

#### ASSOCIAZIONE NAZIONALE 'INFERMIERI DI ANESTESIA - RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA A.N.I.A.R.T.I. 1986



**V° CONGRESSO NAZIONALE**

**CORSO DI AGGIORNAMENTO: MANAGEMENT** .

**INFERMIERIS TICO**

**IN AREA INTENSIVA**

*Presidente:* SIMONETTA DEFANO

*Segreteria scientifica:*

E. BORGONOVI

C. CORTESE

S. DEFANO

G. TULLI

*Comitato organizzatore,­*

C. BANCOLINI

E. DRIGO

C. REGAZZONI

1. SLANZI

MILANO, 13-14-15 NOVEMBRE 1986

**INDICE GENERALE**

Concetti generali di amministrazione . Amministrazione del personale nell'area intensiva (E. Borgonovi)

Revisione dei sistemi di calcolo del fabbisogno di personale qualitativamente e quantitativamente (G. Tuili)

Realtà italiana relativamente a turni , personale , malati, problemi: risultati di una ricerca nazionale (P. Bertolini)

Problemi medico-legali relativi\_ al lavoro dell'IP in area intensiva (A. Fameti)

Metodologia del lavoro. Applicazione del processo di Nursing in area intensiva (A. del Ponte)

Ricerca sulla metodologia assistenziale in terapia intensiva (P. Paschini)

Ipotesi di cartella clinica infermieristica in terapia intensiva

(C. Vidotti)

Valutazione iniziale per l'assegnazione del personale nell'area intensiva. Valutazione periodica (P. Di Giulio)

Standards professionali: Significato e possibili applicazioni pratiche. Introduzione ai protocolli (A. Silvestro)

Significato di cambiamento determinato dall'applicazione degli standards (S. Sanford)

I pericoli legati alla mancata garanzia dei requisiti qualitativi e quantitativi del personale (B. Atkinson)

La crescita professionale in terapia intensiva (S. Degano)

2

pag . 3

pag. Il

pag. 1 3

pag. 23

pag. 29

pag. 33

pag. 55

pag. 71

pag. 77

pag. 84

pag . 109

pag . 1 14

#### CONCETTI GENERALI DI AMMINISTRAZIONE. AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE NELL'AREA INTENSIVA



*Relatore:*

PROF. ELIO BORGONOVI

PREMESSA

Se si parte dalla considerazione generale che oggi, al contrario del passato, la maggior parte delle attività umane (da quelle economiche a quelle di assistenza) si svolge nell'ambito di "organizzazioni complesse", si devono sottolineare nuovi elementi che condizionano, che influenzano il corretto svolgimento di tali attività.

In particolare , si deve sottolineare che sono sempre più importanti le problema­ tiche collegate all'appartenenza delle persone ad organizzazioni complesse, sono sempre più importanti i problemi del funzionamento della Divisione , del Centro di Terapia Intensiva, dell'Ospedale ii:i cui la Divisione o il Centro è inserito, della

U.S.L. all'interno della quale è inserito l'Ospedale. Anche nel campo dell'assistenza oggi non è più possibile fermarsi alla considerazione:

* + delle caratteristiche individuali delle persone, sia morali che professionali;
  + dei compiti specifici che ogni persona svolge, ad esempio nel campo dell 'assisten- za, per "produrre" e mettere a disposizione del paziente determinate prestazioni e servizi.

Oggi occorre analizzare, interpretare e valutare gli aspetti riguardanti:

* + il ruolo che ogni persona occupa nell 'ambito di realtà organizzative complesse;
  + ·i fattori che influenzano le modalità di funzionamento di tali realtà .

In effetti, occuparsi *dell'amministra zione* significa in senso lato occu parsi delle "attività poste in essere per raggiungere le finalità di una istituzione" . In questa relazione quindi si accoglie il termine amministrazione nell'accezione lata sopra esposta e *non certo* nell'accezione limitata di:

* + attività amministrativa come insieme di compiti, mansioni e funzioni contrap­ posta all'attività sanitaria;
  + ruoli o figure amministrative contrapposti a ruoli e figure sanitari o tecnici o professionali (ad esempio riferimento al D.P.R. 761).

Amministrare bene significa saper indirizzare una realtà complessa verso il raggiungimento dei propri fini attraverso l'impiego di principi, metodi e tecniche

. adeguati alla natura delle realtà organizzative di cui sopra.

PRINCIPI DI AMMINISTRAZIONE

Per venire alla specificazione di una parte del titolo della mia relazione devo chiarire che il funzionamento di *ogni realtà organizzativa* si riconduce a principi di ordine generale, alcuni dei quali sono qui richiamati.

I ) *La complessità* è fattore che condiziona di per sé il funzionamento influen­ zandolo ben al di là delle caratteristiche di singoli elementi e delle singole persone. Ciò vuol dire che non basta guardare alla qualità degli infermieri, ai loro comportamenti individuali per avere una buona assistenza infermieristica nel settore dell'anestesia, riabilitazione e terapia intensiva. O si affrontano i problemi del coordinamento delle attività, del passaggio delle informazioni , delle prospettive di sviluppo professionali, dei mezzi tecnici utilizzabili oppure "tanti bravi infermieri possono dare una assistenza insoddisfacente".

2) *L'efficacia* dell'azione, ossia l'ottenimento di prestazioni e servizi idonei a dare risposte soddisfacenti a determinate esigenze di salute non dipende dalla "buona volontà" o dalla "disponibilità" delle persone (infermieri, medici, ecc.), ma dall'esistenza di meccanismi che "orientano" verso l'efficacia e verificano il

4

suo raggiungimento o il suo mancato raggiungimento. Se non esistono tali meccanismi o se non sono noti si ha un grande dispendio di energie, una dispersione degli sforzi senza l'ottenimento di risultati soddisfacenti.

1. *L'efficienza* nell'impiego delle risorse, cioè la ricerca di più elevati livelli quali/quantitativi di prestazioni *date* certe risorse o viceversa l'impiego di minori risorse *dati* certi livelli quali/quantitativi di prestazioni, è condizione essenziale per aumentare la potenzialità di un sistema.

In altre parole, chi riesce a raggiungere più elevati livelli di efficienza è in grado di affrontare *meglio di altri* la pressione derivante da esigenze (di assistenza nel caso specifico) sempre maggiori dalla disponibilità di risorse che sono comunque scarse.

1. Peraltro, per poter sopravvivere ogni organizzazione, compreso l'Ospedale, deve mantenere un soddisfacente livello di *economicità,* ossia di equilibrio tra livelli di bisogni che si intendono soddisfare e risorse che si hanno a disposizione o che si riesce ad acquisire.

Se non si rispettano questi principi di ordine generale, da cui discendono poi molteplici *principi particolari di corretta amministrazione,* nessuna organizza­ zione può sopravvivere in modo soddisfacente ed è inevitabilmente destinata al degrado.

Ma i principi di amministrazione, proprio perché generali, restano astratti se non sono applicati a specifici contesti definiti nello spazio e nel tempo. Per fare ciò occorre individuare gli *aspetti critici* di ogni area di attività, nel caso specifico di aspetti che qualificano l'assistenza infermieristica nell'area dell'anestesia, riabilitazione, terapia intensiva.

I PROBLEMI CRITICI

Senza entrare nel merito specifico dei contenuti di questa area di assistenza e scontando sicure imprecisioni e considerazioni superficiali di cui da subito mi scuso, ritengo di poter individuare i seguenti aspetti critici (intesi come cruciali) del contesto organizzativo in cui operano gli appartenenti all'ANIARTI.

1. Si è in presenza di prestazioni ad *elevata incidenza* sullo stato di salute per le quali occorre quindi minimizzare il livello di errori che in alcuni casi divengono irreparabili o comunque causa di danni rilevanti per i pazienti . Ciò impone l'attivazione di meccanismi di verifiche e di controlli che garantiscono standard di professionalità tecnico-assistenziali sempre elevati e condizioni di lavoro che riducono il rischio di errori. Se le condizioni di lavoro impongono eccessiva pressione, creano confusione, distolgono l'attenzione, i rischi di errore aumentano.
2. Si tratta di attività che da un lato presentano aspetti di elevata standardizza­ zione e programmabilità, mentre dall'altro presentano aspetti di non prevedibili­ tà e di innovatività nella risposta assistenziale (non standardizzabilità delle prestazioni). Si tratta di un'area di attività avente certi aspetti *contradditori:*

* esistono forti pressioni verso la standardizzazione e la programmazione per elevare i livelli di efficienza;
* ma esistono stimoli altrettanto forti a conservare elevati livelli di flessibilità per non ridurre eccessivamente il livello di efficacia.

La risposta organizzativa che occorre dare è quella dei modelli di "program­ mazione flessibile" delle attività ed anche dell'impiego del personale che credo

5

vadano abbastanza in senso contrario a modelli di "programmazione rigida" o di "flessibilità con ricorso alla buona volontà o allo spirito di sacrificio del personale" oggi prevalenti .

1. Crescente livello di "tecnologia" adottata che colloca quest'area di assistenza tra quelle a più elevata intensità tecnologica. Ciò pone l'alternativa tra due possibili soluzioni:

* progressiva e sempre più netta distinzione tra funzioni infermieristiche in senso stretto e funzioni "tecniche" che si occupano dei monitor , dei computer, delle altre attrezzature;
* allargamento della professionalità degli infermieri che dovranno essere in grado di gesti re con crescente competenza le attrezzature e le apparecchiature.

Io credo che sarebbe necessario persegui re questa seconda alternativa per una serie di motivi, ma va pensato che il "dominio della tecnologia" non significa "saper schiacciare un tasto", "manovrare una leva", "interpretare un segnale", ecc. Non significa saper eseguire solo certe istruzioni operative: si richiede un impegno ed una professionalità ben più completa e ben più impegnativa per le persone.

1. L'elevato contenuto "tecnico" delle prestazioni dell'area intensiva e l'elevato peso della tecnologia mentre da un lato creano opportunità per un "arricchimen­ to del lavoro" e per un "aumento della professionalità" dall'altro creano per gli infermieri il rischio di essere ricacciati in posizioni esecutive, di completa dipendenza (dal medico, dalla tecnologia), di riduzione degli spazi di autonomia. Intendo dire che trattandosi di un'area ad elevata dinamicità, o si è in grado di tenere il passo con le esigenze di cambiamento o si è inevitabilmente ricondotti a funzioni sempre meno soddisfacenti. O si è in grado di stare al passo con le esigenze del cambiamento o si arretra inevitabilmente. L'obsolescenza della professionalità nelle aree di assistenza ad elevata dinamicità organizzativa è più elevata che in altre aree.

Si può dire che, mentre in altre aree di assistenza esistono tipiche prestazioni di assistenza infermieristica che non sono "minacciate" direttamente o pesante­ mente da altre professioni emergenti (oggi il problema è solo quello della legittimazione degli infermieri per queste funzioni), nell'area intensiva si han no forti "minacce sull'identità professionale": per gli infermieri esiste il concreto rischio di perdere l'autonomia professionale ancora prima di averla conquistata interamente.

Mentre tradizionalmente la funzione infermieristica nell'area dell'anestesia, riabilitazione e terapia intensiva, è considerata quella ad elevato contenuto professionale (rispetto ad altre aree), nel futuro esiste il rischio che essi diventino a basso conten uto professionale a seguito di processi di "svuotamento dei contenuti di lavoro" causati dalla tecnologia. Più che nell'area della medicina generale, della neurologia, ecc. esistono concreti rischi di "espropriazione dei conten uti di lavoro" da parte delle macchine nei confronti degli infermieri.

Per evitare tali rischi e per cogliere invece le opportunità positive di sviluppo professionale occorrono chiare e precise politiche del personale all'interno di ogni Ospedale (politiche mirate), all'interno di ogni U.S.L. (politiche locali), a livello regionale (politiche di aree territoriali), a livello nazionale (politiche contrattuali e normative).

1. Infine si sottolinea la particolare connotazione che deve assumere la "personalizzazione" dell'assistenza. Voi operate in un'area in cui le condizioni del paziente e delle persone che sono accanto al paziente sono particolari e di

6

una delicatezza estrema a causa della "gravità" della patologia o della carica emotiva che si crea attorno alle prestazioni (ad esempio, semplice timore dell'anestesia, stati di malessere del tutto naturali dopo certi trattamenti, ma tali da creare "timori" nei pazienti, ecc.).

Ebbene, spesso si affronta semplicisticamente questo aspetto affermando che "occorre una certa sensibilità", che "occorrono doti psicologiche", e così via. A parte il fatto che spesso mancano anche queste doti personali, il problema non va visto in modo così riduttivo.

Spesso i problemi nascono da informazioni scarse al paziente (ed ai parenti) dovute al fatto di non capire la differenza tra informazioni rilevanti o irrilevanti sul piano "tecnico" (per chi compie ogni giorno quelle prestazioni) ed informazioni rilevanti "per chi è sottoposto a certi trattamenti" (che quindi conosce meno o non conosce per niente gli effetti di certi trattamenti). Ed ancora spesso l'impossibilità di porre attenzione alla "corretta informazione dei pazienti (e dei parenti in attesa)" è determinata dall'organizzazione del lavoro.

Oggi non è più sufficiente avere persone "attente alle condizioni del paziente", oggi occorre costruire delle organizzazioni di reparto, di divisione, di ambulatorio, di ospedale "orientate ai soggetti destinatari delle prestazioni" (l'equivalente sul piano tecnico-organizzativo dell'orientamento al mercato delle imprese). Oggi occorrono modelli organizzativi in sede di distribuzione dei compiti e delle funzioni, di programmazione del lavoro e del suo controllo, di analisi e valutazione delle prestazioni, di valutazione del personale, ecc., che creino *tensioni organizzative* di focalizzazione dell'attenzione sul paziente.



LA CENTRALITÀ DELLA COMPONENTE UMANA: LA GESTIONE DEL PERSONALE

Uno dei principi amministrativi, volutamente tralasciato in precedenza per essere ripreso ora, consiste nella individuazione dell'elemento umano (del "fattore" umano) nell'amministrazione.

La persona è "fattore produttivo" (prestatore di opera manuale o intellettua­ le), ma, al contrario degli altri fattori produttivi quali macchine, attrezzatu re, merci, informazioni , edifici, è anche il soggetto che determina lo svolgimento delle operazioni e dei processi. Sono le persone che operano, che decidono, che utilizzano le conoscenze e gli strumenti e quindi i risultati di ogni attività organizzata sono correlate alla qualità delle persone in misu ra più stretta e diretta di quanto non siano correlate alle caratteristiche degli altri fattori produttivi. Quanto detto vale:

1. in generale per i cosiddetti "sistemi socio-tecnici" che si differenziano dai sistemi "meccanicistici";
2. in misu ra più rilevante nei settori "di servizi" rispetto ai settori "industriali" ed è indubbio che l'assistenza è un tipico settore "di servizi";
3. in misura massima per quei settori di "servizi" nei quali l'elemento di personalizzazione non è semplice elemento di *status,* di *differenziazione* o di *segmenta zione* della domanda, ma è caratteristica che tocca direttamente "la qualità di vita dei suoi caratteri profondi'', come nel caso della salute e quindi dell'assistenza sanitaria.

Se ciò è vero, appare quasi come un postu lato l'affermazione secondo cui una "efficace ed efficiente amministrazione deve essere centrata su una razionale

7

gestione del personale". E vi sottolineo il concetto *gestione* inteso come "insieme di strumenti capaci di realizzare la migliore utilizzazione delle persone". E per migliore utilizzazione si intende una utilizzazione:

* soddisfacente per l'organizzazione
* soddisfacente per le persone stesse.

Quindi una utilizzazione capace di rendere le persone "funzionali" all'orga­ nizzazione attraverso una loro piena valorizzazione e non attraverso un uso spersonalizzante delle loro capacità manuali ed intellettuali.

Per *esaltare la funzionalità* dei servizi infermieristici dell'area di anestesia, riabilitazione e terapia intensiva attraverso *l'esaltazione delle persone* occorre attivare politiche attive e finalizzate riguardanti i seguenti strumenti:

l ) Formazione e aggiornamento non solo sui contenuti tecnico-operativi, sugli aspetti psicologici del proprio lavoro e sugli aspetti organizzativi generici, ma orientata anche e soprattutto "a gestire situazioni di lavoro in cui sono presenti forti tensioni emotive e psicologiche ed in cui possono generarsi conflitti dovuti alla natura stessa dell'attività" (conflitti da stress, da carico di lavoro, da disfunzioni causate dall'imprevedibilità, ecc.).

Occorre sviluppare conoscenze, abilità ed atteggiamenti che aiutino gli infermie­ ri a "muoversi in questi particolari contesti" ed a "dominare queste situazioni".

* 1. La formazione e l'aggiornamento devono altresì essere programmate in relazione all'evoluzione della tecnologia e delle metodiche dell'assistenza. Non sono più sufficienti meccanismi di apprendimento sul campo, con l'esperienza: occorre considerare i momenti di formazione e di aggiornamento come momenti fortemente integrati con gli altri momenti (esempio, assistenza diretta al paziente).
  2. Azioni mirate a realizzare, rafforzare o recu perare la "coesione" e "l'affiata­ mento" "di equipes infermieristiche integrate con le equipes mediche. Buoni risultati nell'area di assistenza intensiva sono sempre più il risultato di azioni congiunte di più operatori, di sincronismi, di omogeneità di approccio che non possono derivare da procedure, mansionari, regolamenti, ecc. Occorre introdurre tecniche cosiddette di *team building* (cioè di costituzione e costruzione di equipes, di gruppi coesi, affiatati, che "lavorano bene insieme") . Per fare ciò, oltre a \_caratteristiche personali sono necessari particolari tecniche, particolari processi.
  3. Gestione di una mobilità del personale capace di realizzare un corretto equilibrio tra:
* motivazione derivante da attività ad elevato contenuto professionale
* e stress provocato dalla natura dell'attività stessa.

Occorre introdurre un sistema di "segnali" capaci di evitare di trovarsi con persone che "danno tutto" fino al punto di trovarsi svuotate di carica professionale (ed umana) che le porta ad essere un peso per l'organizzazione ed un pericolo per i pazienti.

Certo, segnali capaci di individuare anche i casi in cui le persone non operano con professionalità, ma io credo che il "pericolo nascosto" di questa area di attività sia proprio quello di non attivare adeguate iniziative per far fronte alla condizione lavorativa di *oggettiva tensione.*

Qui si è fatto riferimento alla mobilità, ma ovviamente sono validi altri strumenti capaci di mantenere un soddisfacente equilibrio psico-fisico e motiva­ zionale degli infermieri . Tale equilibrio non dipende solo dagli individui, dipende in larga misura anche dai modelli organizzativi adottati.

8

* 1. Infine, come già si è detto, occorre studiare ed applicare modelli organizzativi e di programmazione del lavoro di tipo "flessibile" cioè capaci di adattarsi ad esigenze (di informazione, di chiarimenti, di precisazioni, di sostegno, anche psicologico generico) dei pazienti-.

Ciò, evidentemente, senza dimenticare altri strumenti tipici della gestione del personale che non ho voluto richiamare in questa relazione nella quale mi sono proposto di evidenziare le specificità di questo particolare settore.

In definitiva si tratta di ottenere una gestione del personale basata sui seguenti poli:

1. deve essere esplicitata a livello organizzativo e non deve essere su base volontaristica o intuitiva;
2. attribuisce un ruolo importante alla formazione;
3. ritiene critica la correlazione alla tecnologia;
4. si preoccupa direttamente della sfera motivazionale;
5. assume modelli flessibili di programmazione;
6. è qualificata dal *forte* orientamento al paziente.

9



#### REVISIONE DEI SISTEMI DI CALCOLO DEL FABBISOGNO DI PERSONALE

QUALITATIVAMENTE E QUANTITATIVAMENTE

TESTO NON PERVENUTO

*Relatore:*

DOTT. GIORGIO TULLI





**UNA RICERCA SULLA REALTÀ ITALIANA DELLE TERAPIE INTENSIVE**

*Gruppo di studio:*

I.P. PATRIZIA BERTOLINI

I.P. MARILENA BEDIN

I.P. IRENE BERGAMIN

I.P. CHIARA ONESTINI

I.P. LOREDANA PIAZZA

I.P. MORENA ROTINI

C.S. CLAUDIA SILVESTRI DR. LUIGI LACQUANITI DR. RIZZIERI CARRARO

I.P.1.1.D. PAOLA PASCHINI

* 1. SERGIO BATTISTONI

Relatrice:

PATRIZIA BERTOLINI

INTRODUZIONE

In occasione del 5' Congresso nazionale dell'ANIARTI si è ritenuto doveroso affrontare il vasto tema del "Menagement Infermieristico".

Tale dovere è scaturito dalla sensazione, sempre più viva e pressante, che la realtà operativa delle T.I. sia irrazionale e che le risorse, sia strumentali che u mane, non vengano utilizzate in modo equo e logico.

Da ciò è nata l'esigenza di un'indagine sulle T.I. italiane dal punto di vista prettamente infermieristico.

Il *problema* portante dello studio eseguito è che *"il personale infermieristico operante nelle T I. degli ospedali italiani lavora in condizioni precarie e stressanti",* dovute, a nostro avviso, a fattori principalmente quantitativi e qualitativi.

* + 1. *Quantitativi:* numero insufficiente di personale infermieristico in rapporto al carico di lavoro dovuto alle esigenze del servizio, del paziente e del personale;
    2. *Qualitativi:* - competenze tecnico-professionali specifiche in relazione al tipo di patologia e di strumentazione;

condizioni di lavoro.

DEFINIZIONE DEI TERMINI E DEI CONCETTI

Al fine di una maggiore comprensione di quanto verrà esposto, riteniamo utile definire i termini e i concetti da noi considerati.

*Personale infermieristico:*

Per personale infermieristico noi intendiamo: C.S. - I.P. - I.P.S. - I.G. e V.I. che operano nelle T.I.

*Terapia Intensiva:*

Struttura atta ad ospitare pazienti che necessitano di trattamento intensivo e di monitoraggio delle funzioni vitali da parte del personale medico ed infermieristi­ co adeguato 24 h. su 24.

*Condizioni precarie e stressanti:*

Insieme di fattori nocivi che agiscono sull'individuo a livello biofisiologico e psicosociale con particolare intensità e per periodi di tempo prolungati che influiscono negativamente sulla qualità del lavoro.

METODOLOGIA DELLA RICERCA

L'esigenza di conoscere la realtà operativa nazionale ci ha spinti inizialmente ad ipotizzare una ricerca coinvolgente tutte le T.I. italiane.

Trovandoci, però, sprovvisti di un elenco di tutti gli indirizzi, tra l'altro non recuperabile, abbiamo optato per una soluzione più riduttiva.

Per cui il *campione* da noi selezionato risulta composto da 322 T.I. dislocate principalmente nei capoluoghi di provincia delle regioni italiane.

Le T.I. prese in considerazione sono state:

* polivalenti;
* pediatriche;
* neu rochirurgiche;
* cardiochirurgiche;
* U.C.I.C.

14

Lo *strumento* che abbiamo ritenuto più idoneo per la raccolta dei dati è stato il questionario strutturato con domande chiuse. Tale strumento è stato scelto perché è di facile comprensione, non richiede molto tempo nella compilazione e non risulta difficoltoso nella elaborazione dei dati ricevuti .

Il *personale infermieristico* coinvolto nella raccolta delle informazioni, ed al quale è stato inviato il questionario, è composto da capo-sala o da coordinatori infermieristici della T.I.

Tale scelta è stata fatta in quanto il questionario è orientato, nella prima parte, alla identificazione delle risorse e delle strutture e, nella seconda, è finalizzato alla definizione qualitativa del carico di lavoro (rapporto infermiere/paziente).

Per valutare il fabbisogno di personale infermieristico, da noi giudicato attualmente insufficiente in relazione all'introduzione di nuove metodiche e di attrezzature complesse, ci siamo serviti del sistema TISS, il più semplice da valutare ed analizzare tramite un questionario.

Il TISS è un metodo di valutazione delle cure prestate, che assegna un punteggio da 1 a 4 in base all'impegno tecnico e di tempo richiesto per ogni atto eseguito sul paziente (da rilevare che questo metodo non comprende mansioni che in Italia sono assegnate al personale infermieristico): per es. i pazienti che raggiungono un punteggio tra 43-46 richiedono l'assistenza di 1 infermiere 24 h. su 24.

A tal proposito abbiamo diviso i pazienti in 3 gruppi in base alla gravità:

1. Paziente acuto instabile:

paziente affetto da patologia di recente insorgenza o da patologia cronica riacutizzata, in cui i parametri emodinamici, respiratori e metabolici del tutto instabili, risultano difficilmente controllabili e prevedibili nel tempo;

1. Paziente acuto stabile:

paziente affetto da patologia di recente insorgenza o da patologia cronica riacutizzata, i cui parametri stabilizzati, necessitano ancora di un supporto delle funzioni vitali;

1. Paziente cronico:

paziente affetto da patologia ad insorgenza non recente, comunque adeguata­ mente diagnosticata e trattata, le cui funzioni vitali sono in fase di reintegro e di autonomizzazione.

RISULTATI

Il più alto numero di risposte è pervenuto dall'Italia settentrionale (34,76%) con una media nazionale, dato poco confortante, del 22,67%. (Fig. n. 1).

Speriamo che una tale scarsità di risposte sia da imputare al periodo estivo, a disguidi postali e non al disinteresse da parte del personale.

Le terapie intensive sono rappresentate in prevalenza da polivalenti (53%), seguite, tra le specialistiche, dall'U.C.I.C. (28,7%) ed in egual misura dalle pediatriche e dalle cardiochirurgiche (8%) (Fig. n. 2), con un numero totale di 533 posti letto.

Ogni posto letto è munito di monitor e di aspiratore (1 a 1.02) mentre ciò non avviene nel rapporto posti letto-re.spiratori (1 a O. 74), probabilmente perché 1/3 delle terapie intensive prese in esame è rappresentato da U.C.I.C.

Tutte le terapie intensive sono dotate di defibrillatori in numero adeguato.

15

Gli organici, rappresentati principalmente da personale femminile (76%), sono costituiti quasi esclusivamente da I.P. (Fig. n . 3) (90.16%) e soltanto in piccola parte da I.P.S. in anestesia e rianimazione (1.33%) e da I.G. (8.16%) con una anzianità media di servizio in terapia intensiva di 3-4 anni nel 50% dei casi (Fig. n. 4).

