'ultimo caso gli ingombranti sistemi di raccolta con valvole unidirezionali;
- immobilizzare tutti i focolai di frattura certi o dubbi, ponendo particolare attenzione al rachide;
- posizionare, se indicato, un catetere vescicale;
- garantire un'adeguata protezione termica;
- se necessario eseguire copertura analgesica ed eventuale sedazione;
- verificare il corretto funzionamento dei sistemi di monitoraggio, di ventilazione (se in uso), delle pompe d'infusione (*durata delle batterie!!!*) e della quantità d'ossigeno presente nelle bombole.

Si raccomanda sempre l'utilizzo di filtri umidificatori/antibatterici nei pazienti intubati e ventilati.

Trasporto Intra-Ospedaliero

- Ogni trasporto deve essere preceduto da una corretta comunicazione ed accordo, tra il personale sanitario (Medico e Infermiere) che ha in cura il paziente ed il personale sanitario (Medico e Infermiere) accettante, sulle condizioni del paziente e sull'indagine e/o trattamento da eseguire;

- deve essere verificato preventivamente che l'area che dovrà ricevere il paziente sia pronta ed in grado di eseguire immediatamente quanto programmato (TAC, angiografia, intervento chirurgico, ricovero, ecc.) in modo da ridurre al minimo i tempi di permanenza del paziente all'esterno dell'area di cura;

- deve essere verificato preventivamente che nell'area che riceverà il pa-

ziente, siano disponibili e funzionanti i supporti tecnici e logistici necessari (prese O₂, prese di corrente, ventilatore polmonare, ecc.).

Trasporto Inter-Ospedaliero

Nella preparazione del trasferimento inter-ospedaliero è inoltre essenziale:

- identificare l'ospedale ricevente e quando possibile effettuare le comunicazioni su linea telefonica registrata della C.O.E.U. 118 di riferimento;
- identificare nome e cognome del Collega che accetta telefonicamente il paziente ed eventuale nome del Collega che subentra in turno di guardia (spesso contatti telefonici e trasporti avvengono negli orari di cambio turno);
- comunicare i tempi stimati di trasporto;
- se il paziente è cosciente ed in grado di intendere, informarlo sulle motivazioni del trasferimento;
- informare i parenti sulle motivazioni che inducono ad effettuare il trasporto ed avviarli all'ospedale ricevente; non si ritiene consigliabile che i famigliari viaggino a bordo dell'ambulanza, per motivi d'ordine emotivo e psicologico degli stessi;
- raccogliere tutti i documenti clinici del paziente (relazione clinica, esami ematici, radiografie, TAC, ECG, ecc.) che dovranno essere consegnati al Collega dell'ospedale ricevente;
- compilare la scheda di trasporto.

In Ambulanza

Una volta caricata la barella sull'ambulanza, prima di partire:

- garantirsi un adeguato e comodo accesso al paziente, testa in particolare, e agli accessi venosi;
- riverificare, secondo lo schema ABCDE, l'adeguatezza dell'approccio assistenziale controllando il tubo tracheale e le apparecchiature d'assistenza ventilatoria, il corretto funzionamento delle vie venose e dei drenaggi;
- riordinare eventuali e pericolosissimi aggrovigliamenti di cavi e tubi;
- verificare che il paziente sia saldamente assicurato alla barella, con gli appositi mezzi d'immobilizzazione;
- controllare che la borsa/zaino del materiale d'emergenza e la documentazione clinica del paziente siano a bordo;
- ricordare all'autista del mezzo di mantenere un'andatura regolare ed una guida prudente e sicura.

Supporto tecnico e dotazione

Il trasporto del paziente critico richiede l'uso d'idonei strumenti dedicati

ed è quindi indispensabile disporre di mezzi di controllo dei parametri emodinamici, d'ossigenazione, di ventilazione polmonare e delle infusioni di farmaci e liquidi.

Gli strumenti da utilizzare durante il trasporto vanno verificati nel funzionamento, prima di connetterli al paziente.