Rimanendo nel campo degli organici è emerso che non esiste, tranne in un caso, un organico finalizzato al servizio di urgenza.

La distribuzione sia giornaliera che settimanale degli organici è caratterizzata da una riduzione della presenza degli I.P. nelle ore notturne e nei giorni festivi, a cui si associa nell'80% dei casi l'assenza di notte degli ausiliari (Fig. n. 5).

Il riscontro dell'orario settimanale di servizio ci ha portato a distinguere tra fasce orarie (Fig. n. 6) (fino a 38 ore - da 39 a 42 ore e superiore a 42 ore) rilevando la prestazione di ore straordinarie nel 56,78% del personale (somma del 2' e 3° gruppo).

Un'analisi più approfondita, cioè la correlazione tra orario di servizio rapporto infermiere/paziente e degenza media (quest'ultima legata anche ad altri fattori), ha dimostrato che:

* 1. la prestazione di ore straordinarie è dovuta per il mantenimento di un rapporto adeguato infermiere/paziente;
  2. la durata della degenza media è inversamente proporzionale nella maggior parte dei casi, al rapporto infermiere/paziente.

(Fig. n . 7) L'analisi dei dati in base al TISS ha riscontrato che:

* il paziente acuto instabile (punti 96.78 in media) richiederebbe l'assistenza infermieristica di due unità 24 h. su 24;
* il paziente acuto stabile (punti 66.79 in media) necessiterebbe dell'assistenza infermieristica di almeno 1 unità 24 h . su 24;
* il paziente cronico (punti 38.84 in media) di 0.5 unità, cioè 1 infermiere ogni due pazienti 24 h. su 24.

La realtà infermieristica delle T.I. italiane è data invece da un rapporto medio infermiere/paziente di 1 a 2.5 (Fig. n. 8), nonostante la quantificazione a livello nazionale degli organici abbia messo in evidenza un eccesso di personale infermieristico rispetto a quello previsto dal D.P.R. n. 128 del 1968 (Fig. n. 9).

. CONCLUSIONE

Dai pochi dati a nostra disposizione, abbiamo riscontrato quanto segue:

1. vi è una prevalenza di infermieri giovani con poca esperienza;
2. la preparazione infermieristica di base risulta inadeguata alla richiesta di conoscenza tecnico-specifica che la strumentazione della T.I. comporta; in particolare viene evidenziata la mancanza assoluta di corsi di specializzazione istituzionalizzati (solo l'l,33% ha conseguito la specializzazione in anestesia e rianimazione) ;
3. il personale infermieristico è inadeguato, anche come numero, rispetto alle esigenze richieste:
   1. dal paziente: 1 - rapporto infermiere/ paziente che si riduce sia di notte che nei giorni festivi, come se i bisogni del malato siano diversi in relazione alle ore della giornata o che non aumenta in relazione alla gravità, come se tutti i pazienti avessero le stesse esigenze;

16

2 - sottrazione di tempo all'assistenza diretta per distacca­ mento del personale di T.I. in S.O. e per urgenze in genere, per la pulizia e la manutenzione della strumen­ tazione in dotazione, per il controllo dell'assetto e delle dotazioni di carrelli e di vari piani di lavoro, per l'assistenza didattica agli allievi/infermieri della scuola I.P.

* 1. dal personale: non applicazione , nel 60% dei casi, dell'orario contrat­ tuale; di conseguenza orari pesanti ed irregolari, ulte­ riormente accentuati nelle ore notturne, sia per la riduzione del personale di assistenza, sia per l'aumento del carico di mansioni che non gli competono (nell'80% mancanza di ausiliari di notte).

Poiché all'I.P. di T.I. sono richieste:

* conoscenze tecnico-scientifiche di attrezzature complesse;
* conoscenze ampie di fisiopatologia per interpretare segni clinici, per risponde- re a situazioni d'urgenza con azioni immediate e precise, per effettuare un nursing qualificato , ne deriva che la necessità di espletare le mansioni di cui sopra, comporta un aumento dello stato di tensione (58%).

Questo, assieme ad altri fattori, quali: (Fig. n. 10)

* orari di servizio snervanti (51%)
* attuazione di compiti non previsti dal mansionario (53%)
* ritmo di lavoro eccessivo (44%)
* strutture inadeguate (39%)
* scarsa autonomia decisionale (21%)

contribuiscono ad aumentare il carico di lavoro sino a determinare vere e proprie situazioni di stress (94%) che influiscono negativamente sul lavoro (93%).

Poiché tutto questo non è controbilanciato da gratificazioni né materiali, né morali, gli stimoli personali (entusiasmo, buona volontà, impegno) si esaurisco­ no con il passare del tempo e la conseguente demotivazione porta alla fuga di personale esperto.

Questo fenomeno è confermato dall'anzianità massima di servizio in T.I. che è di 4 anni nel 51% dei casi, il che comporta, di conseguenza, un elevato tum-over di personale.

Tutto questo, a nostro giudizio, può essere superato con una rivalutazione della figura professionale dell'l.P.

**BIBLIOGRAFIA**

I ) Guida per calcolo della dotazione di personale infermieristico nelle unità di cura degli ospedali generali. Exchaquet Zublini - Regione Toscana 1975.

1. William A. Knaus et cool - Apache II: A. Severity of disease classification system.
2. G.D. Philips, C. Chong, And P.J. Gordon - Nurse staffing in intensive care .units. Anaesth . Intens. Care (1983), li, 118.
3. D.J. Cullen: Results and costs of intensive care. Anesthesiology 47:203-216 , 1977. 5) D.P.R. 28 marzo 1969, n . 128à
4. A. Pierri - Pazienti, impegno terapeutico , risultati e ·costi in un centro di rianimazione

- Acta anaesth. Italica, 31, 1980; 105-110.

1. D. Cullen : Surgical intensive care: Current perceptions and problems . Criticai care medicine 81/0904-0295.

17

50 **F i g .**

40

3 4,76

30

MEDIA NAZIONAL E 2 2,67 %

I 0,59

1 0 ,64

7 ,69

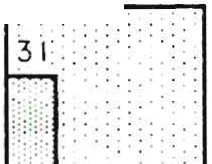
20

o ARE A

NORD C ENTRO SUD ISOL E GEOGRAFI CA

### N o

##### T . I .



POLIVALENTI

39

**F**. **i g .** 2

UCIC

2 1

PEDIATRICHE

6

NE UROCH.

I ::' .

N c s I

N c s I N

e s

I

N e s I

N e s I

42

35

28

2 1

1 4

7

o

o E u s o E u s o E u s o E u s o E u s

R N D o R N D o R N D o R N D o R N D o

D T

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L | D T | L | D T | L | D T | L | D T | L |
| E | R  o | E | R  o | E | R  o | E | R  o | E |

R

o

AREA GEOGRAFICA

18

1 00

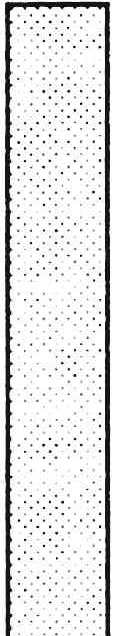
80

60

40

2 0

90 , 1 6 **F ig .** 3



8 , I 6



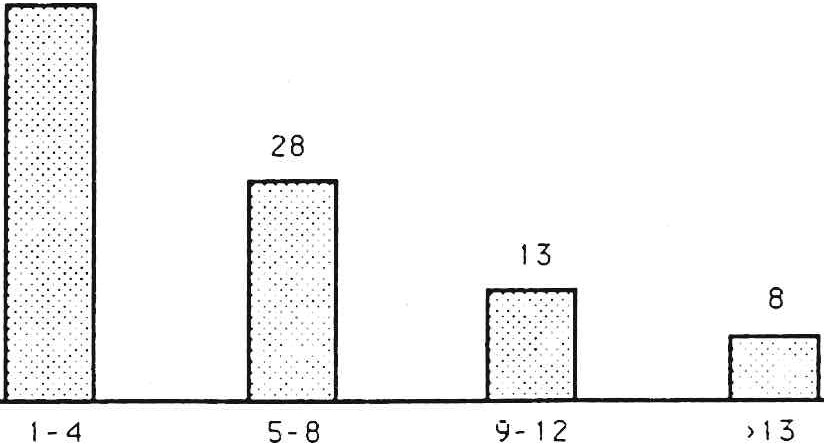
I ,33 0,35

o

IP I PS IG VI

QUA L I F ICA

1 00



F ig . *LI*

so

80

60

40

20

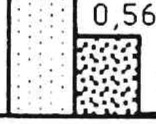
ANZI ANIT A '

o SUDDIVISA IN

QUADRIE NNI

19

## N o



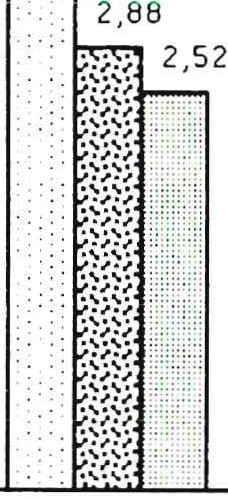
##### 5 me d i o

4

**F i g .** 5

3 ,35

3



2

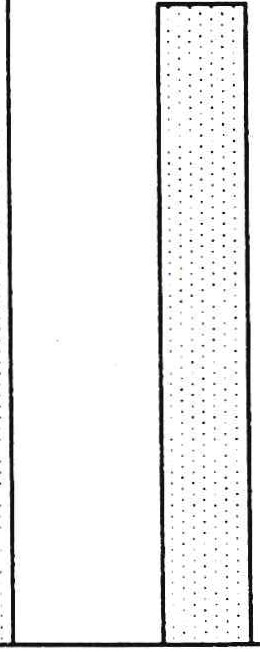
I ,48

o o

M P N

CAPOSALA

50



43,23

41 ,40

40

30

20

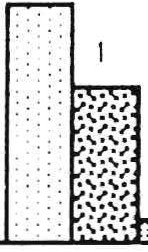
IO

M P N

INF [RM\ [R I P

1 5,38

O , 1 9



M P N

AUSILIARI

### F i g . 6

QUALIFICA

o

( 38 39- 42

42 )

ORARIO S ETTIMANAL E IN TRE FASCE ORARI E

20

### PUNT I

TI S S

1 00

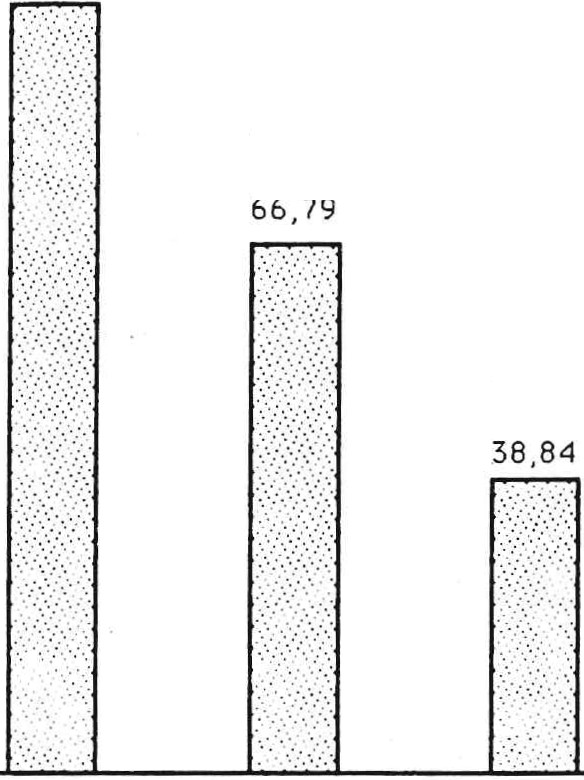
80

60

40

20

2 I P / 1 PAZ 96 ,78



I ,S I P*.I* I PAZ .



I I P / 2 PAZ .

### F ig . 7



o

ACUTO

INSTABIL E

ACUTO STAB ILE

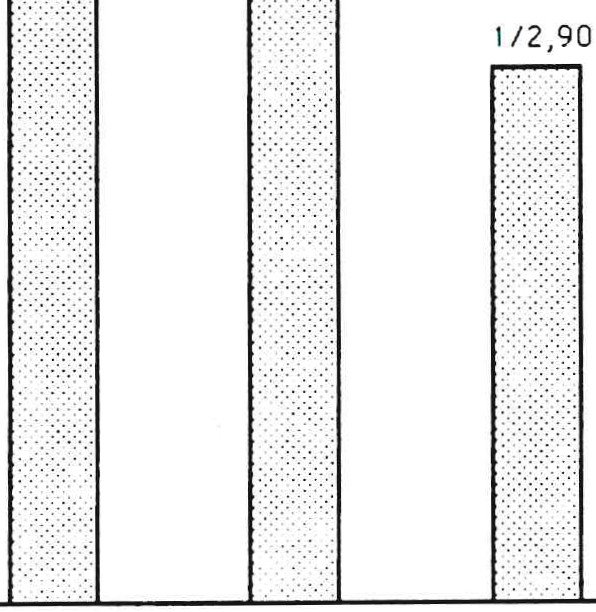
CRONICO

TIPO DI MALATO

0,5

### I NF ./PA Z .

I / 2,25



### F ig . 8

0.4+- ---1;.;;:.;;;..:;;;+ ....,.,.,.,.,.,.,.,...-

NAZIONALE 1 / 2,5

0,3

0 2

O , I

o

M p N

SULLE ORDINATE COMPARE IL VALORE NUMERICO DEL RAPPORTO INF./PAZ.

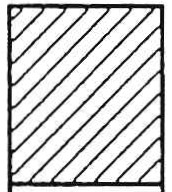
ES: 1 INF. 0, 5

2 PAZ.

FASI NELLE

24 ORE

21



**N o**

**infer mi er i**

1 1 08 TOTAL E

**Fig .** 9

1 000

878,59 DPR n° 1 28 ART I 8 / 1 969

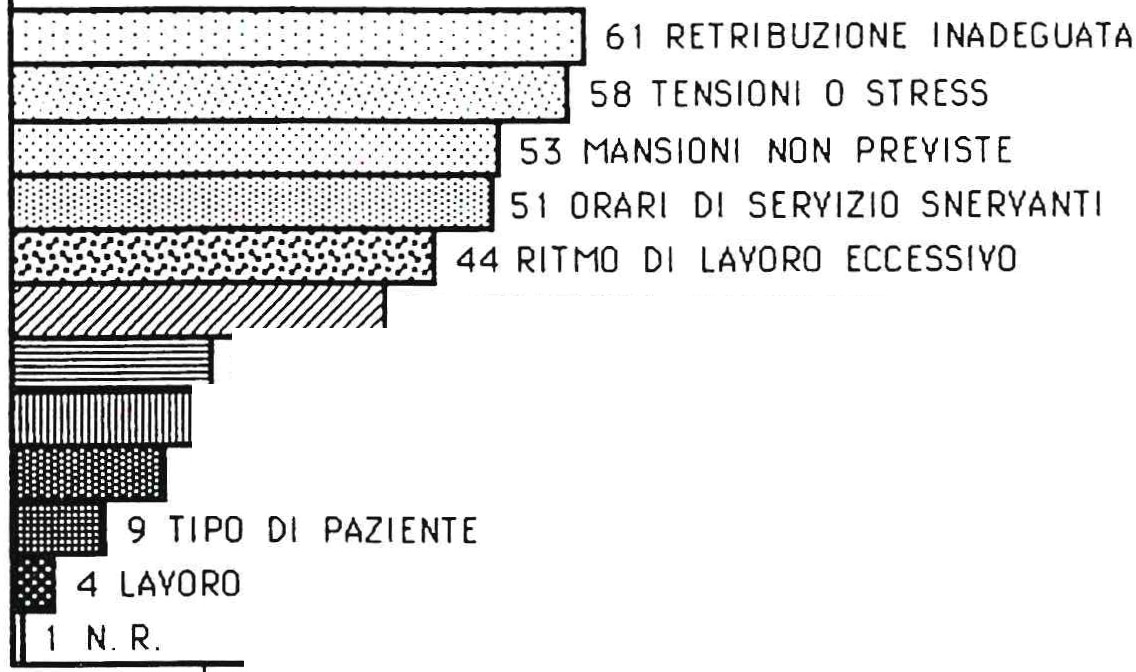
800

600

400

200

**S I TUA Z ION I Fig 1 O**



39 STR UTTURA INADEGUATA 2 1 SCARSA AUTONOMIA DECISIONAL E

* **ITTlllJT** 20 DIPENDENZA DAL MEDICO

1 6 DIFFICOLTA' RAPPORTO INT ERPERSONAL E CON I PAZI ENTI MONOTONO

20 40 60

80 1 00

22

### PROBLEMI MEDICO-LEGALI RELATIVI

**AL LAVORO DELL'INFERMIERE PROFESSIONALE IN AREA INTENSIVA**

ANTONIO FARNETI - Ordinario di Medicina Legale nell'Università di Milano LUISA TORNOTTI - Specialista in Anestesia e Rianimazione e in Medicina

Legale e delle Assicurazioni

*Relatore:*

PROF. ANTONIO FARNETI

I limiti operativi della professione infermieristica, così come definiti dal

* + 1. 14.3.1974 n. 225 (elaborato dal R.D. 2.5 .940 n. 1310) appaiono, anche ad una lettura superficiale, eccessivamente restrittivi, angusti, in quanto non al passo con l'evoluzione della moderna assistenza ed il continuo rinnovarsi di metodiche cliniche, diagnostiche e terapeutiche .

Mentre si è assistito, e si assiste ogni giorno, al continuo rinnovarsi di indagini diagnostiche, di presidi tecnici per l'assistenza soprattutto in ambito anestesiologico e rianimatorio, mentre l'attuale piano di studi per la preparazio­ ne alla professione infermieristica è aperto a qualsiasi innovazione e quindi al continuo aggiornamento dei corsi, in funzione dell'evoluzione delle conoscenze mediche e tecniche, non altrettanto può dirsi per i limiti operativi contenuti nel mansionario, che, nato già superato, è sempre più insufficiente, limitativo e mortificante per una figura professionale che, soprattutto in alcuni settori dell'assistenza medica, è di fatto caratterizzata da elevate capacità tecniche .

L'applicazione in chiave restrittiva dei compiti previsti dal mansionario vigente comporterebbe, di fatto, l'impossibilità di utilizzare il personale di assistenza nei reparti ad alta specializzazione; anche una lettura meno rigida , più estensiva e, per alcuni versi, forzata, non riesce a comprendere nelle possibilità operative atti e mansioni che tuttavia vengono richiesti e sovente anche svolti da coloro che lavorano in questi settori.

Trattasi, in quasi tutte queste evenienze, di prestazioni che hanno una finalità ben precisa per la tutela delle condizioni fisiche del soggetto, dirette o a prevenire complicanze o a rendersi conto tempestivamente della modificazione dei parametri biologici oggi ritenuti essenziali per una corretta assistenza: basti pensare alla broncoaspirazione nella prevenzione delle complicanze bronco­ pneumoniche e al prelievo del sangue arterioso per emogasanalisi.

Queste manualità, questi atti, che non sono previsti in modo esplicito dai - mansionari vigenti, con notevole forzatura interpretativa possono farsi rientrare nelle attribuzioni di carattere generale da questi contemplate: "L'assistenza al medico specialista nelle varie attività di reparto e di sala operatoria presso Centri di rianimazione (I° comma delle mansioni dell'infermiere specializzato) può forse comprendere, oltre alle visite preoperatorie e alle consulenze, specifica­ mente menzionate , anche tutta una serie di compiti che, se eseguiti dal collaboratore, alleviano il lavoro del medico lasciandolo libero per attività più impegnative e ad altri non delegabili.

Certo è che quando il legislatore ha ritenuto di dover specificare il perimetro entro cui l'infermiere deve muoversi Io ha fatto ed in maniera chiara ed esplicita: si tenga presente come è stato dettagliatamente regolamentato il prelievo di sangue venoso e l'inoculazione di farmaci per via endovenosa .

A quest'ultimo proposito sono note le perplessità suscitate dal preciso riferimento alle "iniezioni endovenose" nel mansionario per l'infermiere profes­ sionale e solo in quello per l'infermiere specializzato anche alla "sostituzione" e al "rinnovo" di fleboclisi.

Perplessità sfociate addirittu ra nell'intervento del Consiglio Superiore di Sanità che, usando il semplice buon senso, ha espresso il corretto parere che la fleboclisi può considerarsi equivalente all'iniezione endovenosa e quindi corren­ temente praticabile dall'infermiere professionale, il quale ha la ben maggiore responsabilità della preparazione del flacone contenente i farmaci prescritti dal medico.

24

La presa di coscienza da parte degli operatori sanitari dei limiti insiti nel mansionario vigente crea comprensibile disagio e timori del tutto giustificati , posto che una rigorosa applicazione della norma porterebbe a considerare molti degli atti compiuti , soprattutto nei reparti ad alta specializzazione , illeciti sotto il profilo giuridico in quanto espressione di esercizio abusivo di professione per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato (art. 348 C.P.).

Il D.P.R. del 1974 ha creato la figura dell'infermiere professionale specializza­ to in anestesia, rianimazione e terapia intensiva dettando una serie di attribuzio­ ni, anch'esse peraltro non comprensive di tutti gli atti che vengono richiesti al personale di assistenza , soprattutto nei reparti di cure intensive. La circostanza poi che corsi di specializzazione non siano più effettuati da anni e vengano quindi inseriti in questi reparti infermieri diplomati senza specifica qualifica, dovrebbe di fatto comportare una limitazione operativa ancor maggiore, a fronte di richieste sempre più finalizzate e legate all'evoluzione continua di questa specialità.

L'interruzione dei corsi di specializzazione non si è accompagnata, per quanto risulta, all'abrogazione dell'art. 4 del D.P.R. del 1974 e pertanto , pur se con interpretazione evidentemente estensiva, dovrebbe ritenersi lecita l'esecuzio­ ne delle mansioni previste nell'articolo medesimo da parte di infermieri professionali inseriti , per disposizione della Direzione Sanitaria e del Dirigente dei Servizi Infermieristici , in questi reparti.

Un giurista potrebbe in proposito argomentare che, essendo la tutela della salute un bene primario costituzionalmente protetto e comportando la rigorosa applicazione della norma vistose carenze assistenziali, è preferibile consentire un'attività, che almeno in parte non dovrebbe essere ammessa, posto che è diretta ad un fine socialmente utile ed umanitario.

Tuttavia una simile interpretazione non rappresenta assoluta protezione , soprattutto nel caso in cui dall'esecuzione di una manovra non contemplata dal mansionario derivi un danno al malato: in tal caso, infatti, oltre che rispondere a titolo di colpa per l'eventuale errore commesso, l'infermiere potrebbe essere chiamato anche a rispondere del diverso reato costituito dall'abusivo esercizio di professione .

D'altro canto, l'astenersi dal compiere un atto non previsto dal mansionario ma indubbiamente utile per la salute del paziente potrebbe comportare l'altra ipotesi, giuridicamente rilevante , di omissione di soccorso.

In caso di situazione clinica urgente, di condizione non prevedibile e non affrontabile se non in maniera tempestiva, senza quindi poter attendere l'intervento medico, soccorre, come norma giustificativa , lo stato di necessità (art. 54 C.P.); non invocabile tuttavia nel lavoro consuetudinario , nell'attività abituale, anche in un reparto di per sé caratterizzato dall'emergenza, quale è quello di terapia intensiva.

Risulta quindi evidente la contradditorietà e l'insufficienza della normativa attuale, l'esigenza di un mutamento in chiave più moderna, quale è quella che caratterizza il progetto di nuovo mansionario redatto dalla Federazione Nazio­ nale dei Collegi Professionali.

È comunque opportuno sottolineare che se il dovere di soccorrere può giustificare l'attuazione , anche abituale, di prestazioni che esulano dal mansio­ nario, resta comunque e sempre esclusa dai compiti del personale di assistenza la somministrazione di farmaci non prescritti dal medico o l'interruzione di qualsiasi trattamento precedentemente istituito dal sanitario responsabile.

25

Su questo aspetto dell'assistenza è opportuno essere estremamente precisi e rigorosi: se da un lato possono essere consentite, in base alle giustificazioni sul piano giuridico sopra ricordate, prestazioni non previste in maniera specifica dal mansionario, dall'altro non compete in maniera assoluta all'infermiere la somministrazione di farmaci, non prescritti dal medico e tanto meno la sospensione degli stessi non ordinata dal sanitario.

La proposta di un nuovo mansionario, pur articolata in chiave più moderna ed attuale, nulla infatti prevede né potrà prevedere in proposito, in armonia con la figura professionale di un operatore sanitario preparato per funzioni assisten­ ziali, ma non per finalità diagnostico-terapeutiche.

Nel progetto di nuovo mansionario, va ancora osservato, le specializzazioni proposte, in sintoniìa con gli orientamenti europei (Lenta: Giornate di Studio promosse dal Collegio di Torino ed Asti nell'autunno '85) non contemplano guella in anestesia e rianimazione; circostanza che suscita qualche perplessità. E noto infatti che, in Italia, l'abilitazione all'esercizio della medicina consente la pratica di qualunque atto medico chiru rgico all'infuori di quelli inerenti la Radiologia e l'Anestesia e Rianimazione, per i quali è necessario essere in possesso del titolo di specialisti.

Il legislatore ha evidentemente riten uto che queste due specialità, per la delicatezza e la pericolosità delle apparecchiature in uso da u n lato e per la ben nota delicatezza e pericolosità nella gestione di parametri vitali dall'altro, siano svolte dal medico in possesso di specifica preparazione.

Orbene, così come il radiologo ha un collaboratore specializzato, il tecnico di radiologia, non si vede perché l'anestesista-rianimatore non debba, a sua volta, avere un collaboratore altrettanto specializzato.

Chi ha esperienza di sala operatoria e di sala di rianimazione sa quanto sia importante poter contare sulla collaborazione di personale che non si sia limitato nel corso degli studi infermieristici ad un apprendimento teorico e ad un tirocinio pratico, per ragioni di tem po incompleto e non finalizzato, ma abbia appreso nozioni più particolareggiate e soprattutto abbia vissuto, motivatamen­ te, e la quotidianità e l'emergenza di tali reparti.

Reparti nei quali è forse più frequente l'imprevisto dell'abituale, ciò che rende, oppure dovrebbe rendere, indispensabile, l'inserimento di personale particolarmente qualificato e selezionato sia sotto il profilo tecnico che anche dal punto di vista psicologico.

L'autonomia operativa dell'infermiere professionale e dell'infermiere inserito in reparto di terapia intensiva, è, con maggiore ampiezza nella prospettiva del futuro mansionario, sempre una autonomia "vigilata'', un'autonomia esecutiva, ma non decisionale negli orientamenti diagnostici e terapeutici.

Ciò non vuol dire tuttavia che l'infermiere, in quest'ambito specialistico, non diversamente del resto da tutti gli altri settori dell'assistenza, diventi un mero esecutore di ordini: è altamente responsabilizzante per il personale di assistenza l'acquisizione di quella sensibilità e capacità critica che lo deve indurre a rendersi conto, nella maniera più tempestiva possibile, della necessità di richiedere l'intervento medico; compito, questo, lo si ripete, di intuitiva responsabilità, e che, qualora ve ne fosse bisogno , giustifica quanto detto poc'anzi circa la necessità dell'inserimento in queste attività di personale specializzato.

Rimanendo in tema di responsabilità va ricordato che qualsiasi tipo di mansionario, più o meno ampio nel consentire operatività ed autonomia, non

26

solleva comunque l'infermiere dalla responsabilità professionale per colpa, cioè per errore nel fare e nel non fare da cui derivi un danno al malato.

Come qualsiasi altro professionista, non diversamente quindi dal medico, anche l'infermiere risponde in sede penale e civile delle conseguenze riferibili ad una condotta scorretta, ad un errore compiuto nell'ambito delle proprie mansioni .

Potrà trattarsi di errore imputabile a difettosa preparazione professionale , ad ignoranza delle conoscenze di base proprie della media del personale infermieri­ stico, ciò che qualifica l'imperizia o di mancanza legata a trascu ratezza, a ritardo nella somministrazione di farmaci , allo scambio nella somministrazione degli stessi, il che configurerà negligenza o ad un ritardo od omissione della chiamata urgente del medico ciò che potrà configurare imprudenza.

E qualora da tale comportamento derivi un danno al malato, sottoforma di aggravamento delle sue condizioni di salute e addirittu ra la morte, l'infermiere ne dovrà rispondere a titolo di lesione personale o di omicidio colposo.

L'errore che assume rilievo giuridico è quello particolarmente grave, definito in alcune sentenze inescusabile; la colpa professionale in campo sanitario si concreta cioè in un comportamento assolutamente anomalo rispetto a quanto correntemente viene compiuto da operatori sanitari fomiti di analoga prepara­ zione e in circostanze di tempo e di luogo simili.

Per venire a qualche esemplificazione, tratta da una casistica reale, si possono ricordare: il clistere con soda caustica, iniezione intramuscolare di fiale di potassio per scambio di farmaci sul carrello di medicazione , pasto di Bario preparato con sostanza riducente utilizzata , all'epoca, per la ricerca del glucosio nelle u rine, ustioni da borsa di acqua calda o da piastra del bisturi elettrico per difettoso funzionamento dello stesso, scambio di pazienti nella somministrazione di farmaci: insulina a soggetto appena ricoverato in un letto precedentemente occupato da diabetico, preanestesia a malato già operato e sofferente di dolori lombari e analgesico al vicino di letto in lista operatoria per il giorno seguente.

Va altresì precisato , e ciò è di particolare rilievo per l'infermiere che operi in un reparto di cure intensive dove più frequentemente sono attuate manualità tarate di un certo rischio (broncoaspirazione, sostituzione di elementi della cannu la tracheostomica , deconnessione temporanea del malato dal respiratore automatico e dai monitors, controllo di pazienti in corso di dialisi ecc.) che lo stesso risponde solo della esecuzione di tali atti , nella presunzione che gli stessi siano stati correttamente disposti dal sanitario che, a sua volta, risponde della loro indicazione ed opportunità così come risponde della correttezza della diagnosi e della terapia.

Ciò comunque non significa in assoluto che le disposizioni impartite dal medico debbano sempre essere seguite in modo del tutto acritico: seppure in via eccezionale potrà accadere che il collaboratore esperto si renda conto dell 'esi­ stenza di controindicazioni ad un determiÌlato trattamento e potrà farle presente al sanitario stesso o al suo superiore o alla Direzione Sanitaria.

La responsabilità penale, è bene sottolineare ancora, è sempre personale, non surrogabile ad altri per ciò che riguarda gli atti di propria competenza ; potrà , al più, sussistere una corresponsabilità con altri che siano intervenuti nello stesso caso ed abbiano commesso il medesimo errore.

La responsabilità civile, per contro, soprattutto per coloro che operano in una struttura ospedaliera come sono i tecnici dei reparti intensivi, è dell'ente ospedaliero che, a sua volta, si affida a copertura assicu rativa.

27

Resta da ricordare, per concludere, l'importanza che nel corso degli ultimi anni ha assunto, talora anche in vicende giudiziarie, il registro delle consegne, in quanto testimonianza di eventi accaduti in periodi di temporanea assenza del medico, di rilievi effettuati dal personale e di raccomandazioni trasmesse al collega che subentra in servizio, di richieste di intervento medico talvolta ripetutamente rimaste senza esito e quindi attestazione di circostanze che non risultano dalla cartella clinica.

Il registro delle consegne, pur non costituendo documento di carattere pubblico quale è la cartella clinica, rappresenta tuttavia, oltre che un utile strumento per una corretta gestione dell'assistenza al malato nel succedersi dei turni, anche un presidio che talvolta si è rivelato prezioso per comprovare la corretta condotta assistenziale del personale infermieristico.

Da questa rapida analisi degli aspetti più salienti di interesse giuridico e medico-legale dell'esercizio della professione infermieristica in reparti di cure intensive si evince una considerazione di carattere fondamentale: sia l'amplia­ mento e la formulazione in chiave moderna di un nuovo mansionario, sia una strutturazione dell'attività in funzioni ed aree funzionali, comporta sempre un'autonomia operativa vigilata e da gestire con prudenza, tenendo presenti le caratteristiche che distinguono l'opera del medico da quella del collaboratore tecnico.

Costui non è più ormai da tempo, un passivo ed acritico esecutore di ordini ma, per preparazione teorico-pratica e capacità professionale, un vero collabora­ tore chiamato a gestire, per la parte che gli compete, il problema della salute.

Questo paesaggio, in parte già avvenuto ed in parte ancora da realizzare, verso una partecipazione sempre più attiva, ha indubbi aspetti positivi sul piano della dignità professionale ma si accompagna anche, e non secondariamente, all'assunzione di una più ampia sfera di responsabilità sotto tutti i profili, compreso quello giuridico.

28

### RELAZIONE ANIARTI

**ore 9.30 del 14/11/1986**

*Relatrice:*

ADRIANA DELPONTE.- USL C S Trento

*Tema:*

*Metodologia del lavoro. Applicazione del piano di Nursing in area intensiva.*

*Scopo della relazione:*

Individuare alcune metodologie di lavoro applicabili al Nursing m terapia intensiva, con particolare attenzione al momento dell'emergenza.

*Punti della relazione:*

Riflessione sulle caratteristiche del servizio assistenziale erogato e sulle possibili applicazioni del processo di Nursing.

Modalità di approccio all'organizzazione del lavoro in area intensiva con particolare privilegio al singolo operatore.

Presentazione di alcuni strumenti operativi di supporto all'approccio metodolo­ gico del Nursing.

29

RIFLESSIONE

Credo che tutti noi siamo profondamente convinti, che nonostante le pessime condizioni in cui a volte ci troviamo ad operare, gli infermieri garantiscono un elevato livello assistenziale; ma forse il malessere espresso dagli operatori è soprattutto dovuto alla consapevolezza che si potrebbe fare di più e con minore consumo di energie.

Anche nelle aree intensive, nonostante si sia cercato di individuare l 'essenziale, in contra pposizione alla routine , molte attività sono ancora legate alla prescri­ zione piuttosto che agli effettivi bisogni assistenziali rivolti alla persona con quella specifica patologia (pensiamo alla grafica con orario prestabilito per la descrizione dei parametri vitali).

Ma è applicabi le, e come, il piano assistenziale in terapia intensiva? L'approccio per problemi mi consente di uti lizzare una metodologia che attraverso un processo di analisi e sintesi tende a ricondu rre tutti i dati al problema del paziente e darne u na risposta con u n intervento infermieristico. Vediamo se detta metodologia ci consente di garantire u na maggiore qualità assistenziale con conseguente gratificazione e diminuzione di risorse u mane.

L'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

Nell'affrontare questo problema occorre distinguere essenzial mente due possibi­ lità di approccio:

* + - 1. L'organizzazione del lavoro rivolta a tutto l 'insieme delle attività assistenziali dell'unità operativa

2) L'organizzazione del lavoro rivolta alle attività assistenziali del singolo paziente

L'approccio metodologico è applicabile attraverso vari strumenti e definirne i confini è alquanto difficile.

Il piano di assistenza è u no strumento di lavoro che viene utilizzato dal singolo operatore . Il protocollo invece a mio parere si trova a metà strada tra il piano di assistenza ed il piano di lavoro.

Il piano di lavoro è uno strumento che è prevalentemente usato dal caposala ed è rivolto all'insieme delle attività.

Ritengo utile enunciare, che in questa mia relazione verranno prevalentemente affrontate le caratteristiche del piano di assistenza e del protocollo dato la dominante presenza di infermieri professionali .

CONDIZIONI PER L'APPLICAZIONE DEL PIANO DI ASSISTENZA

Per garantire un determinato risu ltato finale occorre essenzialmente seguire 2

fasi:

I ) La stima infermieristica che si avvale di:

* raccolta dati
* identificazione dei problemi
* diagnosi

2) Il management infermieristico che richiede :

- la pianificazione dell'assistenza

30

* l'attuazione



* la valutazione.

1. La stima infermieristica è rivolta alla situazione fisica e mentale del paziente .

. La stima è *immediata nell'emergenza* e si basa sui SINTOMI rilevabili attraverso i dati obiettivi (osservazione attraverso i sensi); è *metodologia nel piano di cura* che invece procede per *problemi* attraverso la rilevazione dei dati obiettivi e oggettivi (dati oggettivi ottenuti durante l'esame fisico o la stima delle funzioni organiche) . La convalida dei dati obiettivi e oggettivi è fondamentale per la attendibilità dei dati.

Attraverso la raccolta dati, che consente di stimare i danni del paziente e valutarne la gravità, l'intensità che mi orienta verso la storia del paziente e che si avvale della conoscenza in campo assistenziale e clinico, viene formulata la diagnosi infermieristica.

1. Il management infermieristico mi orienta nello stabili re la priorità dei problemi, approfondi rne le conoscenze, analizzare il paziente e la sua situazione generale e formulare un piano di azione che si concretizza nell'attuazione e valutazione del medesimo.

Il piano di assistenza in Rianimazione e terapia intensiva richiede due attenzioni particola ri, il momento dell'emergenza e quello di cura.

DEFINIZIONE DI EMERGENZA

"Emergenza è lo stato di pericolo per la vita di un paziente che richiede assistenza IMMEDIATA e CONTINUATIVA fino all'uscita di ta le stato".

L'emergenza è caratterizzata da una immediata attenzione professionale, viene richiesto di saper osservare e fare, sono richieste abilità a volte indi pendentemen­ te dalla qualifica professionale.

Nella prima fase del piano che coincide con la situazione di emergenza l'approccio è per sintomi e lo strumento di supporto al fare per migliorare questo momento di pericolo di vita può essere il protocollo. Un protocollo per le situazioni di emergenza mi consente di fare le cose giuste al momento giusto, per situazioni esemplari, in quanto proposta di un modello di percorsi e metodologie possibili .

QUALITÀ PROFESSIONALI RICHIESTE NEL MOMENTO DELL'EMERGENZA

1. Abilità nelle tecniche
2. Immediatezza ad individuare i problemi
3. Rapidità nel processo decisionale
4. Elasticità nelle procedu re, intesa come capacità ad adeguarsi nella decisione in base alla verifica immediata di risposta al problema.

Il momento di cura invece richiede u n approccio per problemi ed è caratterizza­ to da u na alta differenziazione di competenza tra i vari operatori dell'unità operativa .

Il piano di assistenza richiede come strumento operativo la cartella infermieristi­ ca, inoltre individuare i problemi assistenziali e stabilirne le priorità d'azione, richiede u na grossa conoscenza sia clinica che assistenziale che può essere

31

supervisionata dal medico, l'aspetto clinico, dagli infermieri che operano nei vari reparti specialistici, la parte assistenziale.

In ausilio a questo momento può essere una descrizione di percorso logico da seguire per ogni specifica patologia sintetizzato su una scheda al letto del paziente con alcune voci quali:

* definizione della malattia
* sintomi specifici
* complicanze
* cosa si deve osservare
* caratteristiche dell'unità di cura.

La scheda è importante che sia aggiornata e confrontata con la ricerca e deve essere il risultato di tutte le risorse e competenze professionali interne al reparto (medico - caposala - infermiere - fisioterapista ...).

L'utilizzo del piano di assistenza richiede quindi a livello di organizzazione generale dell'attività, una distribuzione per pazienti e non più per compiti ed un approccio globale considerando l'aspetto fisico, psichico e sociale.

Il maldividere l'assistenza per paziente mi consente:

- *economia di risorse:* è una infermiera sola che affronta l'individuazione dei problemi e ne divide le priorità di soluzione

* facilita l'interazione tra paziente e infermiere
* migliora le relazioni con i familiari in quanto si è in grado di soddisfare tutte le informazioni riguardanti l'utente
* aumenta la motivazione al lavòro, dovuta sia la miglioramento qualitativo della prestazione, sia ad una razionalizzazione delle attività volte al raggiungimento di obiettivi rivolti all'utente singolo, piuttosto che ai bisogni organizzativi dell'unità operativa e permette maggiore creatività al singolo professionista.

32

### RICERCA SULLA METODOLOGIA ASSISTENZIALE IN TERAPIA INTENSIVA

*Gruppo di studio:*

I.G. SERGIO BATTISTON

I.P. MARILENA BEDIN

I.P. IRENE BERGAMIN

I.P. PATRIZIA BERTOLINI DR. LUIGI LAQUANITI

I.P. CHIARA ONESTINI

I.P. LOREDANA PIAZZA

I.P. MORENA ROTINI

C.S. CLAUDIA SILVESTRI

*Relatrice:*

1.1.D. PAOLA PASCHINI

INTRODUZIONE

Parlando di management infermieristico e di amministrazione del personale non possiamo certamente trascurare il tema della metodologia assistenziale.

Il termine metodologia, in generale, sta ad indicare l'applicazione, l'impiego coerente e rigoroso di un determinato metodo, che in questo caso, è il metodo di lavoro.

Il metodo, a sua volta, è "la descrizione particolareggiata dei passi da compiere secondo un dato ordine per raggiungere un certo scopo". (1)

Da questo si può evincere che la metodologia assistenziale è l'attuazione di una sequenza logica di attività orientate alla soddisfazione dei bisogni del paziente.

In teoria ciò appare coerente, e lo è in effetti, ma nella pratica, la razionalità infermieristica, tanto decantata, non trova spazio e terreno fertile per attecchi re e crescere.

La routine smorza e blocca l'iniziativa sia dei singoli che dei gruppi, i bisogni dei servizi· o reparti prevalgono sui bisogni dei pazienti e l'insoddisfazione professionale aumenta di giorno in giorno.

Da queste considerazioni e dal confronto avuto con altri colleghi sul tema specifico in questione, ci siamo convinti, e questo è il problema portante della nostra ricerca, che - gli infermieri delle Terapie Intensive sono in difficoltà nell'assicurare una assistenza mirata alle effettive necessità dei pazienti -.

Tali difficoltà sono dovute, a nostro avviso, al fatto che nell'espletamento delle varie attività assistenziali gli infermieri sono influenzati, ancora oggi, dagli usi e costumi del reparto di appartenenza, a discapito di una programmazione razionale del lavoro.

Lo scopo dunque, che questo studio si è prefissato di raggiungere è quello di evidenziare la metodologia assistenziale applicata nelle Terapie Intensive dagli infermieri.

DEFINIZIONE DEI TERMINI E DEI CONCETTI

Al fine di una maggiore comprensione di quanto verrà esposto, riteniamo utile definire i termini e i concetti da noi considerati.

*Personale Infermieristico*

Per personale infermieristico, in questo caso, si intende quel gru ppo di operatori che, sia in seguito all'acquisizione di una specializzazione in Terapie Intensive, che in conseguenza di disposizioni della Direzione Sanitaria dell'Isti­ tuto di appartenenza, svolge la propria attività all'interno di una Unità di Cura Intensiva.

Tale gruppo è composto da:

Capo-sala; Infermieri Professionali Specializzati; Infermieri Professionali; Infer­ mieri Generici; Vigilatrici d'Infanzia.

*TeraJ!ia Intensiva*

"E una unità di cura che comprende dei malati in stato critico (o esposti ad un rischio elevato) e che hanno bisogno di un trattamento intensivo (o di terapia intensiva), vale a dire - un trattamento continuo che viene assicurato da una equipe permanente di infermieri e medici appositamente formati". (2)

34

*Assistenza mirata*



Per assistenza mirata si intende una modalità di espletamento della funzione dell'infermiere ben precisa, in cui ciò che risulta più rilevante, più importante, non è lo svolgimento routinario delle mansioni, ma bensì la prestazione infermieristica pertinente come risposta al bisogno del paziente.

L'obiettivo dell'infermiere è la risoluzione dei problemi dell'individuo, problemi che possono essere di natura fisica, psichica e/o sociale.

A tale scopo l'operatore pone in atto tutte le conoscenze che gli provengono dalle varie discipline, le rielabora e, secondo uno schema razionale (il piano di nu rsing), attua interventi mirati alle effettive esigenze dei degenti.

L'assistenza mirata è dunque u n modo intelligente di lavorare, un modo di rapportarsi con l'uomo rispettando i suoi desideri, le sue peculiarità, le sue abitudini al solo scopo di porgergli un aiuto necessario al recupero o al mantenimento della salute, nel compimento di quelle attività che, se avesse forze, volontà e conoscenze svolgerebbe da solo.

METODOLOGIA DELLA RICERCA

Come nella precedente ricerca sulla realtà delle Terapie Intensive italiane, il desiderio di conoscere ci aveva spinti inizialmente ad ipotizzare uno studio coinvolgente tutti gli infermieri delle Unità di Cura Intensive.

Essendo però sprovvisti sia di un elenco degli indirizzi che di un quadro numerico complessivo del personale operante nelle Terapie Intensive, abbiamo optato per una soluzione più riduttiva.

Per cui il campione estrapolato è stato formato solamente dagli infermieri operanti nelle Terapie Intensive dislocate nei capoluoghi di provincia.

Lo strumento che abbiamo scelto per la raccolta delle informazioni è stato il questionario strutturato con domande chiuse.

Tale strumento ci è parso di facile comprensione, non richiedente molto tempo per la compilazione e non difficoltoso nella elaborazione.

*Difficoltà incontrate*

Non conoscendo il numero esatto del personale infermieristico impiegato nelle Terapie Intensive, abbiamo invitato, tramite servizio postale, ad ogni Capo-sala n. 20 questionari individuali.

Tale scelta è stata fatta calcolando la media delle piante organiche delle Terapie Intensive di due regioni di nostra conoscenza, Friuli Venezia Giulia e Veneto.

Questo fatto però ci ha posto nella condizione di non poter controllare subito, in modo esatto, se il nu mero complessivo. degli infermieri ipotizzato corrispondesse alla realtà.

Considerando poi, che ci sono pervenuti solo una parte di questionari inviati, ci troviamo, oggi, ad avere solo dei dati parziali sulla situazione nazionale.

Inoltre, se da una parte con il servizio postale siamo giunti in tutte le Terapie Intensive prescelte, dall'altra ci troviamo nella difficoltà di verificare la veridicità delle risposte e nella impossibilità di verificare l'identità di chi ha realmente compilato il questionario.

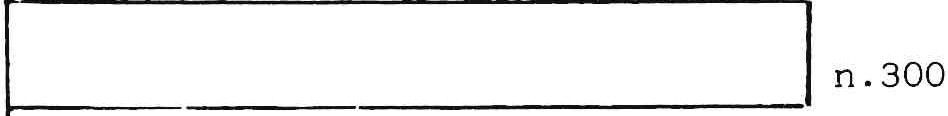
35

DESCRIZIONE ED ANALISI DEI DATI PIÙ SIGNIFICATIVI EMERSI DALL'INDAGINE

In considerazione del breve tempo a disposizione e della provvisorietà delle informazioni fino ad oggi raccolte, riteniamo più opportuno, in questa occasio­ ne, produ rre solo i dati più significativi elaborati.

Ci riproponiamo, però , in un prossimo futuro, e con il vostro aiuto, di illustrare in modo più completo la ricerca svolta.

Nella raccolta delle informa zioni sono state coinvolte n. 300 Terapie, per un arco di tem po di t re mesi , da giugno ad agosto del e.a.



T.I. coinvolte nella ricerca

T .I. che hanno

I

risposto n . 73

1--- .

24%

.

100 200 300 400

Di queste n. 300 solo n. 73, pari al 24% (3), han no risposto.

I questionari individuali spediti sono stati n. 6000, quelli ricevuti sono stati n.

855, pari al 14%.

**invia ti** - - - - - - l n .6000



Questionari

Organico

**complessiv o**

n . 73 T . I . --------------------\_J

n .1203

Questionari

**ricevuti** n.855 = 14% (quest. inviati )

= 71% (organico compl. )

36

L'organo complessivo delle n. 73 T.I. (4) corrisponde a n. 1203 infermieri , ma solo n. 855 di questi, pari al 71%, hanno risposto.

Lo scarto di n. 348 questionari trova forse una giustificazione nel fatto che diversi infermieri non hanno avuto un sufficiente interesse per compilare il proprio questionario e nel fatto che diversi Capo-sala hanno ritenuto non necessario consegnare il materiale, a loro inviato, a tutto il personale , in quanto, secondo come poi ci hanno scritto, tale operazione era inutile perché tanto tutti gli infermieri avrebbero dato risposte uguali .

1. Nota = le percentuali indicate nei vari grafici sono state tutte arrotondate per

. una più celere lettu ra.

1. Nota = la sigla T.I. va intesa come Terapie Intensive .

1) Sesso

**aoo**

76%

***klO***

...----

n651

*,.DO*

***fOO***

*()()*

*JQO*

*10\J* 20%

/00

nl71

*01*

*4*

*IO*

**ln-:331**

M F N.R.

Dei n. 855 infermieri che hanno risposto al questionario n . 651, pari al 76% sono di sesso femminile, mentre n. 171, pari al 20%, sono di sesso maschile.

1. 33, pari al 4%, non hanno risposto alla domanda.

37

2 ) Qualifica

J

*Jo o*

*+oO*

*<<>'*

*oo*

,ov

*j oQ*

*). oO*

1 00 8%

.70

82%

n .331 1:""Tirl

fi-:-311

1. G .

I. P . I. P .S . V . I. c .s .

Gli infermieri di fronte a questo quesito si sono così espressi: n . 70, pari all'8%, affermano di essere degli Infermieri Generici; n. 703, pari all'82%, affermano di essere degli Infermieri Professionali ; n. 33, pari al 4%, affermano di essere degli Infermieri Professionali Specializzati; n. 18, pari al 2%, affermano di essere delle Vigilatrici d'Infanzia ; n. 31, pari al 4%, affermano di essere dei Capo-sala .

Questi primi due dati confermano da una parte , quanto ancora predomini la figura femminile su quella maschile all 'interno del sistema infermieristico, e dall'altra l'aumento degli operatori professionali , n. 703 Infermieri Professionali , nelle T.I., accompagnata da una graduale scomparsa degli Infermieri Generici.

Estremamente esiguo appare, invece, il numero degli Infermieri Professionali Specializzati , solo il 4% della popolazione che ha risposto.

38

3) Età

*>c>O*

tov

33%



n278 28% n243

17%

IOv

nl43

12%

nlO

5%

2% l:%

3"*lo*

n 23

d *18 . li* < *U·* )O 31 ·:'.:>5" *d* )6- 4 0 , it- H *.a ?t- f o a 50 ·oPr,- e* rt. *i(*

La rappresentazione grafica dell'età degli intervistati evidenzia un picco iniziale in corrispondenza della classe 18-25, mentre vi è una graduale ma continua decrescenza nelle successive classi.

Da ciò si evince che la popolazione infermieristica impiegata nelle T.I. è composta prevalentemente da individui giovani.

39

1. Scolari tà (titolo di studio )

57%

,-

n488

24%

-

n206

17%

148

I o

*Loo*

j o

"""'

I l nl3 I

media biennio matu rità laurea N.R.

infer . scuola sup .

Dei n. 855 infermieri che hanno risposto n. 148, pari al 17%, dichiarano di possedere la licenza di scuola media inferiore; n. 488, pari al 57%, affermano di aver completato il biennio di scuola superiore; n. 206, pari al 24%, dichiarano di aver conseguito la maturità; nessuno è laureato; mentre n. 13, pari al 2%, non hanno risposto.

Considerando che il 60% degli infermieri ha un'età che varia tra i 18 e i 30 anni, appare coerente che il titolo di studio maggiormente in possesso delle persone sia il biennio di scuola superiore, in quanto, specificatamente per gli Infermieri Professionali, dal 1975, con il **D.P.R.** 13.10.975 n. 867 "Modificazioni all'ordinamento delle scuole per infermieri ed ai relativi programmi di insegna­ mento" è richiesto il decimo anno di scolarità per l'accesso alle scuole infermieristiche.

40

1. Anzianità di servizio complessiv a

*dJ*



28%

--

n243

*oo*

-17%

15%

16-

nl42 137

nl29 12%

r"

/0*o* l 0%

nl02

i !

d . .*)*- . *{.*

2""'

## 9;

I

N. *R .*

Dalla rappresentazione grafica dell'anzianità di servizio complessiva si evidenzia un gruppo piuttosto compatto di individui con pochi anni di lavoro totali .

Questo gruppo è composto dalle prime tre classi, n . 142 (1-2 anni) + n. 129 (3-4 anni) + n. 137 (5-6 anni), per un totale di n. 408 infermieri, pari al 48%.