Il materiale e gli apparecchi debbono essere sistemati in modo da essere facilmente accessibili al personale sanitario; non debbono assolutamente essere appoggiati al paziente.

Esistono accessori, che possono essere connessi solidamente con la barella di trasporto, sui quali disporre il materiale sanitario; in alternativa, nel *trasporto intra-ospedaliero*, può essere montato un piano sotto la barella, sul quale disporre materiali e strumenti.

Consigliabile che la barella disponga di ruote d'ampio diametro per ridurre la difficoltà di movimento.

Se all'interno dell'Ospedale le connessioni per l'ossigeno e le prese elettriche non sono standardizzate, è consigliabile disporre di una piccola borsa che contenga adattatori e connessioni di vario modello, sia per i gas medicali sia per l'alimentazione elettrica.

Analoga precauzione deve essere presa in caso di *trasporto inter-ospedaliero*, se non si utilizza sempre lo stesso tipo d'ambulanza.

Monitoraggio parametri

È da considerarsi:

obbligatorio e di minima disporre di: frequenza cardiaca, monitor ECG, pulsossimetro, PA non invasiva (NIBP), defibrillatore con sincronizzatore;

raccomandato: ETCO₂ (nei pazienti intubati e ventilati), Temperatura;

ideale: disporre di un monitor compatto multiparametrico per trasporto, dotato di ECG, SpO₂, Pressione arteriosa incruenta (NIBP), Pressione arteriosa invasiva (1° canale), ETCO₂, 2° canale pressione invasiva (opzionale), frequenza respiratoria, temperatura, defibrillatore con sincronizzatore, registrazione degli eventi.

L'autonomia elettrica deve essere di almeno 60 minuti (controllare lo stato delle batterie!!!).

Ventilatore polmonare portatile

Deve essere di dimensioni e peso contenuti, di facile pulizia; sono da considerare:

obbligatori e di minima: allarmi sonori e visivi di deconnessione e di alta Paw, possibilità di ventilazione con FiO₂ al 100%, manometro di pressione delle vie aeree (Paw), possibilità di utilizzare la PEEP;

raccomandati: la visualizzazione del volume minuto erogato, la possibilità di ventilazione in miscela aria/ossigeno, visualizzazione del Volume Corrente, visualizzazione della frequenza respiratoria;

ideali: la possibilità di modificare la FiO_2 con un miscelatore aria/ O_2 , la possibilità di inserire un trigger regolabile, la possibilità di impostare una ventilazione a domanda di flusso, la possibilità di visualizzare la reale spirometria.

La disponibilità di ventilatori da Terapia Intensiva – autonomi nelle fonti di gas medicali e d'elettricità – durante il trasporto di pazienti selezionati, è da considerare ottimale per chi disponesse di questa risorsa.

Pompe

Sia volumetriche, sia a siringa, per garantire l'infusione di liquidi e la somministrazione dei farmaci essenziali al trattamento del paziente; debbono essere dotate di batterie che permettano un'autonomia di almeno 60 minuti (controllare lo stato delle batterie!!!).

Per completare la dotazione tecnica necessaria per procedere in sicurezza al trasporto del paziente critico occorre disporre anche di una borsa/zaino per farmaci e materiali d'uso, di scorta e d'emergenza, di un aspiratore elettrico a batteria per le secrezioni faringo-bronchiali completo di sonde, obbligatoria la presenza di un pallone di ventilazione manuale autoespandibile e di un aspiratore manuale (considerare sempre il possibile guasto del ventilatore e dell'aspiratore elettrico).

Scheda di trasporto

Ha la finalità di: documentare l'assistenza durante il trasferimento, registrare i parametri vitali del paziente, segnalare eventuali modificazioni cliniche, registrare i tempi di trasferimento, documentare la presa in carico del paziente da parte del medico accettante (firma).