Particolarmente elevata, in questo caso, appare la classe Il - oltre con n. 243 preferenze , pari al 28%.

41

1. Anzianità di servizio in T.I.

La rappresentazione grafica dell'anzianità di servizio in T.f mette in luce due fatti:

* 1. un aumento della classe 1-2 anni, con n. 279 preferenze, pari al 33%, rispetto alla medesima classe nel precedente grafico;
  2. una diminuzione cospicua della classe 11 - oltre, con n. 117 preferenze, pari al 13%, sempre in rapporto alla medesima classe del precedente quadro.

Ciò sta ad indicare che una parte degli intervistati hanno lavorato in altri servizi o reparti prima di essere inseriti nelle T.I.

42

1. Perchè ha scelto di lavorare in T.I. ?

*5oO*

58% n494

39%

1330

*.{ 00*

lo:l

20,o'

interesse professionale

scelta imposta

prestigio professionale

J)ì .R .

La motivazione predominante, che ha spinto gli infermieri a scegliete di lavorare in T.I., risulta essere !"'interesse professionale '', con n . 494 preferenze, pari al 58%.

Non è, tuttavia, da sottovalutare la "scelta imposta" con n. 330 preferenze, pari al 39%.

Il "prestigio professionale" ha ricevuto n. 14 preferenze, pari al 2%, mentre

1. 17 infermieri, pari al 2%, non si sono espressi.

43

1. E' soddisfatto del lavoro che svolge ?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CX) | 80% | | | | |
| 00 |  | n686 | 15% | | |
| 00 |
| *00* |
| 00 |
| 00 |
| 00 |  | nl26  5%  11143 I | |
|  | SI | | NO | | N. R. |

4

Dei n. 855 infermieri che hanno risposto al questionario, n . 686, pari all'80%, si sono dichiarati soddisfatti del loro lavoro, mentre n. 126, pari al 15%, non lo sono.

N. 43 infermieri, pari al 5%, non hanno risposto.

44

1. Nello svolgere il suo lavoro vive situazioni di stress ?

Joo

94%

n803

:i<JO

6dJ

joo

00

I*C<J*

4%

20'

H

/O

Ofil

SI NO N.R .

N. 803 infermieri , pa ri al 94%, dichiarano di vivere, nel proprio lavoro, situazioni di stress, mentre solo n. 36, pari al 4%, si trovano in un ambiente operativo ottimale.

N. 16, pari al 2%, non rispondono.

45

.j>.

°' 1) retribuzione inadeguata

n.522 I

61%

* 1. continue tensioni emotive
  2. attuazione compiti non previsti dal mansionario
  3. orari di servizio

**snervanti**

* 1. ritmo di lavoro .

**eccessivo**

* 1. struttura inadeguata
  2. scarsa autonomia

**decisionale**

* 1. dipendenza dal medico
  2. difficoltà nell'impostare un rapporto iQterpersonale con i paz1ent1

***i*** O) tipo di paziente

**l**1) lavoro monotono

i. 2 ) N.R .

--- - n.492 **-1** 5E%

n.457 I 53%

n.437 I 51%

n.S/4 I 44%

n ..>.> I 39%

n . 1 R2 I 21%

- uon I 20%

n.l"l3 **r** 16%

n.74 I 9%

biQJ 4%

On.10 = 1%

.....

2

I/)

11>

r..n..

o

e

"'

,\_.,

µ.

o.

,".\_..'..,.

11>

rn

"e'

"'

11>

:>

<..+..

r..n..

<e+

N"...'.

o

:>

>-'·

.....,.

rn o o

:>

<..+,

## "'

3

""..''..

"'

o..,

3

11>

::i

<+

11>

...,

100 iDO *300 qOO*

f()O *1'00*

Dalle risposte avute, l'elemento principale di insoddisfazione nel lavoro, appare essere la questione retributiva, con n. 522 preferenze, pari al 61%.

Questo dato, però, a nostro avviso, va posto in relazione con le successive quattro tematiche:

* 1. "continue tensioni emotive", con n. 492 preferenze, pari al 58%;
  2. "attuazione di compiti non previsti dal mansionario e quindi non riconosciuti (legalmente ed economicamente)", con n. 457 preferenze, pari al 53%;
  3. "orari di servizio·snervanti", con n. 437 preferenze, pari al 51%;
  4. "ritmo di lavoro eccessivo", con n. 374 preferenze, pari al 44%.

Nonostante la gran parte degli infermieri abbia dichiarato di aver scelto spontaneamente di lavorare in T.I., per un interesse professionale, e di essere quindi soddisfatta del lavoro, da come si è espressa di fronte a questo quesito appare evidente che le responsabilità e il ritmo a cui è sottoposta, nonché lo scarso riconoscimento economico che riceve, sono fonti di notevoli disagi.

Lo stress e l'insoddisfazione che ne deriva perciò, non stà tanto nella "difficoltà di impostare un rapporto interpersonale con i pazienti" o nella "dipendenza dal medico", seppur in parte segnalata (la prima con n. 133 preferenze, pari al 16% e la seconda con n. 169 preferenze, pari al 20%), ma bensì nella coscienza di trovarsi in una situazione lavorativa estremamente particolare e pericolosa sia da un punto di vista individuale-psicologico {orari snervanti, tensioni continue), sia da un punto di vista professionale {compiti non previsti dal mansionario).

Dopo aver cercato di identificare il grado di soddisfazione e di stress degli infermieri, abbiamo voluto vedere in quali attività questi emergessero e secondo quale logica impostassero il loro lavoro.

11) Nel suo reparto chi usualmente raccoglie i seguenti dati sui pazienti ?

1) dati

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| anagrafici  iale e | |  | I.G . | I. P . | I.P .S . | V . I. | .c.s. | ·Medico | N.R . |
| 111 | :412: | 47 | 11 | 222 | 380 | 57 |
|  | 31 | 166 | 13 | 4 | 100 | :624: | 122 |
| di vita ('1li- mo,farmac1 ...)  allergie | | | 46 | 184 | 20 | 7 | 109 | :748: | 48 |
| 46 | 254 | 25 | 7 | 85 | :150: | 38 |
| 1n malattie e/o corso | | | 32 | 149 | 21 | 7 | 69 | :181: | 40 |
|  |  | | 55 | 283 | 29 | 9 | 125 | 196 | :342: |
|  | |  | 150 | :733: | 56 | 9 | 114 | 243 | 23 |



1. abitudini mentari,fu
2. eventuali
3. precec;lenti terapie
4. religione
5. parametri

vitali

Come si può notare dal quadro la maggior parte delle notizie utili sui pazienti viene raccolta dal medico, mentre solo sui "dati anagrafici" e sui "parametri vitali" emerge la figura dell'infermiere professionale.

Un dato particolare è quello che riguarda la "religione", ben n. 342 persone non hanno risposto al quesito.

47

* 1. Chi usualmente instaura e mantiene *i* rapporti con parenti ?

*loO*

78%

*(DO*

*:oo*

50%

n430

3oO

34%

287

.1.00

100

10%

7s61

5%

n40

7%

2%

n56 \

* + 1. G . I. P . I . P . S . *V .* I. c . s . Med ico N .R.

Anche in questo caso la figura del medico prevale seguita, a distanza, da quella dell'infermiere professionale .

Questi ultimi due dati confermano ciò che i n altri studi è già stato dimostrato , e cioè che l'infermiere non è u n raccoglitore di informazioni , o meglio che il raccogliere notizie non rientra, in modo rigoroso e stabile, nelle attività assistenziali quotidiane.

48

* 1. Chi usualmente rileva nei pazienti .....

1) il gr

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ado èi sete |  | | I.G . | I.p . | I.P . S . | V . I. | c .s. | Medico | N.R. | |
| 157 | :739: | 49 | 7 | 103 | 144 | 54 |  |
| cessità di unr. ali-  **z1one persona iz-** | | | 69 | 425 | 26 | 3 | 171 | :520: | 45 |
| o§regi6ranquil- vello di **ansia e** *di* | | | 153 | :736: | 42 | 8 | 170 | 101 | 62 |
| 141 | :740: | 41 | 6 | 140 | 130 | 66 |  |
|  | |  | 109 | :617: | 36 | 9 | 167 | 413 | 69 |

2) °la ne

menta zata



4 ) il li

paura

5 ) il grao *di* di§rnde za

&l a <;la person e c e

dagli

apparecchi

**In** questo caso invece le risposte avute mostrano un infermiere attento ai comportamenti e alle esigenze dei pazienti.

Ciò è spiegabile se si considera che l'infermiere, più di ogni altro operatore sanitario, vive e lavora a contatto diretto con il degente.

1. Usualmente qual'è il primo comportamento che lei attua per risolvere le seguenti situazioni

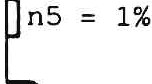
Al fine di evidenziare l'intervento che per primo viene attuato dagli infermieri di fronte a situazioni, per cos·ì dire, standards, ad ogni operatore sono stati sottoposti quattro casi.

Ad ogni caso sono stati abbinati tre possibili comportamenti, ma solo una soluzione poteva essere segnalata.

Gli infermieri hanno così risposto:

49

* 1. un paziente **anurico**



* + 1. **avviso** il medico n 508 59%
    2. controllo il bilancio n 328 1 38%

idrico

* + 1. gli dò da bere 1% d) N.R . n 12 = 1%
  1. piaghe da decubito
     1. **avviso** il **me** Lie **o** 8%
     2. cambio la postura n769 90%
     3. delego ai colleghi
     4. N.R. nll = 1%
  2. paziente **saporoso**
     1. **avviso** il medico n393 46%
     2. lo stimolo n436 51%
     3. non **faccio nien te** n3 = 0% attendo

d) N.R. n23 = 3%

* 1. paziente **ansioso**
     1. **avviso** il medico n 87 I 103
     2. dialogo con il pazient
     3. evito il contatto n 1 = 0%

n739 86%

d) N.R . n28 = 3%

*'•O Joo* .lOo ""' ***:iuo*** *("oo* '"" *800*

50

Nel 1° caso (un paziente anurico), n. 508 infermieri, pari al 59%, avvertono il medico; nel 2° caso (un paziente con piaghe da decubito) n. 769 infermieri, pari al 90%, intervengono personalmente; nel 3° caso (un paziente soporoso) n. 436 infermieri, pari al 51%, provvedono direttamente, mentre n. 393, pari al 46%, interpellano il medico; nel 4° caso (un paziente ansioso) n. 739 infermieri, pari all'86%, cercano di risolvere il problema da soli.

Come si può notare il comportamento scelto dagli infermieri si modifica a seconda del problema loro sottoposto.

Nel primo caso si delega al medico la ricerca della soluzione al quesito; nel secondo caso, forse per esperienza acquisita nel tempo, si cambiano le posture senza tanti preamboli, dimostrando in tal senso una sicurezza professionale e decisionale; nel terzo caso il gruppo infermieristico si scinde in due, c'è chi preferisce demandare ad altri (medico) e c'è chi invece interviene personalmente; nel quarto caso prevale il buon senso e natural­ mente l'esperienza passata.

15) Lei controlla se i suoi interventi infermieristici

hanno soddisfatto le esigenze del paziente ?

3% 3%

*jOO*

94%

*too*

807

*?go*

*60D*

1)00

*4ro*

*3*

*J.*

I llC

SI

NO N.R.

N. 807 infermieri, pari al 94%, hanno risposto in senso affermativo; n. 24, pari al 3%, hanno risposto negando tale attività; mentre n. 24, pari al 3%, non hanno risposto.

5 1

16) Nello svolgere il suo lavoro Lei segue ........

*{ oo*

-64%

n545

oo

*100*

19%

-

14% nl63

nl23

esperienza passata

sequenza prefissata dei compiti

schema razionale improntato sulle esigenze del paziente

3%

# ln24l

N.R .

Alla domanda riguardante la metodologia di lavoro applicata, gli infermieri si sono così espressi:

n . 545, pari al 64%, affermano di utilizzare uno schema di lavoro razionale improntato sulle esigenze del paziente;

n. l 63, pari al l 9%, dicono di seguire la sequenza prefissata dei compiti del reparto;

n. 123, pari al 14%, utili zzano l'esperienza acquisita negli anni di lavoro;

n. 24, pari al 3%, non rispondono.

52

CONSIDERAZIONI FINALI

Nonostante i dati esposti siano parziali, le fondamentali caratteristiche della popolazione infermieristica emergono in modo così evidente da permetterci di affermare che gli infermieri, che operano nelle T.I., sono prevalentemente:

1. giovani donne
2. con il titolo di Infermiere Professionale
3. e co u n livello culturale di base corrispondente al biennio di scuola supenore.

Analizzando le risposte successive, relative alla soddisfazione sul lavoro e alla metodologia applicata, però, la chiarezza citata scompare, per lasciare il posto a tutta una serie di incongruenze e di incertezze comportamentali.

Infatti, riassu mendo, abbiamo che la maggioranza degli infermieri

* dichiara di vivere situazioni di lavoro deleterie, sia per il fisico che per la psiche;
* trova stressante effettuare compiti non previsti dal mansionario, orari di servizio fisiologicamente inaccettabili, ritmi di lavoro intensi ed uno scarso riconoscimento economico;
* ma contemporaneamente afferma di essere soddisfatta del lavoro che svolge.

Inoltre, la gran parte degli infermieri dichiara di

* essere attenta e sensibile ai bisogni dei pazienti,
* ma non raccoglie tutte le notizie utili sui degenti al fine di definire i bisogni effettivi dei suoi assistiti;

afferma di

* verificare se i suoi interventi hanno soddisfatto le esigenze dei malati,
* ma quando deve decidere come risolvere dei problemi di pertinenza infermie- ristica, tende o a delegare al medico la ricerca della soluzione oppure attua procedure ormai riconosciute dalla esperienza e dal buon senso.

Infine la maggioranza degli infermieri ritiene di svolgere il proprio lavoro secondo uno "schema razionale improntato sulle esigenze del paziente'',

* ma tralascia la prima e fondamentale tappa di tale schema: la raccolta dei dati.

Senza essa nessun piano di lavoro basato sulla logica può esistere, per cui ciò che ne segue sono solo dei tentativi per trovare la strada giusta.

Per cui, giunti a questo punto, possiamo dire che in effetti gli infermieri sono in difficoltà nell'assicurare una assistenza mirata alle effettive necessità dei pazienti, e che tali difficoltà derivano proprio dall'utilizzo di metodologie di lavoro legate agli usi ed ai costumi sia del reparto che dell'intero sistema infermieristico.

In sostanza, ancora oggi, vige nei servizi e nelle divisioni ospedaliere, la legge della tradizione che prevede l'attuazione di interventi prefissati su problemi, a loro volta, già definiti; al problema A si dà la risposta B, al problema C si apporta la soluzione D e così via, in modo sistematico e meccanico.

Il lavoro, in questo senso, anche se molto movimentato, diviene ripetitivo e crea nel personale insoddisfazione.

Insoddisfazione che si trasforma in richiesta di un compenso retributivo maggiorato, in un orario di servizio fisiologicamente più accettabile ecc., (tutte cose queste estremamente giuste) ma che alla fine diviene una richiesta di trasferimento in altri reparti.

Ne è la prova l'alto numero di giovani che operano nelle T.I.

53

Per poter migliorare è necessario, dunque, spostare l'ottica di lettura dei fenomeni e delle situazioni, è necessario modificare il proprio modo di pensare per entrare in una logica professionalizzante, al fine:

1· di poter emergere come infermieri capaci;

2· di poter richiedere, in modo concreto e con dati alla mano, ciò di cui, oggi, la categoria ha bisogno.

**BIBLIOGRAFIA**

* 1. Watzlawich, Weakland, Fish
     + Change alla formazione e la soluzione dei problemi - Casa Editrice Astrolabio 1974
  2. Exchaquet; Ziiblini
     + Guida per il calcolo della dotazione di personale infermieristico nelle unità di cura degli ospedali generali - Regione Toscana 1975

54

IPOTESI DI CARTELLA CLINICA INFERMIERISTICA IN AREA INTENSIVA

*Relatore:*

1.1.D. CARLO VIDOTTI

La cartella infermieristica può essere considerata uno strumento auspicabile se non addirittu ra indispensabile per la realizzazione di un corretto management infermieristico .inteso come capacità di gestione della propria funzione professio­ nale. La cartella infermieristica è un input capace di interveni re sulle tre realtà dell'organizzazione e cioè sulle idee, le persone, le cose in quanto comporta necessariamente un'introduzione di idee coerenti con le attuali posizioniClel nl!rsing richiede la riorganizzazione del gruppo di assiSfeOZa attraverso- il

superamento denavoro impostato per compiti; aggiunge un nuovo strumento-­ informativo più completo ed adeguato al processo assistenziaferelegando Il quaaemo aelle consegne a strumento per l'organizzazione spicciola del lavoro identificabile come pro-memoria di tipo generico.

Il problema è sorto in quanto la Scuola per infermieri professionali da anni utilizza cartelle infermieristiche ad uso didattico e nu merosi infermieri entrati in

. contatto con organizzazioni infermieristiche più evolute richiedevano l'introdu­ zione di una cartella infermieristica come sussidio per la pratica professionale.

Ci eravamo, quindi, impegnati a studiare un modello di cartella infermieristi­ ca da suggerire ed introdu rre nelle nostre terapie intensive perché si potesse avere una maggiore identificazione nella professione infermieristica attraverso l'utilizzo di uno strumento idoneo a consentire un approccio più completo all'uomo secondo gli attuali orientamenti del concetto di salute e malattia applicati all'infermieristica .

Le caratteristiche dei repa rti intensivi determinate dalla presenza im ponente di alta tecnologia sanitaria e dall'urgenza dei problemi vitali dell'assistito, può portare alla giustificazione della tendenza a relegare in secondo piano degli aspetti che invece garantirebbero un approccio globale .

Attraverso questo strumento ci si proponeva di \_ superare la mentalità esecutiva ed orientare gli Infermieri all'assunzione della responsabilità nel confronto di scelte professionali autonome anche nel contesto dell'assistenza intensi vistica.

La prevalenza delle prescrizioni ed atti medici .coerenti con i gravi problemi dell'assistito comporta , come abbiamo potuto constatare, il permanere della convinzione che poche sono le scelte autonome nei confronti dell'assistito conseguenti alla funzione infermieristica.

Molti problemi dell'assistito ed in particolare della famiglia passano in tal modo in secondo ordine con il rischio che l'insieme dell'intervento sanitario diventi inevitabilmente disumanizzato perché limitato alla soddisfazione di alcune necessità "vitali" che pur essendo prioritarie non possono essere esclusive .

La cartella, quindi, come strumento informativo dovrebbe permettere u n'as­ sistenza infermieristica completa e continua che segua i problemi del ricoverato secondo il loro evolversi in applicazione del metodo di approccio chiamato "processo di nu rsing" (vedi modello ali. 1).

Le finalità erano chiare e pu re gli obiettivi fra i quali non ultima per importanza era la necessità di creare un 'occasione per discutere all'interno del gruppo e secondo la metodologia della pianificazione tutte le scelte di tipo infermieristico che riguardano il malato.

La prima difficoltà da superare riguardava l'elaborazione di una cartella con soluzione grafica che avesse le seguenti caratteristiche:

- coerenza con il "processo di nu rsing" in quanto avrebbero dovuto essere previsti spazi per registrare:

1. dati riguardanti l'assistito come persona che ha una sua identità sociale sanitaria oltre che avere delle condizioni organiche ed abitudini rilevanti dal punto di vista sanitario (ACCERTAMENTO);
2. la lettura infermieristica delle condizioni dell'assistito alla presa in carico (STIMA);
3. i problemi e la loro evoluzione nel tempo;
4. gli obiettivi assistenziali ovvero le condizioni desiderabili che si vogliono raggmngere;
5. gli interventi o attività infermieristiche ritenute idonee per raggiungere le condizioni desiderate;
6. le risposte dell'assistito al processo di assistenza;
7. le condizioni dell'assistito alla dimissione ed altre informazioni utili per il corretto proseguimento del processo assistenziale o informazioni circa l'evento della morte sia riferibili all'assistito che alla "famiglia"; -

* ad integrazione della cartella clinica utilizzata per la pratica medica, ma autonoma come strumento;
* facile da usare per la registrazione e consumazione perché semistrutturata;
* a basso costo.

Abbiamo consultato tutti i modelli in uso di cui eravamo venuti in possesso compresi quelli utilizzati per la Scuola Infermieri Professionali per l'apprendi­ mento delle metodologie del "processo di nursing".

Dopo vari incontri e tentativi ne è risultato il modello che vi proponiamo (ali. 2a-b-c-d-e-f) e che è stato utilizzato per una breve sperimentazione.

Riteniamo che lo strumento sia molto vicino a quelle che sono le esigenze.

Gli incontri preliminari per verificare o fornire le conoscenze circa il processo di assistenza ed altri aspetti organizzativi e motivazionali si sono trasformati, per problemi contingenti, in incontri fatti allo scopo di presentare lo strumento ed esemplificarne l'utilizzo.

Agli infermieri di Terapia Intensiva veniva chiesto di continuare la registra­ zione delle osservazioni - indicazioni in genere fatte sul libro delle consegne e le prassi di presentare le problematiche assistenziali di ciascun ricoverato con la consegna verbale fatta a gruppo riunito, e nel contempo si chiedeva di seguire un solo malato alla volta coh le cartelle da sperimentare. '

Veniva, inoltre, lasciato un foglio con le indicazioni per la compilazione (vedi ali. 3) ed un quaderno per comunicare, problemi richieste di chiarimento, proposte od altro: u na consegna sulla cartella! La presenza in reparto, anche se non continua, dei promotori, fra cui le C.S. consentiva un dialogo molto motivante per quanti non avevano inizialmente dato l'adesione e consentiva parecchi spunti di discussione e confronto.

In ogni turno era prevista la presenza di un infermiere disposto a dare il suo contributo.

Le prime richieste riguardavano il significato di alcune parole come ad esempio dimissione - relazione contenuti nella cartella o difficoltà incontrate nell'utilizzo di termini chiave impiegati nelle scritturazioni.

È emerso il problema del vocabolario o terminologia infermieristica nei suoi aspetti concettuali e legali: significato e possibilità di descrivere o scrivere quel fatto, quel problema. Gli infermieri stavano verificando le reciproche letture della situazione e se ciò che facevano era di loro pertinenza: emergeva la paura di invadere il campo medico mentre non si rendevano conto che stavano tralasciando aspetti strettamente infermieristici e che la professione medica stava

57

continuamente invadendo l'area infermieristica, inviando nel contempo messag­ gi di dipendenza. Si è discusso anche dei continui e larvati conflitti interprofes­ sionali. Da notare che la competenza riscontrata era notevole e buona pure l'organizzazione del lavoro anche se fondamentalmente organizzata per compiti. Gli infermieri di T.I. hanno chiesto elenchi di bisogni fondamentali e liste di problemi tipo da cui attingere termini e concetti.

Dalla mancanza di buoni concetti di infermieristica e di termini appropriati nasceva in particolare la difficoltà nel defini re obiettivi e raccogliere informazio­ ni che non fossero preferenzialmente finalizzati alla pratica medica . Sintomatica è stata la quasi costante sottoutilizzazione dello spazio riservato alla dimissione­ trasferimento anche se, per la verità, era in pratica una simulazione in quanto le cartelle rimanevano all'interno del servizio.

Lo spazio riservato alle informazioni sulla famiglia ha creato problemi perché le infermiere ritenevano che la relazione con i famigliari fosse compito del medico ed avevano paura di affrontare una relazione che avrebbe dato informazioni utili sulle abitudini e condizioni consuete dell'assistito fornendo argomenti per la lettu ra di comportamenti e per la comunicazione , ma avrebbe nel contempo richiesto un intervento di supporto , alle persone care ed "importanti", a cu i non erano preparate.

Nonostante queste difficoltà le cartelle erano compilate sempre con maggior completezza nonostante le resistenze di alcuni componenti dell'equipe infermie­ ristica ed a una rapida lettura davano subito le informazioni necessarie per comprendere le persone assistite, i problemi affrontati, le scelte del gruppo di assistenza.

La metodologia adottata, anche se non proprio "ortodossa" in quanto si sono "bruciati" i tempi, ha messo in evidenza q uanto siano importanti le fasi preli minari nella strategia per l'introduzione di un così fondamentale ed innovativo strumento assistenziale.

E indispensabile una riflessione iniziale del gruppo per verificare:

* i concetti fondamentali di uomo, salute-malattia ed assistenza infermieristica ;
* la capacità di pensare secondo il "processo di nursing";
* l'organizzazione dell'assistenza in un piano di lavoro coerente con la cultura contenuta nello strumento e da esso richiesta (individualizzata o per malati e non per compiti).

L'introduzione di uno strumento quale la cartella infermieristica è causa di notevole cambiamento nell'equipe che potrebbe subire importanti processi di resistenza. Per orientarsi meglio su questo problema citeremo alcune situazioni che le infermiere francesi ritengono facilitanti:

* un trasferimento, una sistemazione in nuovi locali possono dare la volontà di un diverso modo di procedere;
* arrivo di una nuova caposala;
* ritorno da un corso di aggiornamento;
* un incidente critico;
* arrivo in massa di nuove infermiere che vogliono mettere in atto ciò che hanno appreso a scuola;
* I richieste insistenti degli studenti ti rocinanti sulla logica della loro organizza­ z10ne;
* l'insoddisfazione generale degli infermieri .

La cartella non ha avuto critiche riguardo la sua formulazione grafica e finalità, mentre numerose sono state le richieste di sussidi (testi - incontri di

58

aggiornamento) per l'acquisizione di termini e modi di comunicare tipici problemi al fine di consentire al gruppo un più completo utilizzo dello strumento.

È emersa l'esigenza di una crescita culturale che consenta di diventare degli infermieri capaci di gestire con sempre maggiore autonomia e competenza la propria funzione professionale.

INDICAZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA

1. Compilare pag. 2 con i dati raccolti mediante l'osservazione del paziente.
2. Compilare pag. 1 e la parte rimanente della pag. 2 con i dati desunti dalla cartella clinica e dal colloquio con i parenti.
3. Definire e registrare le condizioni del paziente al momento dell'ammissione nella pag. 3.
4. Stabilire gli obiettivi e il piano/programma dell'assistenza infermieristica.
5. Registrare problemi e il livello di gravità su pag. 4.
6. Registrare la propria valutazione sull'andamento del paziente (foglio valuta­ zione/rapporto) ad ogni cambio di turno; eventualmente dare indicazioni sul metodo di assistenza sul foglio "interventi sugg." e, se necessario, aggiungere e modificare gli obiettivi.