Indispensabile che contenga i seguenti dati: dati del paziente, condizioni neurologiche, condizioni cardiocircolatorie, condizioni respiratorie, infusioni e terapie, cateteri e drenaggi, scala di valutazione del dolore, immagine schematica anteriore e posteriore del corpo umano, ove segnalare con apposita legenda, eventuali ferite, fratture, lussazioni, ustioni, ecc., elenco dei documenti allegati, ora di partenza e d'arrivo, nome ospedale e reparto che riceve il paziente, nome e qualifica medico e infermiere che hanno effettuato il trasporto con relative firme, nome e qualifica del medico che riceve ed accetta il paziente con relativa firma, data e ora.

Trasporto Inter-Ospedaliero con Elicottero

Nell'ambito del trasferimento inter-ospedaliero, l'impiego dell'elicottero equipaggiato con un Medico Anestesista Rianimatore ed un Infermiere dotati di adeguate strumentazioni sanitarie, offre al paziente, compatibilmente con le potenzialità complessive del velivolo, indubitabili e importanti vantaggi in termini di velocità ed atraumaticità del trasporto, ma nel frattempo presenta pro-

blematiche e caratteristiche tali da richiederne un utilizzo assolutamente oculato e mirato in ossequio ad un'attenta valutazione del rapporto costo/beneficio e rischio/beneficio.

L'utilizzo dell'elicottero nei trasporti assistiti inter-ospedalieri, definito correntemente come intervento «secondario», prevede il trasferimento di un paziente di norma critico da un ospedale ad un altro, per esecuzione di accertamenti diagnostici e/o trattamenti terapeutici urgenti che non possono essere effettuati nell'ospedale di prima accettazione.

Indicazioni

A) Trasporto Urgente

Il trasporto inter-ospedaliero urgente riguarda pazienti acuti in immediato pericolo di vita o con quadri patologici la cui prognosi è legata al tempo di instaurazione di una terapia specifica. L'urgenza è ovviamente definita dal rapporto tra quadro clinico e «capacità» strutturale dell'ospedale richiedente in termini di diagnosi, terapie e/o possibilità di ricovero in ambiente ospedaliero adeguato.

I tempi di intervento sono di norma assimilabili a quelli garantiti nell'ambito di missioni direttamente indirizzate al territorio (cosiddetti interventi «primari»), fatti salvi i presupposti logistici.

B) Trasporto Differibile

Riguarda pazienti gravi che necessitano di ricovero in ambiente specialistico, la cui patologia, in relazione a terapie in atto e/o ad instabilità clinica del paziente, possa essere aggravata da un trasporto via terra. Tale trasporto riveste caratteri di programmabilità e sarà pertanto espletato dal Servizio Elisoccorso, in subordine alle esigenze di interventi più urgenti.

Nell'ambito dei criteri di valutazione sull'opportunità dell'impiego di un elicottero sanitario, deve essere preso in considerazione anche il fattore «tempo» mantenendo l'attenzione sulla competitività dei vari mezzi disponibili alla luce dalla somma dei tempi delle singole fasi dell'intervento (contatto telefonico, verifica della fattibilità, messa in moto, volo di trasferimento, trasferimento équipe sanitaria, consegne, barellamento, ritrasferimento alla piazzola, messa in moto, volo sanitario, trasferimento dalla piazzola all'ospedale di destinazione, etc.) verso un trasporto con centro mobile di rianimazione ordinariamente subito disponibile.

Pianificazione dell'intervento

A) Richiesta

La richiesta deve essere formulata di norma dal Medico Anestesista

Rianimatore che ha in cura il paziente ed indirizzata al Collega della Centrale Operativa 118 di competenza, al quale spetta una prima valutazione dell'indicazione ed il successivo reperimento del mezzo aereo necessario, solo dopo aver ottenuto la certezza dell'individuazione dell'ospedale di destinazione.

B) *Supporto logistico*

Tutto quanto concerne l'individuazione delle aree di atterraggio, i mezzi di trasporto, le comunicazioni necessarie ed ogni altra necessità logistica sarà gestita dalla C.O. 118 competente per gli ospedali interessati.

Preparazione del Paziente al trasporto

Debbono essere rigorosamente rispettati i canoni di una corretta preparazione (in analogia a quanto già illustrato in precedenza), e il trasporto deve essere assimilabile ad una «scorta sanitaria» nell'ambito della quale, di norma non devono essere previsti atti terapeutici ed assistenziali impegnativi.

Quanto sopra in relazione alla ridotta possibilità di movimentazione a bordo ed alle necessariamente limitate dotazioni sanitarie dell'aeromobile.

Presupposto fondamentale di un intervento inter-ospedaliero urgente è che il paziente si trovi in reali o potenziali condizioni critiche per quanto concerne i parametri vitali e quindi la stabilizzazione degli stessi sia garantita attraverso l'impiego di presidi e farmaci utilizzati sulla base di opportuni protocolli preordinati.

Per quanto concerne la situazione di trasporto inter-ospedaliero differibile, oltre alle precisazioni precedentemente espresse, risulta essenziale tenere presente quanto segue:

a) ridurre al minimo o meglio sospendere qualsiasi variazione terapeutica o di ventilazione significativa nelle ore precedenti;

b) controllare il corretto posizionamento di qualsiasi catetere per escludere mal posizionamenti o potenziali patologie iatrogene ed adottare i migliori provvedimenti per non comprometterne l'impiego;

c) concordare attentamente i presidi da adottare in caso di drenaggi (specie toracici) già posizionati;

d) interrompere per tempo l'eventuale alimentazione enterale e sostituire la terapia parenterale con infusioni di mantenimento;

e) descrivere accuratamente, al momento della richiesta, l'eventuale necessità di raccorderie particolari o di quant'altro (compreso ad esempio il fabbisogno complessivo di ossigeno) possa risultare peculiare per il caso in questione.

Particolare cura andrà infine posta nella predisposizione della documentazione di accompagnamento del paziente che dovrà risultare completa ed ordinata.

Bibliografia

1. OLSON C.M. et al.: *Stabilisation of patient prior to interhospital transfer* – Am J Emerg Med 5:33-39, Gennaio 1987.
2. HURST JM, DAVIS K, BRANSON RD, JOHANNIGMAN JA.: *Comparison of blood gases during transport using two methods of ventilatory support.* – The Journal of Trauma 1989; 29:12, 1637-40.
3. SMITH I., FLEMING S., et al.: *Mishaps during transport from the intensive care unit.* – Critical Care Medicine, 1990 mar., 18(3): 278-81.
4. RUNCIE CJ, REEVE WR, WALLANCE PGM.: *Preparation of the critically ill for interhospital transfer.* – Anaesthesia 1992; 47:327-31.
5. VENKATARAMAN ST., ORR RA.: *Intrahospital transport of critically ill patients.* – Critical Care Clinics, 1992 Jul., 8(3), 525-31.
6. Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Australasian College for Emergency Medicine: *Minimum Standards of transport of the Critically Ill.* P03 Febbraio 1992.
7. FROMM RE, DELLINGER RP: *Transport of critically ill patients.* – J Int Care Med 1992; 7:223-233.
8. Committee of the American College of Critical Care Medicine and Society of Critical Care Medicine and American Association of Critical Care Nurses transfer guidelines Task Force: *Guidelines for the transfer of critically ill patients.* – Critical Care Medicine 1993; Vol 21 No.6 pp 931-937.
9. Gruppo di Studio SIAARTI per l'Assistenza al Paziente: *Raccomandazioni per l'assistenza al paziente durante il trasporto medicalizzato secondario* – Notiziario SIAARTI 1994; 4.
10. Portuguese Society for Intensive Care: *Guidelines for the transport critically ill patients* Dicembre 1997.
11. FERDINANDE P.: *Recommendations for intra-hospital transport of the severely head injured patient.* – Intensive Care Med. (1999) 25: 1441-1443.
12. WALLACE P.G.M., RIDLEY S.A.: *Transport of critically ill patients.* – BMJ 1999; 319:368-371.
13. Intensive Care Society: *Guidelines for the transport of critically ill adult* – London 2002.
14. Australian and Zealand College of Anaesthetists and Joint Faculty of Intensive Care Medicine and Australasian College for Emergency Medicine: *Minimum Standards for Intrahospital Transport of Critically Ill Patients* – Review PS39 – Febbraio 2003.