N.B. Le informazioni che non sono immediatamente reperibili devono essere registrate appena possibile; quelle non previste nella scheda ma utili all'assistenza, devono essere registrate sul foglio valutazione/rapporto.

BIBLIOGRAFIA

I ) AAVV "Processo di Nursing e standards assistenziali" in Nursing Clinico - Casa Editrice Ambrosiana, Milano - 1981

1. AAVV "Cosa dice la letteratura straniera sul processo di Nursing" in Rivista dell'infermiere n· 4/83 - Pensiero scientifico Ed. Roma
2. ELHAR T FIRSICH GRAGG REES "Principi scientifici ed il processo di Nursing" in Nursing - Principi scientifici, Ed. Ambrosiana Milano 1981
3. FAY . BWER, Il processo di nursing come metodo e conten uto di lavoro, Ed. Ambrosiana, Milano, 1982
4. GAILW, STUART, "Processo di Nursing", in Interazione inf./paziente, Ed. Ambro­ siana, Milano, 1982
5. HENDERSON V., Che cos'è il Nursing? A cura del dipartimento di sicu rezza sociale, Regione Toscana - Firenze, 1980
6. HENDERSON V. "Il processo di Nursing: per una verifica di definizione" in Rivista dell'infermiere n· 3/83 - Pensiero Scientifico Ed. Roma
7. POLETTI R., Les soins infermiera. Terories et concepts, Le centurion, 1978
8. ROPEN N., LOGAN W.W., TIERNEY A.I., Elementi di Nursing, Pensiero scientifico Ed. Roma, 1983

59

I O) SORENSEN K.C., LUCKMAN N J . "Il processo di Nursing: il problem solving in azione" in Nu rsing di base, Ed. Ambrosiana , Milano 1981

I I ) AAVV "La cartella infermieristica" n· l: Seria assistenza infermieristica - (Ministro degli affari sociali e della solidarietà nazionale - Circolare n· 88 del 15/311985 - Francia) - Ed. Collegio IPASU I - Torino - Asti

* 1. Cartella infermieristica - CHARING GROSS HOSPITAL - WRD - Inghilterra
  2. Cartella infermieristica - THE HOSPITAL FOR SICK - CHILDREN
  3. Cartella infermieristica - THE DOCTORS HOSPITAL - Toronto - Ontario - Canada 1982

1 5) ATKINSON, LESLIE D., Nursing process - Macmillan publishing Co., Inc. - 1980 - USA

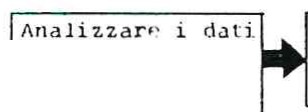
60

M:Jllf:LLO Clfl ERllF.:T.lCU L1i:;L i"IWC ESSU Ht:.Ld ·..:L" !i•FE:;iU<lERlSTlCO UEL LA Rl!:iV LUZ.lOHE 01 FROD LEMI DI SALUTE

PIANIFICA ZIONE

------------- ------------------

## '



ATTUAZIONE

O U T PUT

Uaccog l iere-Regi st r.u-e

',l ; ·' I a t t ivi- sow· 1 t ivi

1 n frmiPrt!l 1 -oss rvazione comporlam .

-int ervi st a

,/f'ERSONA"""'- I -consu lt a zione

i n f erm.ii:::irislici I dent i fici\rf' i

·roblf':'m.i e le

} (11'0 C.J.USf'

C0 ll.Jbora r€' n e l­

f"ormula.roe:.> l diagnosi

in ferm.che

Defin i re g li obiet tivi comportament a li della

persona e gli stand ard

di cambiamento

Formulare-Regist rar e un pi ano di assist en za in ferm.ca - Coor dinare i1 piano di nur sin g con quel ­

lo medico

Repr ri P' le r.'i !;·.H s

At t u:1rL> -RC"Qi Sl ra

Uir i lJ Pr':' g l.i: !j nt Pr­

ven t i di flurs-i n q

E sI!:' cui ri:-..::c o l (;1t•or 1-

re sncr-md a \ pro­

CUN

!'P.OB L EMI

DI

- t t uando e co l labori'l.ncto

a l l '

l a r,..a l i t.7.i\7. i•)n f'

d i

Comuni car e agli a ll:ri opra tori i l piano

pri e c•J m\'"! ''.7" !

JL1 UI F' l CA­

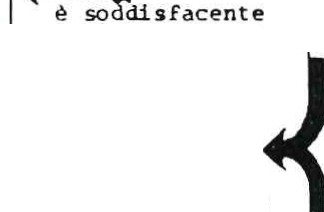
L.l U /I E: DELLO

\, c:ALuTE

DATI BASE:

ESAME 1 ;I 1 mrnfa rn ' 1 Pii'DCEDllRE T :it·r.i· r. 1!-

rr Sl CO I I DJ AGllOSTJCEE 1 PIANO I NFE R.HI ERI STICO I TIGll i::



SI STC::MATl CO I I 1 E MEDICO EDUC/l.'.l tìlf.-Pf.R ti f lf\

' s l'l\'JO

Il;Il.lAI.i

'• ·. /'

----------\_,! I I I 'I

.,ccogliere-Regist rar(> j l : 1\11.'\ l i 1.1..-1r.-. i d,,,ti : rF r-m;l;r;":'-1 :o ii i:e-;1t b ie tivi F' ;-m lr --Rc-g-i st-;.a°i-e'....] At t11 ;u •·-RP.l11. I r;JrP J:

.\! l i.. vi t e\

rl.:i t i oHl"'t t ivi - JC! N l i.vi 1

1 rr"'scri v('r r Regist rare . di cura 1ned1ca e \_ gl i 11 p i.ano di cur .,, me :"'! D 1n w• r r I • '.

d <': l

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| .,.,,..dico) | -osservazio n e comrort .Jm . 1  - i nt ervista l olnamn Pc;\ ) ' | 1 J n t '?rr r<> l,3rr  1 i •fa. t i m "1 ·; | 1  i | L - - - - - - -" | mento  - - - ----- - - - -. | I 1 P r escr i v er<:  ..J L - - - - - - | t P r apie 1  - - - - - J |  |

co n M t uare 1 t l e diaf!nO <; l. 1 t st and ard di camb ia- i""'; co I '- - - - - - - - - - --

Gli obiet tivi

I -C'o nsu l t a7.ion e *e* 1 l •1.1

..

• •

L - - -- - ---- - - - - - \_J '- - - - - - - - - -

La raccolt a 11 p r·!b l•'ir.·'\

d ti

lH'JPÒf'rr. e l·kidi f"ica.re

;.Pr.ond o i l *c.,,* so

t

La dia mo9i

T r mi nare l 'intervento I

F'ormulilre la diag nosi

de fi n itiva- Prescrivere ..

11 p.ia.no

·va lu t are

il cambiam n to fat to e/o

Le mo.rl.,11 it 'l

di. in tE' r:Pnl *n*

R.:icc0 1 l i • ·1·n- .

da t i per mi su1 .,, rr

i ri <;u l t ,1l i ri 5prtto

l

no11 *I'>* c;odcli sfacr>11 r-e

a t t ivi t.\ inf . e/o tera pie mediche -

ma il pro b lem a non è ancora riso llo

LA VAL.U.T.AZ IONE

da far P.

g li obi"'t ti v i./.

.Prob l r?m i

è soddi s fac nte

i l prob lema A ri salto

1

1 v luta e- - - Ì rR c;;g\ i -ir-:, .·· - i ti1 cambi.1mPnto di\t i *!'"T* mi u r.iro; I fat to e/o òa i ri u1 r .1t i • crnt p u t ' I

O\

!' 1t tori co in vo lti:

* l.-' Pr--ona '3'isi sti t a
* ; J i Opr r·,it ori

'

-LP c;l ru t r ur "' m urarie

- r ·-z?. i :T<:>c no l ociie i n formaz ione

per l ' a t livi t .\ a lbPrnl i...... rE'

rli <1 ;\_1-nr:i;.1 ich'! m"d/in F . l.<'ra)' lJt ic\11! m r:l.i c n•· di <; u pp1,r t o i n "rrm .

V

RETR OA ZIONE

l Fee<l-li,1ck cont rollo )

Terminare

l 1in t ervento

/

1 farP. J 1 risp et t o c; Ji C'b i f't I

- - - - - - t i· l ·t·\_r1'\_ \_ \_:

VALUTAZJONE MISUR A ZIONE

(V i<lo1 1· i 1 al" l ·1 - 111.R.,• )

UNITÀ SANITARIA LOCALE N. 7 UDINESE·

**Stabihmenlo Ospedahero S. Mafia della Misericordia . Udine**

SERVIZIO DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE 1°

**Pnmano: *ptol .* M. BALDASSARRE**

**CARTELL A INFER MIERISTIC A**

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome/Nome . . • . • ... . ....• ...... . • . . • • età *I I I* sesso *I I*  Luogo di nasci ta • .• • ...• . .• . . . . . . . .• .• data . . , ..• • . . • • . . . .  Domi ci 1 io . • • . • • • • • • • • . . . • . . . . . ..• .• .• . Tel. . • . • • • . ... . . . . | Rel igione  Mi ni stro d1 culto/ sede |
| PER COMUNICAZIONI E NECESSITA ' DELL ' ASSISTI TO R I VOLGERSI A:  Tel. Tel.  Med i co . curante . . .. .. .... . . . .... . ...... . . ... . . . . . . . . Tel. | |

Ti tolo di studio . . . ......• .• • • • ..• ..• • • . • .• • .... . .• .. . .• . . . .

Li ngua conosci uta • ......• ..• . • ..... si esprime pref eribil imente i n .... . • .• .• • • • .• • .. Occupazioni( i n ordi ne cronol ogico) ....• • • • • • ...• . . • • . . . . . ..• ....... ..• . . . ....• . ..• • . .

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FAMIGLI A | età | **occupaz i one** | **rel azi one** | **nome** | V I VE CON |
| Padre |  |  |  |  |  |
| Madre |  |  |  |  |  |
| Fratel 1 i Sorel le |  |  |  |  |  |
| Coni uge |  |  |  |  |  |
| Figl i /e |  |  |  |  |  |
| Altri |  |  |  |  |  |

Probl emi f ami l i ari /personal i conseguent i al ri covero

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Precedenti ri coveri** | | I nterventi chi ru rgici | | |
| **Diagnosi medi ca d 1 i ngresso** |  | | ALLERGI [/INTOLLERANZE |  |

62

-cuhul Z-ION I Ai l UALI 11 PROBLEMI DI LI NGUAGGIO E Dlff ICOLTA ' DI COMU

- \_1 --.. =====::!!:====f NICAZ IDNE :

SiTO DI NUTR IZ IONE : peso aaezza \_ magro *!\_I* nonna 1e *!\_I* obeso *!\_I*

UTE : di sidratata *I I* edematosa *I I*

aree d1 lesione ----------

note --------------

MOBILITA ' :-------------

CONOSCENZA CONDIZIONI/R ISPOSTA ADATTI VA :

- Assi stito -------------

- Famil i ari / Persone lmportant i CAVO ORALE : bocca -----------

denti -----------

protesi mobi l i U ABITUDI NI Il

DI TO : buono *I I* scarso *I I* protesi *I I* RESPIRAZ IONE/C IRCOLAZ IONE :

!STA: buona *!\_I* occhi al i -------- R I POSO / SONNO: uso sedati vi --------

durata / peri odo/ a 1 tro \_

DOL ORE : / NO / / SI *I*

**loc al i zzaz i one** ---------

ti pol ogi a -----------

DI ETA : diete speci ali

bevande preferi te --------

appeti to \_

**n° pasti**

a l t ro ----------- FUMO : / NO / / SI/ quanto -------­

ALCOOL : / NO/ / quanto -------­

ONOI Z I ON I I NTELLETT I VO/ EMOTI VE :

CAFFE ' : / NO / / quanto --------

ansi oso/ depresso *!\_I*

euforico/ ag i tato *! /*

posi ti vo *I I* ELIMI NAZ IONE: l assati vi

cal mo *I I* frequenza ---------

as sen te *I I* confuso *I I* orientato *I I*

**note** --------------- I NFORMAZIONI AVUTE DA : ---------

<iuaiiriè:.; ··············r;,;..; ············

data

63

ST lMA !NFERMl ER l STlCA DEL MALATO ALL ' AMM! SSl ONE

D l MI SSlONE

**Val utaz i one r i assun ti va del l e condi z i oni assi sti to/f ami g l i a;** Da ta

**Prob l emi attua l i e potenz i al i ;** Reparto

**Approcc i o i nfermi eri st i co consi gl i ato;**

**F i rma**

64

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | | | | | | | | Fogl io n •. .. | | |
| VAL-UTAZI ONE PROGRESSI VA DE I PROBLEMI | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |

NB. Regi strazione da ef f et tuarsi



**l i vel lo grav i tà**

al l a f i ne d i ogni t u rno( M-P-N )

dei probl emi

P - Potenz i a e

3 Massima

**2 - I ntermed i a**

**1 M i n i ma**

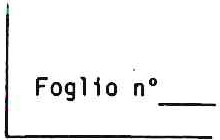
UNITA' SANITARIA LOCALE N. 7 • UDINESE •

**St11blllm1mto Ospedalloro S. Maria della Ml11er1cordla · Udine**

**llJ!.VIZJO 01 IJCITDlA. I "1.ullt.IAZIONI** I'

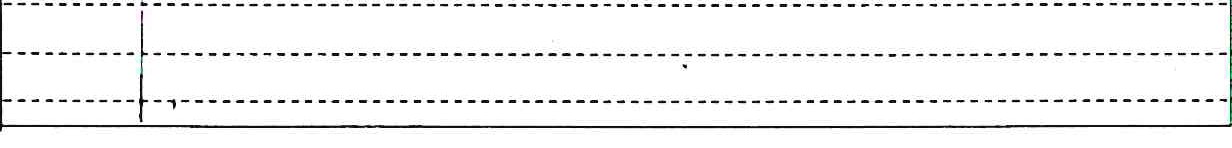


·t6!i nòme ·················nòme ··...·········m ··



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATA | OB I ETT I V I  I l mal ato deve essere nelle cond1z1oni d1: | |
|  |  | |
| DATA/ORA | | I N TERVENTD SUGGER ITO |
|  | |  |
|  | | |

66



DATA /ORA I r 1Ck: VENTO SUGGER I TO ( conti nua )

::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::I

67

,\_..,, "' >Al<i I >\Hl..\ LUCALE N. 7 , UOINts[ •

I

**St Jtidunon10 Osp6d 1Jl ero S . Maria dell1 Mluirleotdta . Udine** Fog l 1o n'



··t.i9;,oo.e· ······..... . . .. . . .n6riiè"'· ........Hl"

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATA / ORA | | VALUTAZ I ONE / RAPPORTO |
|  | |  |
| :::::: :r:: :::::::::::::::::::: :: ::::::::::::: : ::::::::::  -- - - - --- - - i - - - - - - - -- -- -- - ----- ----- - - - --- - - - - - --- - --- - -- - - - - - --- - - -'- - - - - - - --- - - --- --  -1-  -- - - - - - - - - - i! - - - - - - - - - - -- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - ----- - -- - - - - - - - - -- - - - - - --- - - -- ------ -- | | |
| 1- - - - - - - - - -  1- - - - - - - - - - |  | |

68

UNllA" SANITAR IA LOCALE N. 7 • UDINESE .

**S1ab1llmen10 Ospodalloro S. Mar11 def11 MltericOfdta . Udine**



**P'f-kl. ,.U M.**

I Foglio n•

• • tògnòiòè ··• • • • • • • • • ·• • • • • • • nOOiè • • • • • • • • ····HA ··

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATA/ORA | | VALUTAZ I ONE/RAPPORTO |
| ----- ------r | | ------ --------------- ------------- --------- ----------------------- --------- |
|  | | |
|  |  | |

69



VALUTAZIONE INIZIALE PER L'ASSEGNAZIONE DEL PERSONALE ALLE TERAPIE INTENSIVE. VALUTAZIONE PERIODICA

*Relatrice :*

* + 1. PAOLA DI GIULIO

I termini di valutazione e controllo non sono accettati facilmente nella nostra cultura e p ossono Qrovocare una seiie di atteggiamenti che vanrio dall'ansia;\_alla chiusu ra in difesa, al risentimento . La valutazione è invece di per sé un processo costruttivo *açhe* ci Qermette i aQQrezzare il grado di raggiungimento di determinati obiettivi" (1) e di "confrontare i risu ltati con gli standard , riesami­ nando tutte le deviazioni, anche quelle comprese nel limite di tolleranza e di esprimere giudizi sulla gravità della devianza e la necessità di apportare corre:Zìò m " (7).

Qualunq ue processo di valutazione va portato avanti seguendo dei criteri di guida: d ve essere pianificato pri ma di essere attuato, deve essere condotto in termini di obiettivi , deve essere oggettivo, verificabile, frutto ai uno sforzo

coo erativo, s ecffico, attua15i1eeci-infiile0eve essere m graaocllforni re

informazioni utili.

·-·--Lalefteratura atee che i passi da intraprendere in qualsiasi processo di valutazione sono quindi: la creazione di standard di valu tazione , la ri levazione dei dati ed il loro confronto con gli standard , le conclusioni e lo studio dei risultati per identificare le cause ed eventuali errori ed attuare modifiche . Le stesse fasi si applicano ad un processo di valutazione di struttu ra, di processo, di risu ltato finale e quindi anche alla valutazione del personale.

GLI OBIETTIVI DELLA VALUTAZIONE

Apparentemente il processo sembra semplice, m effetti le difficoltà ed i problemi sono notevoli e di non facile soluzione.

L'aumento della complessità della tecnologia utilizzata nell'assistenza al paziente , ed il livello di specializzazione di tale assistenza richiedono conoscenze e capacità notevoli che gli infermieri sono tenuti ad acquisi re e mantenere in odo che i pazienti ricevano un'assistenza qualitativamente e quantitativamente adeguata. Compito non semplice di chi ha la responsabilità di organizzare e valutare il personale è quello di attirare, motivare e soprattutto far ri manere il personale nell'ambito dell'assistenza diretta del pazient e. Cleland (3) afferma che l'obiettivo principale dei servizi infermieristici è quello di erogare un'assistenza qualitativamente adeguata, con personale competente ed a costi accettabili: il numero delle infermiere/i ed i livelli di competenza vanno adeguati ai bisogni del paziente. Il processo, schematizzato nella figura I, raffigu ra il contesto entro

il quale sarà affrontato il problema della valutazione del personale.

LA VALUTAZIONE INIZIALE

Sicuramente non tutto il personale è in grado (o vuole) lavorare in una terapia intei1Sivaoìnunarianimazi0ne:i1 rapporto con le macchine , iHipooì proDlemi dei pazienti, le percentuali di sopravvivenza, il ti po di stress ed i ritmi di lavoro impongono al personale un carico ed una tensione di lavoro notevoli e richiedono l'affinamento di capacità specifiche. Per inserire il personale "adatto"

d evitare un veloce turn-ovei:,\_cpf: Ì I!!P9Jlf:\_ un ulteriore carico d1 lavor. Q\_ al

reparto, soprattutto durante il periodo di inserimento dei nuovi infermieri è imp-crrtante-rmvtrre delcrìteri-mtl per prti:rurva1Utazione7screeni11g del

\_personale. Esperienza professionale, psicologia e pedagogia offrono il quadro dal

72

quale derivare i principi di riferi mento:

l ) La relazione tra buona Qerformance i n un lavoro e 12Q.LeJ1Zialità difare\_hene\_

in un altro non è così chia ra;

1. Performance, qualità personali e potenzialità sono aspetti im p..o.r:t.anti\_da\_ valutare:

possono esprimere opinioni sulle attitudini e sulle personal ità

* + si può esegui re una valutazione sulla performance rispetto ad obiettivi prestabiliti.

Non è accettabile valutare una persona in base a giudizi di valore sul carattere e sulle motivazioni, soprattutto se queste non sono rilevanti ai fini della performance sul lavoro. Le opinioni espresse (e non confortate da dati obiettivi)

rispecchiano la personalità ed i modelli di chi valuta, sono inevitabilmente soggettivi ed in evidente contrasto con i tentativi di analizzare e quantificare una performance in misure obiettive, misu rando i risultati raggiunti rispetto agli standard. È opportuno porsi alcune domande:

* + - * quanto è utile valutare la personalità nella selezione del personale da assegnare

alle T.I.?

11 la personalità può cambiare col tem po ed essere modificata dall'ambiente di lavoro? .

* + - * se è vero che per lavori quantitativamente e qualitativamente diversi occorro­ no persone con diversa personalità è egualmente vero che, persone con personalità diversa riescono ad avere successo nello stesso lavoro per motivi diversi, o in base a stili direzionali diversi.

Lewis (4) afferma che un bambino può acquisi re abi lità ed accrescere il quoziente intellettivo in base agli stimoli ed alle opportunità di apprendimento che l 'ambiente offre, e riporta le esperienze con bambini considerati ultimi della classe che, esposti a stimoli e ad uno stile di insegnamento differente riusci rono a diventare i primi della classe e aumentare i l proprio quoziente intellettivo, acquisendo fiducia i n sé, potenziando le capacità di performance e migliorando la motivazione allo studio.

Che potenzialità di inserimento e che stimoli offre la T.I. in cui viene inserito il n uovo personaleTQualilepossilJil1tàc ficrescitaaell'arril5ieifteTQualllemoc!alità di inserimento? Ed i tem pi? Ed i livelli di performance attesi sia dal nuovo infermiere che dai colleghi con cui lavorerà? E come avviene la scelta? Casualmente o in base a richiesta precisa da parte dell'infermiere?

Anche la preparazione è u n aspetto importante da valutare. La preparazione è u na condizione im portante per il miglioramento della qualità ma non è garantito che un'infermiere prepa rato sia egualmente competente nell'assistenza diretta al paziente del reparto in cui andrà a lavorare. Natu ralmente non si riesce a lavorare se non si hanno le conoscenze teoriche di base, ma la maggior parte dell'apprendimento avviene al di fuori dei contesti formativi ufficiali: nell'am­ biente di lavoro. È possibile che qualsiasi infermiere , con un buon inserimento

- l'esperinza acquisi"s -.)ive11i \_c!! ç9mt\_ n\_za\_\_professio1iale ac\_ç.eJtahi.l i\_Q

ottimali. E la struttura e l'organizzazione che devono interrogarsi su uanto e come v-ogliono investire sul nuovo inserito.

Potreboe essere-utile confrontare ·con un'indagine descrittiva le modalità di inserimento del personale, i metodi usati per la selezione ed i criteri , il tem po di inserimento , il peso dato alla motivazione e raccogliere contemporaneamente alcuni dati sulla struttura (es. carico di lavoro, tipo di pazienti, rapporto infermieri/medici etc.) e confrontarli con i dati di tu m-over del personale , gli

73

incidenti critici ed i dati di assenteismo. Potrebbero emergere interessanti spunti per lo studio di criteri per la selezione iniziale del personale, delle condizioni e del tipo di organizzazione che favoriscono la motivazione e l'apprendimento.

LA VALUTAZIONE PERMANENTE

Un sistema di valutazione del personale può essere strutturato a vari livelli: a m!crorrveilo, centrato sull'Infermiere o su pazient lìvello-intermedio-, onentato al servizio infermieristico, ed a macrolivello: infermieri ed altri operatori valutano l'assistenza nel contesto dei servizi sanitan . Saranno portati alcuni esempioi.Sistemioi valutazione relativi a pnmo e secondo livello .

Audit di Phaneuf (1972). È un sistema di valutazione retrospettivo delle registrazioni infermieristiche. Non è una valutazione diretta della performance degli infermieri né dell'assistenza erogata al paziente (occorrerebbe un processo di valutazione multidisciplinare), né un tentativo di migliorare le registrazioni infermieristiche. Serve per monitorare l'assistenza erogata in una unità. La valutazione avviene in base a 50 criteri, divisi in 7 gru ppi (ciascuno rappresenta una funzione infermieristica). L'assistenza erogata (secondo quanto emerge dalle registrazioni) viene valutata con un punteggio che va da Eccellente ad Insicu ro. Phaneuf difende l'uso del suo sistema citando ricerche che dimostrano che dove le registrazioni sono corrette anche il livello di assistenza è buono. Probabilmen­ te questo sistema è poco adottabile in Italia, dove mancano tradizione ed abitudine a docu mentare per iscritto l'assistenza che si eroga. I reparti di T.I. potrebbero rappresentare l'eccezione, a patto di stabilire natu ralmente i criteri di riferimento in base ai quali considerare un'assistenza ottimale o insicu ra . E questi possono, in una certa misura, essere modificabili da reparto a reparto.

QUALPACS (Wandelt e Ager, 1974). Si misura la qualità della assistenza infermieristica ricevuta dal paziente da parte di tutti coloro che la erogano. Il sistema è composto da 68 criteri divisi in 6 gruppi. I dati possono essere raccolti con l'osservazione diretta o desunti dalle registrazioni scritte o dai commenti dei familiari .

Il sistema fu provato per la prima volta in Europa nel 1983 al J. Radcliffe Hospital ad Oxford ed il gruppo di personale che riportò il punteggio più alto furono gli infermieri generici, forse perché più vicini ai bisogni di base dei pazienti. Stranamente, i punteggi più alti in assoluto furono riportati in un periodo in cui c'era grossa carenza di personale.

RUSH Medicus (1976-1982). Il RUSH Presbiterian Medicus Centre ed il Medicus System Corporation and Division of Nu rsing nell'arco di 15 anni hanno identificato 220 criteri: 170 riferiti al paziente e 50 al reparto . La scelta di quali osservare viene fatta da un computer, in base alle caratteristiche del paziente. Alla maggioranza dei criteri si può rispondere con un si o con un no. Le osservazioni sono distribuite casualmente nella giornata e viene randomizzato un campione del 10% dei ricoverati nel mese. I dati vengono completati intervistando 10-12 pazienti. Il vantaggio della randomizzazione dei criteri è che, chi viene osservato non sa quali criteri vengano utilizzati.

I sistemi di valutazione della qualità dell'assistenza (ed indirettamente del personale che la eroga) sono numerosi. Presentano però tutti la caratteristica di far parte di un processo di revisione costante e di essere impostati e far riferimento a standard prestabiliti.

74

II sistema non è punitivo, perché porta ad identificare la situazione pericolosa o 1 errore , piùc lie la persona , eOèlitih zzato da pari grado (Peer review). Si intende per revisione da parte di pari grado la valutazione di performance di persone o gruppi da parte di colleghi, utilizzando criteri prestabiliti. E un sistema per '



-introdurre la valutazione del gruppo da parte del gruppo, come anche la valutazione della performance del singolo da parte di colleghi di pari livello. La performance può essere esaminata a partire dall'infermiere , dal paziente o da caratteristiche organizzative del lavoro infermieristico . Naturalmente per cia­ scun livello vanno definiti degli standard.

Un primo approccio a questi sistemi di valutazione, non penalizzanti , che consentono comunque di rilevare carenze nei percorsi assistenziali e nella performance del singolo, in attesa di una definizione formale di standard per le terapie intensive italiane potrebbe essere quello della raccolta degli eventi sentinella o incidenti critici. Situazioni cioè indice di una disfunzione organizza­ tiva o di incapacità: ad esempio, errori nella registrazione degli ECG, ritardi o omissioni di somministrazione di terapia, presenza di lesioni da decubito, di infezioni respiratorie, e quantificarli. La definizione dei criteri di quantificazione ed accettabilità o inaccettabilità dell'evento può essere fatta in base ai dati di letteratura e di reparto. L'analisi delle cause costituisce (se eseguita dal gruppo del reparto) un'ottima occasione di valutazione /autovalutazione e razionalizza­ zione del lavoro.



Quan tit à e q ualit à d ei bisog ni d i assist en za

d ei paz i*j*e n ti ·

QUA L ITA ' DELL 'ASSISTENZA

- - \_ . , r\_N\_F\_E\_RM\_I\_E\_R\_r\_s\_r\_r\_c\_A -'

Quanti t à e com p et enza

d el personal e i n fer-

m i erist ico

F i g ur a 1 . Cont esto ed ob i et t iv i d i un sistema d i v al ut azione d e l p e r sonal e

A d at tat o d a C l eland V.( 1 982) R e l ati n g n u r si n g st aff q ual ity to p at i e n ts J ou rnal of n u rsi ng Ad m i n ist ration 2( 4), 32-37

75

**BIBLIOGRAFIA**

I ) Phaneuf M.C. The n u rsing audit. Self regulation in n u rsi ng practice. A ppleton Centu ry Croft, New York 1976

1. Di Giulio P., Magnani M . La valutazione della pratica infermieristica . Prospettive sociali e sanitarie 15: 3-5 1980
2. Cleland V. Relating Nu rsing staff quality to patients , J. of Nu rsing Administration , 12 (4): 32-37, 1982
3. Lewis C. L'arte di insegnare l'intelligenza , 1980, Torino
4. Willis L.D., Linwood M .E. Measu ring the quality of care Chu rchill Livi ngstone , 1984
5. E. Rainbould A guide for N u rse managers, Blackwell Scientific Publications , 1977
6. Gill D. U ngerson B., Taku r M. Performance appraisal i l perspective . !PM London 1983
7. Wright D. An introd uction to the evaluation of n ursing ca re: a review of t he literatu re . J. Adv . Nu rs 9 : 457-67 , 1984
8. Atti del l'Internationa l Nursing Research Conference: New fron tiers in n u rsing resea r­ ch. Al berta , 7-9 maggio 1986



#### STANDARDS PROFESSIONALI: SIGNIFICATO E POSSIBILI APPLICAZIONI PRATICHE.

INTRODUZIONI AI PROTOCOLLI

*Relatrice:*

A.F.D.-1.I.D. ANNALISA SILVESTRO



Prima di affrontare il tema specifico del mio intervento e cioè: "Standards professionali, significato e possibili applicazioni pratiche, introduzione ai protocolli", mi pare importante, innanzitutto, introdurre alcuni elementi di riflessione inerenti gli "Infermieri" intesi come sottosistema strettamente colle­ gato ed interagente con il sistema "Servizio Sanitario" e con l'attuale configura­ zione e dinamicità sociale nella quale il servizio sanitario è a sua volta immerso. Sulla ormai insita componente di dinamismo, tipica di tutte le società ad economia evoluta e sulle ripercussioni che le continue innovazioni tecnologiche, informatiche e cultu rali portano nel tessuto sociale, non mi dilungherò anche



perché mi sembrano ormai argomenti di rielaborazione comune.

Come pu re non mi dilungherò sull'altrettanto ormai riconosciuto "Distacco" esistente tra quella che è la parte del corpo sociale che produce beni e servizi e quella che è la sua alta dirigenza sia a livello tecnico che a livello politico.

Infatti anche in questo caso mi pare di constatazione evidente e comune, la stagnazione imperante a livello degli organi centrali riguardo la elaborazione di linee guida supportanti l'individuazione di priorità e di obiettivi da perseguire in tempi e modi ben definiti e delimitati.

Questo stato di cose raggiunge un alto livello di disfunzionalità proprio nella gestione del Servizio Sanitario; linee guida confuse, obiettivi mal posti e quindi irraggiungibili oppure talmente utopici da essere frustranti.

Gestione incom prensibile delle risorse economiche, leggi o decreti legge "Tam­ pone" che non si conciliano o che a fatica vengono fatti rientrare nel quadro della legge n. 833 del '78 di "Riforma sanitaria".

Leggi "Finanziarie" che di fatto contraddicono lo spirito della stessa legge di riforma sanitaria; Piano Sanitario Nazionale che rimane un lumicino nella notte e Piani Sanitari Regionali che procedono come le convergenze parallele che appunto perché tali non convergono mai.

Un sistema sanitario che aveva suscitato tante speranze, tante aspettative e che si stà rivelando per gli "Addetti ai lavori" e per i comuni cittadini come il castello di memoria Kafkiana.

In questo panorama non certo molto roseo, ma che ci sforziamo di definire incentivante per coloro che hanno voglia di rimboccarsi le maniche e provare a cambiare qualcosa, ci inseriamo anche noi infermieri con la nostra professionali­ tà e con la nostra storia.

Anche con la nostra voglia di farci sentire perché riteniamo di avere molte cose da dire sul contesto socio-politico che circonda la nostra professione e sul modello organizzativo che informa i luoghi dove la esercitiamo.

Abbiamo voglia, dicevo, di farci sentire, di essere propositivi, di contare nel momento in cui si decide sulla nostra operatività e sul nostro futuro come professionisti; abbiamo voglia di collocarci in un posto ben definito nell'ambito della società, di conquistarci un chiaro ruolo e status, di evolverci con l'evolversi sociale e farci interpreti di quei bisogni che la società manifesta in determinati momenti e luoghi.

Vogliamo cioè essere dei professionisti e che la società ci consideri tali. Ma allora sarà bene chiederci e riflettere su che cosa è un professionista.

Senza scomodare autori di importanti testi potremmo semplicemente dire che, se la professione è una "Attività intellettuale per l'esercizio della quale è richiesta la laurea o una particolare abilitazione, ad esempio la professione di avvocato, di commercialista, di medico..." e... aggiungo io, di infermiere; il professionista è "Chi esercita professionalmente una attività intellettuale" e che

79

in quanto esercitante u na professione ha una precisa collocazione sociale, offre dei servizi e ne ha in cambio un ruolo ed u no status.

Il comu ne cittadino, quando si rivolge ad u n professionista, sia u n avvocato, sia un medico che esercita la libera professione o che esercita i n u n ente pubblico, ha un'idea di quali sono le prestazioni che può chiedere, di quali dovrebbe ricevere e soprattutto a che livello.

Se mancano questi presu pposti , il discorso professionalità si fa confuso ed è consequenziale la difficoltà a trovare u na precisa collocazione professionale e sociale e ad ottenere un riconosci mento sia a livello di status che economico.

È im portante, quindi , anzi direi basilare per i l nostro futu ro di professionisti , chiarire al nost ro interno e quindi al contesto sociale, chi siamo, qual è il nostro specifico, quali le prestazioni del nost ro essere professionisti e da u ltimo, ma non meno importante, quale sia il livello qualitativo minimo di queste prestazioni , livello che ci caratteri zzerà e che, pena la non professionalità , dovrà essere sempre garantito.

Uno standard professionale a livello nazionale , noto al cittadino che ci chiede dei servizi e che si attende dei risu ltati , noto ai professionisti con i quali pariteticamente lavoreremo e sulla base dei quali proiettarci in u n futuro di autovalutazione e crescita professionale e formativa.

Ecco che a questo pu nto si inserisce nel nostro discorso il termine "Standard", termine molto usato , alle volte a sproposito e di cui spesso, a mio parere , non si conosce l'esatto significato concettuale.

Letteralmente , possiamo defi ni re i l termi ne standard come "Il complesso di elementi che individuano le caratteristiche di u na determinata prestazione o processo tecnico"; adoperando i l termine come aggettivo possiamo dargli i l significato di "Conforme ad un livello medio assunto come normale".

Da quanto riportato, siamo in grado di dire oltrepassando il signi ficato strettamente letterale, che lo standard, in quanto basato su u n complesso di elementi che individuano le caratteristiche di u na determi nata prestazione o processo è u na "DEFINIZIONE DI QUALITÀ CHE SERVE DA MODELLO PER RENDERE PIÙ FACILE E VALUTABILE LA PRESTAZIONE DI UNA ASSISTENZA OTTIMALE AI PAZIENTI, OPPU RE PER VALUTARE UNA PROGRAMMAZIONE ED IL RAGGIU NGIMENTO QUALITATIVO DE­ GLI OBIETTIVI POSTI".

Comunque, per faci litarne i l raggiungi mento e la conseguente obiettiva valutazione.

L'impostazione e la definizione di standards, non è certo una prerogativa della nostra professione, né un crite1io operativo recente e limitato solo a certi settori.

Nel settore sanitario, se ci riportiamo alla legge istitutiva del Servizio Sanitario, vediamo che i l concetto di standard è spesso presente quando addirittu ra non viene adoperato il termine stesso, come ad esempio nell 'articolo n . 21 in cui si parla dell'organi zzazione dei servizi di prevenzione .

Individuazione degli standards, dunque, fino dalla nascita dell'attuale assetto sanitario e per tutti i livelli che ne caratteri zzano il modello organizzativo e cioè i l livello della stru ttu ra sanitaria statale, i l livello della struttu ra sanitaria regionale ed i l livello della struttura sanitaria loca le o U.S.L.

Standard come concetto diffuso e che nel nostro caso deve diventare criterio di base per l'attuazione della nostra specifica operatività e per l'impostazione di un'attenta e obiettiva valutazione che coinvolge in maniera attiva colui che opera e che conosce altrettanto chiaramente lo standard o livello di prestazione richiestogli.

80

Quindi standard come punto dinamico di partenza per u na contin ua evoluzione professionale che inizia da un raggiunto livello tecnico e conoscitivo comune a tutti i professionisti e non assolutamente come pu nto di arrivo per un livellamento al basso di prestazioni prive di caratteri distintivi, meccaniche e non attente alle esigenze ed alla naturale diversità di chi le riceve.

Già da molti anni è diventato comune nei nostri convegni , seminari o incontri l'uso del termine nursing ed il confronto su tutto quello che di concettualmente nuovo ciò che è sotteso a tale termine ci ha portato .

Discutiamo sul processo di n u rsing, sulle sue fasi, su come attuarle, su quali siano gli ostacoli che a tal proposito dobbiamo superare e a quale livello.

Se lo standard è una definizione di qualità che serve come modello di

riferimento per facilitare il professionista nell'espletamento di u na assistenza ottimale ai pazienti e per fornirgli i parametri su cui valuta re le sue prestazioni è anche conseguentemente, un importante pu nto di riferi mento sulla base del quale individuare quali siano gli ostacoli a livello personale, a livello della struttura e a livello organizzativo che impediscono o rendono difficoltoso il raggiungimento degli obiettivi assistenziali posti.

Attraverso il confronto con i vari standards, infatti , il professionista può valutare se la propria competenza e abilità tecnica può renderlo in grado di garantire il raggiungi mento del livello di prestazione richiestogli o quali siano le sue ulteriori necessità di formazione ; può valutare se e quali siano i cambiamenti a livello strutturale che devono essere necessa riamente apportati per permettere a sé e al gruppo di lavoro di raggiungere gli obiettivi posti; può essere in grado di valutare se le caratteristiche organizzati ve, la quantità di personale , i servizi e le attrezzature disponibili sono sufficienti a garantire il raggiu ngi mento del livello assistenziale stabilito e quale sia il grado di scostamento rispetto al modello di riferimento precedentemente individuato.

Quali potrebbero essere, dunque, le possi bili applicazioni pratiche degli standards professionali?

Riportandomi a quanto precedentemente detto, mi chiederei , eventualmente , quali potrebbero essere gli ambiti professionali in cui sia possibile operare correttamente senza individuare uno standard di riferimento inteso come linea guida comune a tutti i professionisti e sulla base del quale tutti si confrontano.

Vorrei, comunque, portarvi un esempio con il quale, secondo me, si evidenzia come la mancata individuazione di standards può prod u rre , e non in situazioni difficili a verificarsi , insicurezza operativa con conseguente abbassa­ mento del livello assistenziale dato.

Prendiamo il caso che in una u nità operativa dell'area intensiva, vengano a mancare per un determinato periodo di tempo e sovvertendo la programmazione della turnazione del personale già impostata , alcuni infermieri .

Si pone il problema della loro temporanea sostituzione dato che la presenza di un determinato numero di operatori deve essere comunque garantita.

La logica vuole che si cerchi di attuare la temporanea sostituzione con personale già operante nell'area intensiva in quanto questi è ritenuto in grado di inserirsi con n;iaggiore facilità ed operare con uguale efficacia in un reparto affine al propno .

Credo che tutti noi, put nell'ambito di realtà diverse, ci si sia resi conto di come appartenere alla stessa area operativa o a reparti affini non sia sufficiente garanzia del mantenimento di un determinato livello assistenziale o di una maggiore facilità di inserimento; questo perché le modalità operative ed

81

organizzative variano, ed alle volte in maniera considerevole, da un reparto all'altro e sono basate sui criteri più diversi.

Un esempio di questo potrebbe essere il problema conseguente alla prevenzione e al controllo delle infezioni nosocomiali.

Queste non vengono impostate sulla base di un programma standardizzato e ovunque validò di controllo delle infezioni che specifichi le linee di condotta da seguire comunque in tutti gli ambiti; le procedu re e le modalità concernenti le pratiche correnti per il controllo delle infezioni, le indicazioni specifiche per le esigenze di isolamento o di precauzione in rapporto a diagnosi potenziali o definitive e quindi, ogni operatore si comporta nel modo che ritiene più valido nella situazione contingente e sulla base delle sue pregresse e relative esperienze. Tuttalpiù, e questo è già un grossissimo passo avanti su questa strada, può disporre di un protocollo che lo aiuti a sapere quale serie di cose si prevede debbano essere fatte nel tale reparto ed in una determinata situazione ma che comunque raramente dà delle indicazioni su "come" e con quale performance

tale serie di cose debba essere espletata da tutti gli operatori.

Altro esempio potrebbe essere quello relativo alla diversità esistente rispetto alla ten uta, al controllo e all'approntamento di identiche attrezzature e di identico materiale sanitario occorrente per rispondere alle necessità dei pazienti assistiti. Oppure la diversità di gestione del personale adottata in repa rti affini, con gli stessi obiettivi operativi e che spesso risponde solo all'impostazione individuale di chi coordina il personale.

L'importanza, dunque, dell'individuazione di standards di riferimento relati­ vi all'espletamento del processo di nursing o alla struttura o al management sia delle unità operative che del personale, risulta, se ce ne fosse bisogno, ancora più evidente se consideriamo l'eventualità di un temporaneo spostamento del personale in reparti diversi dal proprio.

All'inizio della relazione avevamo detto che un professionista deve essere in grado di garanti re sempre un determinato e concordato livello di prestazioni e tale livello è garantito e correttamente valutato solo se presu pponiamo l'esisten­ za di standards professionali ovunque conosciuti ed adottati.

Poco fa, mentre descrivevo di come non ci sia uno standards a cui riferirsi per la prevenzione e l'eventuale controllo delle infezioni nosocomiali, ho introdotto il concetto "protocollo"; l'ho definito èome un grossissi mo passo avanti sulla strada che porta all'individuazione degli standards e come una specie di programma attraverso il quale è possibile sviluppare ed organizzare l'insieme delle attività che si prevede debbano essere da tutti espletate in una determinata situazione o che si decida debbano essere attuate per permettere che altre figure sanitarie e non, possano espletare la propria operatività.

È un grosso passo avanti sulla strada della definizione degli standards perché è l'espressione della raggiunta consapevolezza della necessità di impostare dei programmi operativi non più basati sulla consuetudine e sulla tradizione, ma su una valutazione di quali siano le priorità e le cose da fare in determinate situazioni per raggiungere efficienza ed efficacia organizzativa.

Rappresenta la capacità del gruppo operativo, che è interprofessionale, di operare non più individualmente, ma sull 'impostazione di un programma comune che in quanto tale dovrà essere impostato e periodicamente valutato sulla base di punti precedentemente concordati.

Rappresenta la possibilità di confrontarsi con altri gruppi operativi sulla base di qualcosa di pensato, esperito e che può evolversi in maniera propositiva.

82

Vorrei però ribadi re che, almeno a tuttoggi, raramente i protocolli prevedo­ no, oltre alla programmazione delle cose da fare, anche l'individuazione di come e con che performance tali cose debbano essere fatte.



Ritengo che se si cominciasse a impostare i protocolli in tal senso, si potrebbe, in non molto tem po, fare dei grossi passi avanti nella crescita del livello qualitativo assistenziale.

Cominciare, infatti, a confrontarsi periodicamente non solo su quello che facciamo ma anche su "come" lo facciamo e su come lo valutiamo, significa impostare, oltre ai protocolli, degli standards professionali che potranno essere adottati da altri gruppi fino a divenire patrimonio comune a tutta la professione e punto di partenza per una valutazione obiettiva delle capacità operative, delle necessità di formazione, e delle potenzialità esprimibili a livello sociale.

Standards e protocolli operativi come importanti componenti del processo di crescita professionale e che devono procedere contemporaneamente per aiutarci a raggiungere quel livello di professionalità che ci permetterà di offrire delle prestazioni adeguate al tipo di società a cui apparteniamo.

Credo che il terreno su cui cominciare a lavorare sia pronto, bisogna quindi cominciare a rimboccarsi le maniche.

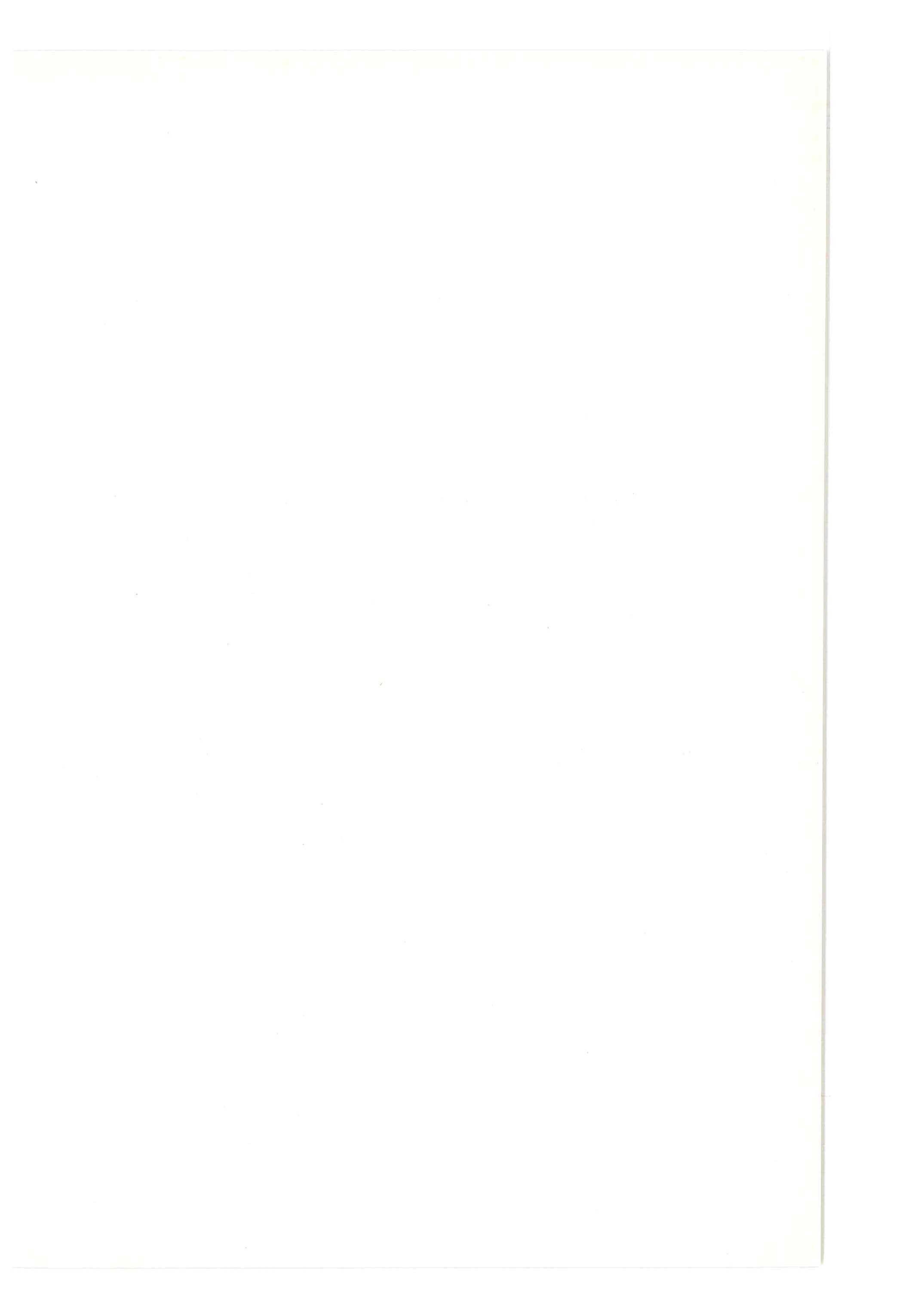
Grazie per l'attenzione e arrivederci!

83

#### SIGNIFICATO DI CAMBIAMENTO DETERMINATO DALL'APPLICAZIONE DEGLI STANDARDS

*Relatrice:*

SARAH J. SANFORD, R.N., MA



DEFINIZIONE DEI CONTENUTI

La mia esposizione intende descrive­ re l'impatto positivo determinato dall'attuazione degli standards sia dal punto di vista clinico che ammini­ strativo. Verrà utilizzato lo studio di un caso per fornire un esempio di come l'attuazione degli standards ab­ bia facilitato gli sforzi dello staff nell'attuare e nel garantire un'assi­ stenza di elevata qualità ed abbia fornito delle motivazioni per i neces­ sari liveHi quantitativi di rapporto infermiere/paziente.

INTRODUZIONE

La PRATICA INFERMIERISTICA

è STATA definita in molti modi. L'Associazione degli Infermieri Americani definisce il nursing come "la diagnosi e la terapia delle risposte dell'uomo ai problemi di salute at­ tuali o potenziali". L'Associazione Americana degli Infermieri di Tera­ pia Intensiva A.A.C.N., ha ampliato questa definizione descrivendo il nursing di Terapia Intensiva come quella specialità del nursing che si occupa delle risposte dell'uomo a quei problemi reali o potenziali che pongono in serio pericolo la vita.

Altre definizioni più specificatamen­ te definiscono il nursing come una professione umanistica.

Senza riferirci ad una specifica defini­ zione, l'unicità del nursing sembra risiedere nella sottolineatura della persona, dell'individuo, il quale, a motivo della malattia o per altre cause di insulti di tipo fisiologico, necessita di assistenza e supporto per riacquistare la salute o, in molti casi perfino per sopravvivere .

Con l'evoluzione delle terapie medi­ che e della tecnologia, le necessità assistenziali dei malati hanno subito una significativa espansione sia in

86

CONTENT DESCRIPTION

The presentation will describe the positive impact of implementation of standards from both a clinica! and administrative viewpoint. A case stu­ dy will be utilized to provide an example of how implementation of standards facilitated staff efforts to deliver and assure high quality pa­ tient care and also provide admini­ strative justification for needed nur­ se-patient staffing ratios.

INTRODUCTION

The practice of nursing has been defined in a number of ways.

The American Nurses Association defines nursing as "the diagnosis and treatment of human responses to ac­ tual or potential health problems." The American Association of Criti­ cai Care Nurses has expanded that definition in describing criticai care nursing as that specialty within nursing that deals with human re­ sponses to real or potential life threatening health problems . Other definitions specify nursing as a wholi­ stic and humanistic profession. Re­ gardless of specific definition, the uniqueness of nursing seems to\_be .th\_e emphasis on the person, the md1v1- dual who because of illness or other causs of physiologic insults, is in need of care and support to regain health or in many cases to even

surv1ve.

As medicai therapies and technology have advanced, the care needs of patients have expanded signi cantly, both in number and complex1ty. Per­ haps in no setting has this expanding dimension of patient needs been mo­ re visible than in criticai care units. Patients who would have died of their physiologic insults as recently as five years ago now survive. Many

quantità che in qualità. Probabil­ mente in nessun altro ambiente quanto nelle Terapie Intensive questa espansione dei bisogni dei pazienti ha avuto una dimensione più eviden­ te.

Malati che solo cinque anni fa sareb­ bero morti in seguito ad insulti fisio­ logici attualmente sopravvivono.

Molti ritornano ad una vita attiva e partecipativa in seguito ai migliora­ menti associati di medicina e tecno­ logia e di un'assistenza infermieristi­ ca sempre più precisa e globale.

Nella pratica quotidiana la sfida col­ legata all'assistenza clinica dei pa­ zienti si sta drammaticamente am­ pliando.

La base di conoscenze richieste per soddisfare i bisogni dei pazienti sta aumentando in modo continuo e im­ pressionante.

Gli infermieri devono conoscere sem­ pre di più .

Lo stesso vale per l'esperienza e l'abi­ lità necessarie per assistere i pazienti in condizioni critiche.