Il Trasporto Inter ed Intra Ospedaliero del Paziente Critico

EQUIPE DI TRASPORTO

- ANESTESISTA RIANIMATORE
- INFERMIERE AREA CRITICA

Il trasporto del paziente critico, sia all'interno sia all'esterno dell'ospedale è un momento particolarmente delicato dell'assistenza che gli infermieri di area critica dedicano ai pazienti in precarie condizioni cliniche.

TRASPORTO INTRA-OSPEDALIERO

- PRECEDUTO DA CORRETTA COMUNICAZIONE E ACCORDO TRA PERSONALE SANITARIO CHE HA IN CURA IL PAZIENTE ED IL PERSONALE ACCETTANTE
- VERIFICARE SE L'AREA ACCETTANTE SIA PRONTA AD ESEGUIRE QUANTO PROGRAMMATO
- VERIFICARE SE DISPONIBILI SUPPORTI TECNICI E LOGISTICI (prese O2, prese corrente, ventilatore polmonare ecc..)

PREPARAZIONE DEL PAZIENTE

- INTUBAZIONE PREVENTIVA: Buon fissaggio per evitare dislocazioni.
- SNG.
- INCANNULARE DUE GROSSE VENE PIU' RUBINETTO TRE VIE E PROLUNGHE.
- IMMOBILIZZARE FOCOLAI DI FRATTURA.
- POSIZIONARE SE INDICATO C.V.
- PROTEZIONE TERMICA
- SE NECESSARIO ESEGUIRE ANALGESICI O SEDAZIONE
- CONTROLLO STRUMENTI.

TRASPORTO INTER-OSPEDALIERO

- IDENTIFICARE L'OSPEDALE RICEVENTE
- IDENTIFICARE NOME DEL COLLEGA
- COMUNICARE I TEMPI STIMATI DEL TRASPORTO
- SE PZ COSCIENTE, INFORMARLO
- INFORMARE PARENTI E INVIARLI ALL'OSPED. E RICEVENTE: sconsigliato che viaggino in ambulanza
- RACCOGLIERE DOCUMENTI CLINICI PAZIENTE (relazione clinica, esami ematici, radiografie, TAC, ECG...)
- COMPILARE SCHEDA DI TRASPORTO.



IN AMBULANZA

DOTAZIONI TECNICHE:

MONITORAGGIO:

- OBBLIGATORIO: ECG, pulsossimetro, NIBP, defibrillatore con sincro
- RACCOMANDATO: ETCO2, temperatura
- IDEALE: monitor compatto multiparametrico

VENTILATORE PORTATILE:

- OBBLIGATORIO: allarmi sonori e visivi di deconnessione e di alta Paw, possibilità di ventilare con fio2 100%, presenza manometro, possibilità peep
- RACCOMANDATO: visualizzazione VC, VM, FR, possibil. miscela aria O2
- IDEALE: modificare FIO2, trigger regolabile, impostare ventilaz. A domanda di flusso, spirometria

- ACCESSO COMODO AL PZ: testa, accessi venosi
- RIVERIFICARE, SECONDO SCHEMA ABCDE, L'ADEGUATEZZA DELL'APPROCCIO ASSISTENZIALE: Tubo tracheale, ventilatore, accessi venosi, drenaggi
- IMMOBILIZZAZIONE PZ ALLA BARELLA
- CORRETTO POSIZIONAMENTO DEI CATETERI
- CONTROLLARE PRESENZA BORSA EMERGENZA E DOCUMENTAZIONE PAZIENTE
- RIDURRE AL MINIMO GLI ATTI TERAPEUTICI E ASSISTENZIALI

POMPE: Volumetriche o a siringa, dotate di un'autonomia di almeno 60 minuti.

- BORSA ZAINO: per farmaci e materiale d'uso
- ASPIRATORE ELETTRICO A BATTERIA: completo di sonde
- PALLONE AUTOESPANSIBILE CON RESERVOIRE E VALVOLA DI PEEP

IN ELICOTTERO

VANTAGGIO IN TERMINI DI VELOCITA' E ATRAUMATICITA'

INDICAZIONI

PZ ACUTI CON PROGNOSI LEGATA AL TEMPO DI INSTAURAZIONE DI TERAPIA SPECIFICA

PZ GRAVI CHE RICHIEDONO RICOVERO IN AMBIENTE SPECIFICO, LA CUI INSTABILITA' PUO' ESSERE AGGRAVATA CON TRASPORTO VIA TERRA

CONCLUSIONI

I RISCHI DURANTE IL TRASPORTO DI UN PAZIENTE ACUTO, POSSONO ESSERE MINIMIZZATI, CON UN ACCURATA ORGANIZZAZIONE, CON UN ATTENTA PREPARAZIONE CLINICA DEL PAZIENTE, CON L'ACCOMPAGNAMENTO DA PARTE DI PERSONALE SANITARIO QUALIFICATO E CON UN ADEGUATO EQUIPAGGIAMENTO TECNICO



Apriamo una finestra sul Giardino dell'Emodinamica

LABORATORIO EMODINAMICA

F. Magli, A. Argentieri, E. Conti, C. Collu, L. Gattafoni, L. Giovannetti, F. Iori, F. Marchetti, F. Merelli, A. Ropa, P. Stanziani
Istituto di Cardiologia, Università degli Studi di Bologna, Prof. A. Branzi

Resp. A. Marzocchi

MA COS'È L'EMODINAMICA?

Il Laboratorio dove si eseguono esami diagnostici e interventistici per via cutanea (si accede al cuore attraverso una vena o arteria femorale)



... "Scopri ora un'altra cosa: se ti appoggi una mano sul petto, non è un difetto ma un battito Maghetto" ...

BAMBINO:

L'Emodinamica è un luogo dove il Mio Dottore riesce a vedere all'interno del mio cuoricino. Il mio cuore viene visto attraverso un occhio magico come se ci si aggirasse fra caverne e sentieri.



Ingresso:

La sala di Emodinamica è composta da: lettino radiologico, tubo radiogeno a forma di arco, 4 schermi, poligrafo di registrazione di pressione ed ECG (elettrocardiogramma), carrelli attrezzati con materiale infermieristico e anestesiológico.



BAMBINO:

All'interno della sala ci sono tutti gli attrezzi che il DOTTORE utilizzerà per l'occhio magico e tanti altri PERSONAGGI che Ti accoglieranno.



"Soffia soffia nel pallone, fa le bolle di sapone, i polmoni san giocare non soltanto respirare ...".



PRINCIPI DELLA PROCEDURA:

Il bambino verrà sedato e sottoposto ad anestesia generale in base alla procedura che verrà eseguita; durante l'operazione potrà essere eseguita l'ECG ed il MONITORAGGIO PRESSORIO ESOESOFAGEO.

BAMBINO:

Io in questo momento dormo e sto sognando ... Il dottore sta guardando il mio cuore e mamma e papà stanno pensando a me ...

**"Ho sognato un labirinto pieno di alberi e di fiori e di gnomi laboriosi tutti per me!!!
Ho pensato a un grande drago fatato che mi ha trasformato in un RE!!!"**

ESAMI ESEGUITI

ANGIOPLASTICA CARDIACA ANGIOGRAFICA: Inserimento di catetere angiografico attraverso via venosa e arteriosa. Tali cateteri servono per iniettare mezzo di contrasto e misurare le pressioni che troviamo all'interno di ogni camera cardiaca (Atri, Ventricoli) nonché di principali arteria polmonare e aorta.

BAMBINO: Un tubicino con in punta un "occhio magico" mi misura tutto il torrente di acqua e il percorso che l'acqua fa all'interno del cuore.

CHIUSURA DIA (Difetto Inter Atriale):

Per chiudere la comunicazione presente tra i due atri viene utilizzato un dispositivo a doppio ombrellino che viene inserito attraverso un catetere venoso.