Gli infermieri di oggi devono fare sempre più. La competenza nella pratica infermieristica pertanto ri­ chiede che gli infermieri possono or­ ganizzare ed applicare un sempre maggior numero di dati ed utilizzare sempre più complesse esperienze.

Gli standards per l'assistenza infer­ mieristica sono stati descritti come quanto concordato sui livelli delle migliori situazioni, (2) pietre migliari per la qualità del servizio e come definizioni di qualità con funzione di modello per facilitare e valutare l'at­ tuazione di una assistenza infermieri­ stica ottimale. (1)

Nella pratica quotidiana gli standards possono essere usati come uno sche­ ma per organizzare le conoscenze, le attività e gli interventi in modo che possa essere garantita l'attuazione di un 'assistenza infermieristica di alta qualità e professionale in rapporto a

retum to active, part1c1patory lives because of the combined influence of medica! and technologic improve­ ments and increasingly sophisticated and comprehensive nursing care.

In daily practice, the challenge invol­ ved in the clinica! care of patients is expanding dramatically. The kno­ wledge base required to meet the needs of patients is continuously, and dramatically increasing. Nurses must know more than ever before. The same is true of the skills and abilities needed to care far critically il! pa­ tients. Today's nurses must do more than ever before. Competence in nursing practice therefore demands that nurses organize and apply more and more data and utilize more and more complex skills.

Standards of Nursing Care have been described as agreed upon levels of excellence, (2) yardsticks of the quali­ ty of service, and statements of quali­ ty that serve as a model to facilitate and evaluate the delivery of optimal· nursing care. (I) In daily practice, standards can be used to provide a framework to organize knowledge, activities and interventions such that delivery of high quality, professional nursing care is assured in the face of such rapid and significant change. With that framework in mind we will review a case situation.

CASE EXAMPLE

The situation involves an actual expe'rience in a major teaching hospi­ tal in the United States. The hospital overall, and the intensive care u nit in particular, had been having increasing difficulty providing and retaining qualified staff due to a shor­ tage of experienced nurses in the area. Often the regular staff had to work extra and extended hours. Commonly one or two of the regular

87

tali rapidi e significativi cambiamen­ ti. Con quello schema in mente pos­ siamo ora esaminare un caso concre­ to.

CASO PORTATO AD ESEMPIO:

La situazione è relativa ad una reale esperienza fatta in un grande ospeda­ le universitario negli USA. L'ospedale nel suo complesso ed in particolare l'Unità di Terapia Inten­ siva aveva sempre maggiori difficoltà a trova re ed a trattenere personale quali ficato, in segu ito alla carenza di infermieri con una certa esperienza in quella data zona. Spesso il perso­ nale doveva fare del lavoro straordi­ nano.

Di routine uno o due infermieri del repa rto dovevano lavorare assieme a due o tre infermieri di altri repa rti che erano stati "deviati" o presi a prestito da altri reparti per aiutare nell'assistenza di 12 malati di Terapia Intensiva.

Una notte, c'erano solo 2 infermiere regolarmente in servizio in Terapia Intensiva. Ven ne inviato ad aiutare in

T.I. u n 'altra infermiera del reparto di medicina generale. Erano presenti 6 malati.

Malato I e 2

Avevano subito un intervento a cuo­ re aperto la mattina di quel giorno; entrambe erano collegate al respi ra­ tore ed entrambe avevano dei periodi di instabilità delle funzioni fisiologi­ che, anche se in generale, entrambe stavano migliorando.

Malato 3

La diagnosi era di insufficienza car­ diaca congestizia complicata da pol­ monite. II malato 3 era collegato al respiratore e in qualche modo si stava stabilizzando.

Malato 4

Aveva subito u n trauma cranico chiuso in un incidente con la motoci-

88

staff would work with two or three nurses from other u nits, who "floate­ d," or were borrowed from other units, to help care for as many as twelve criticai care patients.

One night, there were only two re­ gular criticai care staff nu rses availa­ ble. An additional nu rse from the generai medicai ward had been floa­ ted into the intensive care un it to help. There were six patients present.

Patient 1 & 2

Had undergone open heart surgery earlier that day; both were on venti­ Iators and both were experiencing periods of unstable physiologic fun­ ction, although i n generai, both were improvmg.

Patient 3

Had a diagnosis of congestive hea rt failu re · complicated by pneumonia. Patient 3 was on a ventilator and stabilizing somewhat.

Patient 4

Had suffered a closed head injury in a motorcycle accident. He was nonre­ sponsive to verbal stimuli and experiencing periods of restlessness. He was also undergoing contin uous · intracranial pressure monitoring.

Patient 5

Was recovering from an episode of diabetic ketoacidosis. She was awake and alert and expected to transfer out of intensive care the following mornmg.

Patient 6

Was a 32 year old female victim of a motor vehicle accident. She had su­ stained mutiple, bilatera! rib fractu­ res and bilatera! hemopneumothora­ ces. Her respi ratory status had been completel y unstable since admission

3 days prior. Currently she was receivi ng conti nuous controlled ven­ tilation with positive endexpiratory pressure (PEEP). That night she was also receiving intravenous tubocu ra-

eletta. Non rispondeva allo stimolo verbale ed aveva dei periodi di agita­ zione. Aveva anche un monitoraggio continuo della pressione intracrani- ca.

Malato 5

La signora riprendendosi da un epi­ sodio di chetoacidosi diabetica. Era sveglia, e vigile e doveva essere trasfe­ rita dalla Terapia Intensiva il mattino seguente.

Malato 6

Era una donna di 32 anni vittima di un incidente automobilistico. Aveva riportato frattu re costali e pneu mo torace bilaterale. Le sue condizioni respiratorie nei 3 giorni precedenti all'ammissione erano state assoluta­ mente instabili. Al momento era in ventilazione continua controllata con pressione positiva di fine aspirazione (PEEP). In quella notte le fu anche somministrata tubocuranina in vena, morfina e diazapon ogni ora, in se­ guito al fatto che i ripetuti tentativi di ottenere valori emogasanalitici arte­ riosi accettabili erano risultati vani. Con questo trattamento i suoi gas ematici arteriosi ed i parametri vitali erano stabilizzati, ma l'effetto combi­ nato dei farmaci aveva portato ad una paralisi assoluta ed all'incapacità di comunicare.

Poiché l'infermiera presa a prestito dal reparto di medicina non aveva mai lavorato con un monitoraggio della pressione intracranica ed aveva solo una vaga conoscenza dei respi ra­ tori, le 2 infermiere regolari della T.I. decisero che era meglio che lei si prendesse cura del malato che stava migliorando dalla situazione di che­ toacidosi diabetica (malato 5) e del malato che aveva avuto un incidente motociclistico e che al momento era stabile, anche se collegato al respira­ tore e con un trattamento di sedazio­ ne e di tubocuranina (malato 4).

Le 2 infermiere regolari di T.I. quindi si divisero tra loro gli altri malati.

re, morphine sulfate and diazipam every hour, because repeated efforts to maintain acceptable arteria! blood gases had been unsuccessful. On this regime her arteria! blood gases and vita! signs had stabilized, but the combined effects of medications had resulted in complete paralysis and inability to communicate .

Because the nurse "borrowed" from the medicai unit had never worked with intracranial pressure monitoring and was only vaguel y familiar with ventilators , the two regular criticai care staff nurses decided that she would be best suited to provide care to the patient recovering from diabe­ tic keetoacidosis (patient 5) and the patient who had been in the motor vehicle accident and was now stable, although on a ventilator and receiving the sedation and tubocurare regime (patient 6). The two regula criticai care staff nurses then divided the remaining four patients between them.

The night proceeded fairly calmly. One of the regular criticai care staff nurses was able to assist the medicai nurse with the suctioning and venti­ lator care required for patient 6. The remaining patients seemed to be stabilizing well.

After five hours the unit was notified that they would be receiving a seven­ th patient - a victim of a motor vehicle accident who had sustained both chest and head injuries. Because no additional staff were available , one of the two regular criticai care staff members decided to admit and provide care to the new admission. The other regular criticai care staff nurse was to monitor her own two patients, the two patients who had been cared for by her criticai care peer, and also provide assistance to the medicai unit nurse for the care of her two patients.

89

La notte passava nella più completa tranquillità.

Una delle 2 infermiere regolari di T.I. riuscì ad aiutare l'infermiera di medi­ cina nelle aspirazioni e nel controllo del respiratore necessario per il mala­ to 4.

Gli altri malati sembravano andare stabi lizzandosi bene. Dopo 5 ore in reparto arrivò la notizia che avrebbe­ ro dovuto accogliere un settimo ma­ lato, vittima di un incidente automo­ bilistico con lesioni al torace ed al capo. Dal momento che non erano disponibili altre infermiere, una delle 2 regolari di T.I. decise di accoglierlo e di prestare assistenza al nuovo arri­ vo. L'altra infermiera regolare di T.l. doveva controllare i suoi 2 malati.

L'accoglimento del 7° malato non andò bene. Il malato era molto insta­ bile e si dovette inseri re un drenaggio toracico bilaterale ed una sonda in­ tracranica dopo l'ammissione in T.l. Per 2 volte ebbe un arresto cardiaco e quantunque fosse stato rianimato con successo, la sua assistenza richiese tutto il tempo e le forze dell'infermie­ ra responsabile del suo caso ed anche un certo aiuto da parte dell'altra

infermiera di reparto. Intanto, duran­ te questo periodo di tempo, l'infer­ miera del reparto di medicina aveva aspirato per 2 volte il suo malato collegato al respiratore ed aveva rife­ rito ad una delle 2 infermiere regolari di T.I. che non aveva avuto particola­ ri difficoltà nell'attuare la manovra. Alla fine del turno una delle 2 infer­ miere regolari di T.l. fa il giro dei malati. Quando andò a controllare l'ammalata collegata al respiratore e che era stata assistita dalla infermiera del reparto medico trovò che l'am­ malata aveva un ritmo cardiaco ago­ nico con una frequenza di 10 pulsa­ zioni al minuto. Le pupille erano dilatate e fisse. La rianimazione rista­ bilì un'efficace frequenza cardiaca e pressione ematica ma l'elettroencefa-

. 90

The admission of the seventh patient did not go well. The patient was very unstable and had to have bilatera! chest tubes and an intracranial pres­ sure probe inserted after admission to the criticai care · u nit. He arrested twice and although he was succes­ sfully resuscitated, his care req uired ali the time and energy of the criticai care nurse responsible for his care, and in addition some help from the other criticai care staff member. During that time the medicai nurse suctioned her ventilator dependent patient twice and reported to one of the regular criticai care staff members that she had experienced no particu­ lar difficulties performing the proce­ dure.

As the shift carne to an end one of the regular criticai care staff members made patient rounds. When she went to check the ventilator dependent patient that had been cared for by the medica! nurse, she found the patient to be in an agonal heart rhythm with a rate of roughly 10 beats a min ute. Her pu pils were dilated and fixed. Resuscitation restored an effective heart rate and blood pressure, but an electroencephalogram later showed brain death. lt was subseq uently di­ scovered that one hose on the venti­ lator had become dislodged and that the ventilator's disconnect alarm had not been activiated. The rate alarm on the electrocardiographic monitor was also off.

THE PROBLEMS

Because the hospital and intensive care unit were experiencing a nursing shortage, difficulty assuring consi­ stent quality care to critically ili pa­ tients was real. From a clinica! stan­ dpoint the scope of knowledge and skills necessary to competently care . for critically il! patients had not been defined. Therefore, nurses who were

logramma mostrò più tardi una mor­ te celebrale. In seguito si scoprì che un tubo del respiratore si era sraccor­ dato e che l'allarme spento del regi­ stratore non era stato riattivato. An­ che l'allarme di frequenza del moni­ tor elettrocardiografico era inattivato.

I PROBLEMI

Per il fatto che l'Ospedale e la T.I. avessero scarsità di personale infer­ mieristico, la difficoltà nel garantire una effettiva qualità nell'assistenza era un fatto reale. Da un punto di vista clinico, l'ambito delle cono­ scenze e delle esperienze necessarie per un'assistenza competente dei ma­ lati in condizioni critiche, non era stato definito. Pertanto, le infermiere che venivano "mobilitate" nell'unità di T.I. non si accorgevano nemmeno delle aree in cui c'erano delle defi­ cenze di conoscenza ed esperienza . Allo stesso modo, le infermiere rego­ lari del reparto di T.I. non avevano alcun meccanismo con cui confron­ tarsi tra loro o con le infermiere inviate di volta in volta nel reparto, e cioè l'ambito definito della propria attività. Perciò se esse non si sentiva­ no in grado di aiuJarsi sia fra di loro sia con le infermiere esterne ad indi­ viduare delle aree di lacuna delle conoscenze e nell'esperienza. Pertan­ to la qualità dell'assistenza era molto vulnerabile.

Da un punto di vista amministrativo, non c'era un'obbiettiva definizione dell'ambito di attività e di responsa­ bilità in base alla quale dare una giustificazione del personale preso a prestito o in training dal momento che non erano state chiaramente defi­ nite le aspettative di un'attività di terapia non fu riconosciuto come problema il fatto che ci fossero in reparto delle infermiere "mobili" senza esperienza né training.

"floated" into the intensive care unit weren't even aware of the areas whe­ re deficiencies in knowledge or skills existed. Similarly, the regular staff nurses in the critica! care unit had no mechanism to review with each other or nurses that floated into the unit, the scope of practice required . There­ fore, they also felt unable to assist both each other and floated staff to identify areas of deficiencies in kno­ wledge or skills. Quality of care was thus vulnerable.

From an administrative standpoint, there was no objective definition of the scope of practice and responsibi­ lity upon which to justify hiring and training staff. "Floating" nurses who lacked experience and training was not recognized as a problem because the demands of critica! care practice had not been clearly stated.



STANDARDS IMPLEMENTA­ TION: "ROLLING THE WHEEL RATHER THAN RE-INVENTING IT"

Standards of nursing care provide an organizing framework for practice. Because they focus on the fundanien­ tal problem solving process in patient care, the nursing process, they also provide, perhaps better than any other mechanism, a means to com­ prehensively and completely define the full scope of practice and respon­ sibility in criticai care nursing.

Even so, implementation of standar­ ds is often viewed as an insurmounta­ ble task and as a result, often avoi­ ded. Too often the focus of imple­ mentation efforts is to try and write down everything we know or think we need to know as nurses, clearly an overwhelming project. A far more effective implementation approach is to define the key nu rsing activities and knowledge needed to apply the

91

ATTUAZIONE DEGLI STANDARDS "FAR GIRARE LA RUOTA ANZICHÉ REINVENTARLA"

Gli standards dell'assistenza infer­ mieristica forniscono uno schema or­ ganizzativo per la pratica. Poiché sono focalizzati sul fondamentale processo di soluzione dei problemi nell'assistenza infermieristica, il pro­ cesso di nursing, essi costituiscono anche, forse meglio di qualunque altro mezzo, gli strumenti per defini­ re in modo globale e completo tutto l'ambito di attività e di responsabilità

.del nursing di T.I.

Nonostante ciò, l'attuazione degli standards è spesso vista come un compito insormontabile e finisce spesso per essere evitata. Troppo spesso l'obiettivo degli sforzi di at­ tuazione risiede nel cercare di scrive­ re qualsiasi cosa noi conosciamo o riteniamo di dover conoscere come infermieri, un progetto chiaramente impossibile.

Un approccio molto più efficace di attuazione è quello di defini re la chiave delle attività infermieristiche e delle conoscenze necessarie per ap­ plicare il processo di nursing nelle aree operative, in altre parole, *ade­ guare* gli standards esistenti alle spe­ cifiche necessità di un reparto.

*"Gli standards per le cure infermieri­ stiche dei pa zienti in condizioni criti­ che"* si basano sul processo di nursing. In questo documento vengo­ no fomite delle definizioni di tipo generale chiamate standards generali. C'è uno standard generale per ciascu­ na fase del processo di nursing e cioè i seguenti:

I) Per tutti i pazienti di T.I. devono sempre essere raccolti tutti i dati, di qualunque tipo essi siano.

Il) L'individuazione dei problemi/bi­ sogni del paziente e la loro priorità deve basarsi sui dati raccolti

92

nursing process in practice settings, in other words *adapt* existing stan­ dards to the specific needs of a unit.

*A.A.CN. 's Standards of Nursing Ca­ re far the Critically Ili* are based upon the nursing process. In that docu­ ment generai statements called com­ prehensive standards are supplied. There is one comprehensive standard for each step of the nursing process. They are as follows:

1. Data shall be collected conti­ nuousl y on ali critically ili pa­ tients wherever they may be lo­ cated.
2. The identification of patient pro­ blems/needs and their priority shall be based upon collected data.
3. An appropriate pian of nursing care shall be formulated.
4. The pian of nursing care shall be implemented according to the priority of identified problem­ s/needs.
5. The results of nursing care shall be continuousl y evaluated.

While the comprehensive standards statements clearly apply to the criti­ cai care setting, they are nonetheless fairly nonspecific and broad. There­ fore, for each comprehensive stan­ dard (and therefore for each of the steps of the nursing process) the key nursing interventions needed to meet the more generai comprehensive standard have 1 also been defined. These activities described by the supporting standards functionally de­ fine what must happen to assure that the broader more generai compre­ hensive standard can be met.

For example, A.A.C.N.'s Compre­

hensive Standard II addresses the se­ cond step of the nursing process. It states: The identification of patient problems/needs and their priority shall be based upon collected data. Supporting standards, consisting of the steps needed to assure that pa-

1. Si deve formulare un'adeguata piano di assistenza.
2. Il piano di assistenza deve essere attuato in base alle priorità dei problemi/bisogni individuali.
3. I risultati dell'assistenza infer­ mieristica devono essere conti­ nuamente oggetto di valutazione.

Le definizioni degli standards genera­ li si applicano in modo evidente all'ambito operativo intensivo, ma ciascuna di esse è anche total mente specifica ed ampia. Perciò, per cia­ scun generale (e quindi per ciascuna delle fasi del processo di nursing) sono stati definiti anche gli interventi infermieristici chiave necessari per realizzare i più ampi standards gene­ rali. Anche queste attività sono defi­ nite come standards di supporto. Nel loro insieme, tutte le attività descritte dagli standards di supporto definisco­ no funzionalmente quello che il più ampio standard di tipo generale pos­ sa essere raggiunto.

Per esempio, il II standard generale dell'A.A.C.N. si riferisce alla seconda fase del processo di nu rsing. Esso afferma: l'individuazione dei proble­ mi/bisogni del paziente e la loro priorità deve basarsi sui dati raccolti. Vengono quindi elencati gli standards di supporto, che consistono nei passi necessari per assicurare che i proble­ mi/bisogni del paziente possono in realtà essere identificati ed ordinati in base alla priorità fondendosi nei dati raccolti su ogni paziente.

Le definizioni degli standards di sup­ porto per il II standard generale in­ cludono:

*II standard generale:* l'individuazio­ ne dei problemi /bisogni del paziente e la loro priorità deve basarsi sui dati raccolti.

A) L'infermiere di T.I. deve indivi­ duare i problemi/bisogni sulla ba­ se di conoscenza delle scienze biologiche, fisiche e comporta­ mentali.

tient problems/needs can in fact be identified and prioritized based upon collected data about each patient, are then listed . The supporting standards statements for Comprehensive Stan­ dard II include:

*Comprehensive Standard II:* The identification of patient problem­ s/needs and their priority shall be based upon collected data.

1. The critica! care nurse shall iden­ tify problems/needs based upon knowledge of the biologica!, phy­ sical, and behavioral sciences.
2. The critica! care nurse shall base all problems upon pertinent su­ bjective and objective data.

C) The critica! care nurse shall hy­ pothesize an etiologic basis of problems/needs, utilizing the col­ lected data.

1. The critica! care nu rse shall col­ laborate with the patient, signifi­ cant others, and other health team members i n identification of
   * problems/needs .
2. The criticai care nurse shall esta­ blish the priority of problem­ s/needs according to the actual­

/petential threat to the patient.

1. The critica! care nurse shall re­ cord identified problems/needs.
2. The critica! care nurse shall reas­ sess problems/needs and their priority as the data base changes.

As I'm sure you will agree, these supporting standards are also some­ what genera!. As stated, they are not directly applicable to specific practi­ ce setting. Therefore, to be truly meaningful they must be individuali­ zed and adapted to each practice setting. If implementation is viewed as a project that seeks to adapt and individualize standards statements to the unique needs of staff and patients in a specific setting, the task can be both manageable and meaningful. Through such adaptation an accurate

93

B) L'infermiere di T.I. deve fondare tutti i problemi su dati soggettivi ed oggettivi pertinenti.

C) L'infermiere di T.I. deve ipotizza­ re una base eziologica dei proble­ mi/bisogni, utilizzando i dati rac­ colti.

1. L'infermiere di T.I. deve collabo­ rare con il paziente, le altre per-

. sane per esso significative e gli altri membri dell'equipe terapeu­ tica nella identificazione dei pro­ blemi/bisogni.

1. L'infermiere di T.I. deve definire la priorità dei problemi/bisogni in base ai reali/potenziali rischi per il paziente.
2. L'infermiere di T.I. deve registrare i problemi/bisogni individuati.
3. L'infermiere di T.I. deve rivedere i problemi/bisogni e le loro prio­ rità quando cambia la base dei dati. ·

Io sono sicura che sarete d'accordo nell'affermare che anche questi stan­ dards di supporto sono in qualche modo generali. Come già detto, essi non sono direttamente applicabili a specifici ambienti operativi. Pertan­ to, per essere realmente significativi essi devono essere individualizzati ed adeguati a ciascun ambiente operati­ vo. Se l'attuazione viene intesa come un progetto che aspira ad adeguare ed individualizzare le definizioni standard ai bisogni specifici di uno staff e dei pazienti in uno specifico ambiente operativo, allora il com pito sarà attuabile e veramente significati­ vo. Attraverso questo adattamento può essere definito un accurato sche­ ma operativo.

Il processo di individualizzazione de­ ve avere quattro caratteristiche: gli adeguamenti devono *essere di un certo rilievo* per l'insieme dei pazienti e per le capacità dello staff, *realistici* in rapporto alla priorità del malato e dello staff, *chiari* per quelle definizio­ ni che descrivono quello che deve

94

framework far practice can be defi­ ned.

In the individualization process there are four characteristics needed: the adaptations must be *relevant* to .the patient population and staff capabili­ ties, *realistic* with regard to patient and staff priorities, *clear* in that the statements describe what needs to happen and utilize wording that is understandable and specific, and *measurable* in that data from chart audits or from watching specific be­ haviors can be objectively gathered. In our criticai care unit we imple­ mented A.A.C.N.'s standards by reviewing and adapting them in the way I have described. We utilized a three column format. At the top of each page we wrote our adaptations of the comprehensive standard being addressed. Along the left side of the page we listed our adaptations of the supporting standards. As you will see, our statements are truly adapta­ tions.

They are similar, but not identica! to tbose in the published A.A.C.N. do­ cument. We titled the middle co­ lumn, "Skills and Abilities". In that column we listed the actual tasks and activities appropriate to our setting that were necessary in each of the steps outlined by the supporting stan­ dards in the left hand column. In reality, the heart of implementation was and is the middle column, far it is there that criticai care nursing practice in our setting is functionally defined.

The final, or right hand column iden­ tified references or sources of infor­ mation related to the defined skills, abilities.

An example is provided. In that

example, you will find that our Com­ prehensive Standard dealing with the first or assessment step in the nursing process is written across the top. It states: A comprehensive and dyna-

avvenire e per l'utilizzazione di un linguaggio che sia comprensibile e specifico e *misurabile* per quei dati che obiettivamente possono essere raccolti dalla revisione delle registra­ zioni o dal controllo di comporta­ menti specifici.

Nel nostro reparto di T.I. abbiamo attuato gli standards dell'A.A .C.N. rivedendoli ed adattandoli nel modo che vi ho descritto. Abbiamo utiliz­ zato uno schema a tre colonne. Nella parte superiore di ogni pagina abbia­ mo scritto i nostri adattamenti allo standard generale che veniva indica­ to. Lungo il margine di sinistra ab­ biamo elencato i nostri adattamenti relativi agli standards di supporto . Come vedrete, le nostre definizioni sono veramente degli adattamenti. Sono simili, ma non identici a quelli che compaiono nel documento pub­ blicato dall'A.A .C.N. Abbiamo inti­ tolato la colonna centrale "Esperien­ za ed abilità". In quella colonna abbiamo elencato i reali compiti ed attività conformi al nostro ambiente operativo, riten uti necessari in cia­ scuna delle fasi sottolineate dagli standards di supporto della colonna di sinistra. In realtà, il cuore della attuazione era ed è la colonna centra­ le, perché è lì che l'assistenza infer­ mieristica viene funzionalmente defi­ nita nel nostro ambito operativo. La colonna finale di destra riporta i riferimenti o le fonti di informazione relative alle esperienze o alle abilità delineate.

Abbiamo fornito un esempio. In que­ st'esempio potete trovare che il no­ stro standard generale che tratta della prima fase e della stima nel processo di nu rsing è scritto in alto. Esso enuncia: per tutti i pazienti accolti in reparto devono essere definiti e man­ tenuti dei dati infermieristici di base globali e dinamici (base che ri mane valida in relazione ai bisogni del paziente). I nostri adattamenti a eia-

mie nursing data base (one that re­ mains current according to patient · needs) will be established and main­ tained for all patients admitted to the criticai care unit. Our adaptations of each of A.A.C.N. 's supporting stan­ dards are provided in the left hand column. In other words, supporting standards outline that the data base for each patient will include a patient history (supporting standard I), a tho­ rough systems-based physical as well

as a psychosocial assessment (supporting standard 2), and serial assessments at a minimum of every 2 hours (supporting standard 3).

In the middle column the specific tasks and components of the history , initial assessment, and serial asses­ sments are listed. These tasks and activities were determined by the staff nurses in our intensive care unit. Thus as noted in the example, the patient history (supporting standards

1) includes: review of present illness and symptoms, review of previous illnesses and systems, current medi­ cations, etc. The components of the initial or admission assessment (supporting standard 2) are defined according to each major body system. Thus, the initial neurosensory nursmg assessment includes: recording the leve! of consciousness according to specific categories (alert, lethargic, obtunded , stuporous, co­ matose), pupi! size and reaction to light, eye position and movement, motor strength and movement , and sensation.