VALVULOPLASTICA e ANGIOPLASTICA Polmonare o Aortica: La Valvuloplastica Polmonare o Aortica così come ogni restringimento dell'Arteria Polmonare o dell'Aorta (coartazione aortica) possono essere dilatati con un palloncino che, inserito per via venosa o arteriosa, viene gonfiato nella sede del restringimento. In casi particolari la procedura può essere completata posizionando una griglia metallica (Stent) per stabilizzare il risultato ottenuto.

BAMBINO: Il mio cuoricino ha un buchino. Il dottore mi metterà un ombrellino che lo chiuderà e io potrò tornare a giocare come prima.



Se invece un sentiero del mio cuoricino è tortuoso e non lascia passare il sangue come dovrebbe ... allora dei palloncini colorati allargheranno il sentiero e il sangue, come in un fiume, tornerà a scorrere ...

Se sei un bambino, "a mille ce n'è nel tuo cuore di cose da narrare, ... vieni con noi in EMODINAMICA, nel nostro mondo fatto per sognare ... non serve il cappello, il cappottino rosso o la cartella bella per venire da noi. Basta un po' di coraggio e tanta fantasia!!!"

INDICE

M. MARSEGLIA, S. SCALORBI	
<i>Presentazione</i>	Pag. 5
<i>Relatori e moderatori</i>	» 9
<i>Il perché del Congresso - Motivazione e contenuti del Congresso</i>	» 11
<i>Obiettivi del corso di formazione</i>	» 15
<i>Programma</i>	» 17
N. DIRINDIN	
<i>Le riforme del sistema sanitario e le innovazioni nell'erogazione dell'assistenza</i>	» 21
D. COEN	
<i>Complessità, acuzie, rapidità, perizia, integrazione, brevità di degenza/trattamento nella criticità ed intensività assistenziale</i>	» 29
E. DRIGO	
<i>L'infermieristica nell'intensività assistenziale: quale il valore aggiunto ...</i>	» 39
G. PITACCO, A. SILVESTRO	
<i>La complessità e l'assistenza infermieristica: significati e modalità di analisi per la composizione dell'équipe assistenziale</i>	» 47
M. MARSEGLIA, F. PIERGENTILI	
<i>Caso clinico</i>	» 57
M. BENETTON	
<i>1ª fase: accoglimento in reparto di degenza</i>	» 69
A. DI NUCCIO, S. SEBASTIANI	
<i>2ª fase: intensività assistenziale alla persona stabile</i>	» 89
P. CAPODIFERRO, S. SCALORBI	
<i>3ª fase: «intensività assistenziale alla persona instabile»</i>	» 109
M. BRANDOLI, L. ROSSI	
<i>4ª fase: assistenza infermieristica per il trasferimento in reparto di degenza</i>	» 129

M.C. ROSSI, S. VIARENGO, G. SACCO <i>Analisi della complessità assistenziale in un caso S.M.A. I</i>	» 153
M. MEGLIORIN, C. GANDOLFO, D. CARLINI, N. TOFANI <i>Il modello della complessità assistenziale in area critica pediatrica: la comunicazione della diagnosi e l'educazione dei genitori</i>	» 193
A. PINZARI, B.A. PORTANOVA <i>Educazione sanitaria ai genitori</i>	» 223
O. CHIARA <i>Trauma center e trauma system</i>	» 235
D. MASSAI <i>Nuovi modelli organizzativi e formativi alla persona in situazione critica</i>	» 271
SEZIONE POSTER	» 279
C. PONTECORVO, D. CANTÙ, F. CIPRIANI, B. VILLA, M. BONI <i>Il trasporto inter ed intra ospedaliero del paziente critico</i>	» 281
F. MAGLI, A. ARGENTIERI, E. CONTI, C. COLLU, L. GATTAFONI, L. GIOVANNETTI, F. IORI, F. MARCHETTI, F. MERELLI, A. ROPA, P. STANZANI <i>Apriamo una finestra sul Giardino dell'Emodinamica</i>	» 290

*Finito di stampare nel mese di settembre 2004
presso la Tipografia Tappini - Città di Castello (PG)
Tel. (075) 855.81.94 - Fax (075) 852.73.15 E-mail tappini@techmet.it*