The same format and approach was also utilized for the remaining body systems. For each body system the components, skills and abilities that should be included in the initial nursing assessment are defined. You will note that the final activity listed in the middle column under the re­ spiratory nursing assessment states that the nu rse will check the "integri-

*95*

scuno degli standards di supporto dell'A.A.C.N. sono elencati nella co­ lonna di sinistra. In altre parole, gli standards di supporto sottolineano che la base di dati per ciascun pa­ ziente dovrà includere una storia del paziente (standard di suppo110 I), un'esame completo e fondato sulla teoria sistemica, sia fisico che psico­ logico (standard di supporto 2), ed una serie di valutazioni fatte come mi ni mo ogn i 2 ore (standard di sup­ porto 3).

Nella colonna centrale vengono elen­ cati i compiti specifici, le componen­ ti della storia, la stima all'ingresso e le valutazioni routinarie. Questi compiti ed attività, nella nostra T.I., sono stati definiti dagli infermieri in servizio. Pertanto, come rilevato nel­ l'esempio, la storia del paziente (standard di supporto I) include: esa­ me della malattia in atto e dei sinto­ mi, esame delle precedenti malattie e dei sistemi , le attuali terapie, ecc. Le componenti della stima iniziale o di ammissione (standard di supporto 2) vengono definiti in base a ciascuno dei princi pali sistemi dell'organismo. Quindi, la valutazione neu rosenso­ riale infermieristica iniziale com­ prende: registrazione del livello di coscienza secondo precise categorie (vigile, sonnolento, obnubilato, stu­ poroso, comatoso), diametro delle pu pille e reazione alla luce, posizio­ ne e movi mento degli occhi, attività ed energia di movi mento, sensibilità. Lo stesso schema di approccio è stato anche utilizzato per i rimanenti siste­ mi del corpo. Per ciascun sistema dell'organ ismo, vengono definiti gli elementi, le esperienze e le abilità che dovrebbero essere incluse nella stima infermieristica iniziale. Notere­ te che l'ultima attività elencata nella colonna centrale sotto la stima infer­ mieristica respi ratoria afferma che l'infermiera deve controllare ''l'inte­ grità dell'attrezzatura del ventilatore

96

ty of ventilator equipment and assu­ rance of activation of disconnect alar- ms".

The thi rd supporting standard dealing with nursing assessment ad­ dresses on going data collection. It states that "the ICU nurse will per­ form serial assessments as dictated by the patient's condition or at a mini­ mum of every 2 hou rs and document appropriately''. In the middle co­ lumn, next to supporting standard 3, the meaning of serial assessments is defined. It states that serial or ongoing assessments will also be bo­ dy system-based. However, the preci­ se observations for each system are not listed. Instead, the standard states that serial assessments will consist of repetition of selected components of the initial assessment, and that these selected components are identified by asterisks. In other words serial neuro­ sensory assessment includes evalua­ tion of leve! of consciousness, pupi! reaction, eye position and move­ ment. Similarly serial respiratory as­ sessments are to include attainment of respiratory rate, evaluation/au­ scultation of lung sounds, and assuring the integrity of respi ratory equipment, including activation of discon nect alarms.

The final stipulation regarding serial

assessments defines the need for summarizing patient status data eve­ ry 8 hours. Further, the middle co­ lumn defines that the summary will include "pertinent changes" in body systems as well as a description of patient response to medicai/nursing treatment plans.

The attachment provided is our uni­ t's adaptation of Comprehensive Standard I in *A.A.C.N. 's Standards for Nursing Care of the Critically Jll.* Thus, it only addresses the asses­ sment step of the nursing process. However, we utilized the exact same process and format to adapt the

e l'accertamento dell'atti vazione de­ gli allarmi eventual mente disinseri­ ti".

Il terzo standard di supporto che tratta della stima infermieristica indi­ ca la raccolta contin ua dei dati. Af­ ferma che "l'infermiere di T.I. deve fare una serie di valutazioni secondo quanto richiesto dalle condizion i del paziente o, come mini mo, ogni 2 ore e deve fame adeguata docu mentazio­ ne". Nella colonna centrale, vicino allo standard di supporto 3, viene spiegato il significato dell'espressione "serie di valutazioni". Viene afferma­ to che le valutazioni i n serie o conti­ nue devono anche essere basate sui sistemi dell'organ ismo.

Non vengono comunque elencate le specifiche osservazioni per ogni siste­ ma. Invece lo standard afferma che le valutazioni in serie consistono nel la ripetizione di alcune componenti della valutazione in iziale e che que­ ste componenti scelte vengono indi­ cate con degli asterischi. In altre parole u na ·stima neu rosensoriale in serie include una valutazione del li­ vello di coscienza , la reazione delle pu pi l le, la posizione e il movi mento degli occhi. Allo stesso modo le stime respi ratorie i n serie devono includere la presenza di u na frequenza respi ra­ toria , la valutazione/auscu ltazione dei rumori polmonari , l'accertamen­ to dell'integrità delle apparecchiature respi ratorie , compresa l'attivazione degli allarmi eventual mente disinse­ riti .

La condizione finale relativa alle sti­ me da esegui re in serie, definisce la necessità di fare un riassunto dei dati sulla situazione del paziente ogni 8 ore. Inoltre la colonna centrale defi­ nisce che il sommario deve contenere sia "i cambiamenti pertinenti" inter­ ven uti nei sistemi dell'organismo , sia una descrizione della risposta del pa­ ziente ai piani terapeutici medici ed infermieristici.

remammg A.A .C.N. comprehensive standards to our setting. In tota! the­ refore, we have defined specific stan­ dards statements for our unit and our criticai care nursi ng practice for each of the steps of the nursing process . Once standards statements have been developed they can be utilized in a variety of ways.

USES FOR STANDARDS



By re-titling the far right hand co­ lu mn "Validation", the standards can be utilized for orientation and educa­ tion guides for new or inexperienced staff who come to work in the unit. If utilized in that way, areas of deficien­ cy in knowledge and skills can be immediately identified and corrected . By re-titling the far right hand co­

lumn "Performance Criteria", stan­ dards-based evaluation can easily be performed . Such a format lends itself well to either peer review or supervi­ sory evaluation.

Because standards describe activities and behaviors needed in practice , they are likely to provide a far more objective view of performance than man y traditional evaluation formats. After implementing a standards-ba­ sed evaluation program we have found a much improved leve! of trust , acceptance, and credibility among both staff and managers. In addition , evaluation based upon clearly stated expectations in practice allows the staff to objectively identify needed areas of growth in knowledge and skills.

Standards are also very useful in quality assurance activities. By collecting data about current practice and comparing it to what the standar­ ds define, assessments of quality can be made. Because standards functio­ nally define the activities and inter­ ventions included in professional

97

L'allegato che viene fornito costitui­ sce l'adattamento che il nostro repar­ to ha fatto del I standard generale degli *Standards per le cure infermie­ ristiche dei pazienti in condizioni critiche* dell'A.A.C.N.

Pertanto indica soltanto la fase della stima iniziale del processo di nursing. Comu nque noi abbiamo .uti lizzato esattamente lo stesso procedi mento e schema per adeguare al nostro am­ biente operativo i ri manenti standar­ ds generali dell'A.A.C.N. Nell'insie­ me, quindi, noi abbiamo elaborato delle definizioni per gli standards specifici per i l nostro reparto e per le nostre attività infermieristiche di T.I. per ciascuna delle fasi del processo di nursing. Una volta che sono state elaborate, le definizioni degli stan­ dards possono veni re utilizzate in moltissi mi modi.

L'UTILIZZAZIONE DEGLI STANDA RDS

Se re-intitoliamo la colonna di destra con il termine "convalida", gli stan­ dards possono essere utilizzati come guida per l'orientamento e la forma­ zione per i l personale nuovo ed ine­ sperto che inizia a lavorare in repar­ to. Con questa utilizzazione possono venire immediatamente individuate e corrette delle aree di carenza di cono­ scenza o di abi lità.

Se re-intitoliamo la colonna di destra con l'espressione "Criteri di perfor­ mance", si può facilmente attuare una valutazione fondata sugli stan­ dards. Questo schema si presta bene sia ad una revisione fra colleghi che ad una valutazione di controllo. Poi­ ché gli standards descrivono delle attività e dei comportamenti richiesti nella pratica, probabilmente contri­ buiscono ad una visione della perfor­ mance assai più obiettiva di molti schemi tradizionali e di valutazione.

98

nu rsing practice in a given setting, it is possible to determine whether *what is* happening in care is as it *should be* in actual delivery of care. Either retrospective or concurrent chart au­ dits, or specific observations of nurse patient interactions can be utilized to collect data.

Had standards been defined and im­ plemented in the unit previously mentioned in the case example, the negative outcome that occurred could very Iikely have been avoided.

CASE EXAMPLE REVISITED

Clinically, standards would have identified clearly for the non-regular nu rse working in the intensive care unit, those areas where her knowled­ ge base was deficient. The regular criticai care nurse could have revie­ wed with her (the medicai nurse) the asterisked components of the asses­ sment. It would have required a very short time to determine specific areas and skills that needed to be either taught or for which direct assistance would be needed to assure safe care over the course of the shift. Since the patients assigned to the medicai nur­ se were affiicted with diabetes (pa­ tient 5) and respiratory failure (pa­ tient 6) the review of standards could have primarily focusesd on the asses­ sment parameters needed for endo­ crine and respiratory evaluation. Be­ cause the goal of such a review of standards would have been to assure vita! activities were safely performed over a Iimited period of time, a com­ prehensive approach to the standards cou ld have waited unti! a time when careful and deliberate study could occur.

Without standards neither the regular criticai care nurse nor the "floated" in n urse could reasonably determine the best way to help the other meet

Dopo aver attuato un programma di valutazione basato sugli standards noi abbiamo trovato un livello di fiducia, di accettazione e di credibili­ tà molto migliorato sia tra lo staff che tra i managers. Inoltre, u na valuta­ zione fondata sui risultati ricercati nell'attività definiti in modo chiaro, consente al personale di individuare con obiettività le necessarie aree di crescita delle conoscenze e delle abi­ lità.

Gli standards sono anche molto utili nelle attività per la garanzia di quali­ tà. Raccogliendo dei dati relativi al­ l'attività attuale e confrontandoli con quanto definito dagli standards, pos­ sono venire fatte delle valutazioni di qualità.

Poiché gli standards funzionalmente definiscono le attività e gli interventi facenti parte della pratica professio­ nale infermieristica di un certo ambi­ to operativo, è possibile determinare se quanto *si sta verificando* nell'assi­ stenza è conforme a come *dovrebbe essere* nella specifica prestazione di assistenza. Per raccogliere i dati si possono utilizzare sia le revisioni del­ le registrazioni retrospettive o con­ temporanee, oppure specifiche osser­ vazioni dell'interazione infermiere­

/paziente.

Se, nel reparto che prima abbiamo ricordato per il caso portato come esempio fossero stati definiti gli stan­ dards, quel risultato negativo che si è verificato, molto probabilmente sa­ rebbe potuto essere evitato.

RIESAME DEL CASO PORTATO AD ESEMPIO

Per la parte clinica, gli standards avrebbero fatto individuare chiara­ mente, per l'infermiera irregolare operante nella T.I., quelle aree in cui la sua base di conoscenze era carente. L'infermiera di T.I. regolare avrebbe

the needs of the patients involved. As a result, a negative and irreversible outcome occurred.



Ad ministratively, standards develo­ pment could have provided a clear and objective means to define and describe the scope and dimension of criticai care, nursing practice. Most administrators have little understanding of clinica) concepts. A description of practice developed *by* nurses who are actually providing care would greatly enhance the quali­ ty and credibility of communication. By identifying the. dimensions of practice *lacking* in non-regular nu r­ ses with regard to the knowledge and skills req uired to provide care to critically ili patients, objective justifi­ cation could have been developed for increasing the number of regular staff. In addition , standards could have been utilized to plan and imple­ ment a comprehensive education program for those interested in either "floating" to intensive care or developing expertise to become re­ gular staff members of the criticai care unit.

SUMMARY

As needs of patients continue to esca­ late in nu mber and complexity, the challenge of providing comprehensi­ ve, quality nu rsing care to the criti­ cally ill will continue to expand. Similarly, economie constraints will no doubt increasingly stress health care systems. Criticai care, historical­ ly and traditionally *the most* expensi­ ve of ali services in health care, will undoubtedly feel increasing pressu re to justify and defend the resou rces required to competently care for cri­ tically ill patients.

Standards provide a helpful tool to meet both challenges. To the extent

99

potuto controllare con lei (l'infermie­ ra di medicina) le componenti della valutazione degnate con un asterisco. Il fatto di definire delle specifiche aree ed abilità che si dovevano far apprendere o per le quali si doveva fornire un contributo diretto, al fine di garantire un 'assistenza sicura du­ rante tutto il periodo del turno, avrebbe richiesto un tempo molto breve. Dal momento che i malati affidati all'infermiera di medicina erano affetti da diabete (malato 5) ed insufficienza respiratoria (malato 6) la revisione degli standards avrebbe potuto in primo luogo focalizzarsi sui parametri della stima iniziale richie­ sti per una valutazione del sistema endocrino e respi ratorio. Poiché l'obiettivo di tale revisione degli stan­ dards sarebbe stato di assicurarsi che le attività vitali venissero attuate con sicurezza entro un limitato periodo di tempo, un approccio globale agli standards avrebbe consigliato · di aspettare fino al momento in cui fosse stato possibile fare uno studio attento e cosciente.

Senza gli standards né l'infermiera "regolare" di T.I. e neppure l'infer­ miera "mobilitata" avrebbero potuto ragionevolmente determinare il mo­ do migliore di aiutare l'altra a soddi­ sfare i bisogni dei malati implicati. Come risultato, è accaduto un avve­ nimento negativo ed irreversibile.

Per la parte amministrativa, l'elabo­ razione degli standards avrebbe potu­ to fornire degli strumenti chiari ed obiettivi per definire e descrivere l'ambito e la dimensione dell'attività infermieristica di T.I.

La maggior parte degli amministrato­ ri non capiscono molto riguardo ai concetti clinici. Una descrizione del­ l'attività elaborata dagli infermieri che fanno reale assistenza potrebbe far progredire molto la qualità e la credibilità della comunicazione.

Mediante l'identificazione delle di-

1 00

we implement standards in a mea­ ningful and consistent manner, our patients will clearly benefit. In addi­ tion, nurses will bave the support needed to provide quality care.

mensioni delle carenze nel lavoro delle infermiere non regolari, partico­ larmente per le conoscenze ed abilità necessarie nell'attuazione dell 'assi­ stenza ai malati in condizioni criti­ che, si sarebbe potuto elaborare u na motivazione obiettiva per un aumen­ to del nu mero della dotazione di personale . Inoltre, gli standards avrebbero potuto essere utilizzati per pianificare e realizzare un program­ ma globale di formazione sia per quanti erano coinvolti nella "mobili­ tà" in T.I. sia per quanti stavano acquisendo esperienza per diventa re personale regolare di T.I.

RIASSUNTO

Poiché le esigenze dei pazienti conti­ nuano ad aumentare in quantità e complessità, la sfida di offrire ai ma­ lati in condi zioni critiche u n'assisten­ za infermieristica globale e di qualità contin uerà ad espandersi. Contem po­ raneamente, le limitazioni economi­ che continueranno senza dubbio ad affiiggere maggiormente i sistemi di assistenza . Le cure intensive , storica­ mente e tradizionalmente il più di­ spendioso di tutti i servizi di assisten­ za sanitaria, certamente verrà mag­ giormente sollecitato a fornire moti­ vazioni ed a conservare le risorse necessa rie a prestare un 'assistenza completa ai pazienti in condizioni critiche.

Gli standards costituiscono un utile strumento per far fronte ad entrambe le sfide.

I nostri malati trarranno evidente beneficio in rapporto al grado in cui noi attueremo gli standards in u n modo significativo e coerente. Inol­ tre, gli infermieri avranno disponibile il supporto necessario per prestare un 'assistenza di qualità.

101

**ESEMPIO DI STANDARDS**

STANDARD GENERALE PER LA STIMA INIZIALE

STANDARDS DI SUPPORTO

Per tutti i pazienti accolti in reparto devono essere definiti e mantenuti dei dati infermieristici di base globali e dinamici (base che rimane valida in relazione alle condizioni del paziente)

ESPERIENZE ED ATTIVJTÀ COMMENTI

RIFERIMENTI

l ) L'infenniere di T.I. deve nel più breve tempo possi­ bile dopo l'ammissione, procurare la storia del pa­ ziente e documentarla en­ tro 4 ore dall'accoglimento

1. L'infermiere di T.I. deve fare una completa ed ap­ profondita stima basata sui vari sistemi, riconoscendo anormalità/cambiamenti riscontrati e facendo una adeguata documenta zione appena possibile subito do­ po l'ammissione . Questo dovrebbe includere:
   1. Stima neurosensoriale infermieristica
   2. Stima respi ratozia infer­ mieristica

102

La storia deve includere:

* storia dell'attuale malattia e sintomi;
* storia delle malattie ed interventi prece- denti;
* controllo di tutti i sistemi;
* terapia in atto;
* allergia;
* stmia fami liare

La stima neu rosensoriale infermieristica iniziale dovrebbe comprendere:

\*- livello di coscienza:

vigile - lucido e sveglio spontaneamen­ te·

so'nnolento - sveglio ma lento nei processi mentali , nel parlare e nell'atti­ vità di pensiero;

obnubilato - incosciente, addonnenta­ to, occhi chiusi *ma* si sveglia e rispon­ de allo stimolo verbale (es. il malato si sveglia e risponde adeguatamente); stuporoso - non risvegliabile allo sti­ molo verbale ma si risveglia e reagisce in modo finalizzato agli stimoli noci­ cettivi;

comatoso - non risvegliabile agli sti­ moli verbali o nocicettivi , può muo­ versi (agitarsi o cambiare postu ra) allo stimolo ma non finilisticamente de­ scrivere la risposta

\*- reazione pupillare alla luce

\*- posizione e movimento degli occhi

\*- attività motoria - sensibilità

La stima respiratoria infennieristica deve includere:

* qualsiasi cosa conosciuta della storia dei problemi respiratori
* descrizione del modello di respirazio­ ne inclusi:

pervietà delle vie aeree

\*frequenza profondità qualità

modello - ritmo fonna del torace

\*auscultazione per rilevare: rantoli, sibili, ronchi diminuiti suoni respiratori

sfregamento da frizione pleurica

tosse - espettorato: descrivere Emogas arterioso con significato di:

ipossiemia

acidosi respiratoria alcalosi respiratoria

Fare riferimento al model­ lo per la stima infennieri­ stica all'ammissione

Fare riferimento a: Glasgow Coma Scale

Fare riferimento alle cas­ sette registrate sulla stima della respirazione

acidosi metabolica alcolosi metabolica

* determinazione della necessità di sup­ porto respiratorio esterno
* descrizione della risposta del paziente all'02

\*- integrità dell'attrezzatura del ventilato­

re e accertamento dell'attivazione de­ gli allarmi eventualmente disinseriti

* 1. Stima cardiovascolare infermieristica
  2. Stima gastrointestinale infermieristica
  3. Stima idroelettrica infer­ mieristica

La stima cardiovascolare infermieristica deve includere:

* qualsiasi cosa conosciuta della storia delle malattie cardiovascolari

\*- descrizioni delle condizioni vascolari

segni vitali-PA , frequenza cardiaca, frequenza respiratoria cute-colore, temperanza , idratazione suoni cardia­ ci-riconoscimento dei suoni anormali (murmure, galoppo). Edema: analisi del ritmo più una striscia del tracciato ECG all'ammissione

* riconoscimento dei ritmi che richiedo­ no cardioversione immediata: *sincronizzato:* tachicardia ventricolare , tachicardia sopraventricolare con per­ dita di coscienza e/o ipotensione, o fibrillazione atriale (incontrollata) ; *disincronizzato:* fibrillazione ventrico­ lare, flutter ventricolare. Rilevare il significato della precedente digitalizza­ zione e/o del livello del K+ serico alla fine della cardioversione
* riconoscimento della necessità di in­ tervento emodinamico. Correlazione tra la gettata cardiaca ed altri parame­ tri emodinamici

\*- integrità delle apparecchiature di mo­

nitoraggio cardiaco ed accertamento dell'attivazione degli allarmi di fre­ quenza.

La stima gastrointestinale infermieristica

deve includere:

* qualsiasi cosa conosciuta della storia dei problemi gastrointestinali
* descrizione dell'addome:
  + 1. ispezione per rilevare eventuali anomalie (piaghe, simmetria , circonfe­ renza)

2) auscultazione dei rumori intestinali (altezza della frequenza)

1. percussione - livelli aerei o liquidi
2. palpazione per rilevare la trattabili­ tà o la presenza di masse

* descrizione della quantità e qualità di qualsiasi drenaggio
* determinazione del bisogno di inter- vento medico/infermieristico

La stima idroelettrica infermieristica deve includere:

* controllo degli esami di laboratorio: Azotemia, Creatinina, Elettroliti, equi-

Fare riferimento alle cas­ sette registrate sui suoni cardiaci



Fare riferimento al ma­ nuale di elettrocardiografia della T.I. Manuale dei protocolli di T.I. "cardio­ versione ".

Fare riferimento al libro di istruzioni per il monito­ raggio emodinamico.

Fare riferimento al testo sulla valutazione dell'ad­ dome presso la biblioteca del reparto

Fare riferimento alla bi­ blioteca medica della T.I. per il testo sugli esami di laboratorio

103

librio acido-base, Glucosio , Osmolari­ tà serica

\*- entrate e uscite

* 'peso specifico u1ina1io
* controllo dell'edema
* controllo dei segni di squilib1io: tre- mori, confusioni , debolezza
* riconoscimento dei malati a rischio di squilibrio (idroelettrolico)

f) Stima endocrinologica infennieristica

g) Stima psico/sociale m­ fermieristica

3) L'infermiere di T.I. deve fare una serie di valutazioni secondo quanto richiesto

104

La stima endocrinologica infermieristica deve includere:

descrizione di qualsiasi cosaoria prelativa a squilibri di tipo endocrino (dal paziente o dalla precedente documentazione).

Rilevare specificatamente disordini di ti­ po tiroideo o surrenalico, diabete e le attuali terapie.

Per tutti i malati con accertato o sospetto problema a livello surrenalico: registrare l'accertata dipendenza da cortisone (de­ scrizione di PA, FC, aspetto della cute, controllo del glucosio nelle urine, condi­ zioni emotive apparenti del malato) e nOime e dosaggio dei fam1aci sommini­ strati per problemi surrenalici.

Per tutti i malati con accertato o sospetto diabete: documentare il glucosio U1inario e l'acetone ogni 6 ore (quando l'alimenta­ zione è continua - sia per via venosa o come iperalimentazione).

Controllare il ti po e la quantità di i nsulina e di ipoglicemizzanti orali, dell'apporto nullitivo; controllo della glicemia come secondo l'ordine (medico)

La stima psico/sociale i nfermieristica deve includere:

descrizione della precedente storia di alte­ rati meccanismi di rapporto (es. tratta­ mento psichiatrico , mancato adattamento al regi me terapeutico e abuso di farmaci), comprensione della attuale malattia .

\*Risposta alla malattia ed agli operatori assistenziali ed individuazione dei sintomi di supporto

Le valutazioni in serie devono basarsi sui sistemi dell'organismo ed includere, come minimo, le componenti segnate con

Fare riferimento a manua­ le dei materiali per l'o1ien­ tamento ed alla biblioteca medica della T.I.

Fare 1iferimento al ma­ nuale del materiale di orientamento ed alla bi­ blioteca medica della T.I.

Fare riferimento agli stan­ dards di supporto dal 2 al 2g

dalle condizioni del pazien­ te o, come minimo, ogni 2 ore deve fame adeguata do­ cumentazione

un'asterisco di ciascuno dei sistemi colle­ gati alla diagnosi attuale.

Una valutazione ogn"i 8 ore dovrà rilevare sia i cambiamenti specifici nei sistemi come pure la risposta del paziente al piano di cura medico/infennie1istico



105

COMPREHENSIVE STANDARD FOR ASSESSMENT

A comprehensive and dynamic nursing data base (one that remains cu rrent according to patient needs) will be established and maintai­ ned for al i patients admitted to the unit

SU PPORTI NG STANDARDS

SKILLS ANO ACTIVITIES

COMMENTS­ REFERENCE

I ) The intensive care n u rse will obtain a patient 's hi­ story as soon as possible after admission and docu­ ment within 4 hou rs of admission

1. The ICU nu rse will per­ form a thorough, indeplh system-based assessment, recognizi ng abnormal/va­ riant findi ngs and docu menti ng appropria­ tely as soon as possi ble after admission . This should include:
   1. Neu rosensory Nursi ng Assessment
   2. Respiratory Nursi ng Assessment

106

The history will include:

* history of present illness and symptoms
* history of previous illnesses/surgeries
* review of ali systems
* present medications
* allergies
* family history

The initial Neu rosensory Nu rsi ng As­ sessment will include:

\*- leve! of consiciousness:

alert - bright and spontaneously awake

lethargic - awake but slowed mentation , speech and thought

obtunded - unconscious, asleep, eyes closed *bw* awakens and responds to verbal stimuli (eg. patient awakens and responds appropriately)

stuporous - unarousable to verbal sti­ muli but arouses and acts appropriately to noxious painful stimuli

comatose - unarousable to verbal or noxious stimuli, may move, (thrashing or posturing) to stimuli but not appro­ p1iately. Describe response

\*- pupi! reaction to light

\*- eye position and movement

\*- motor movements

* sensation

The Respiratory Nu rsing Assessment will include:

* any known history of respiratory problems

- respi ratory pattern descri ption incl udi ng:

airway patency

\*rate depth quality patterns

chest shape

\*auscultation for:

rales, wheezes, rhonchi decreased breath sounds pleu ra! friction rub

cough - sputu m: describe Arteria! Blood Gases signifying:

hypoxemia respiratory acidosis respiratory alkalosis metabolic acidosis metabolic alkalosis

* determination of need for external respiratory support
* descri ption of patient response to 02

Refer to admission n u rsing assessment form

Refer to:

Glasgow Coma Scale

Refer to cassette tapes on respiratory assessment

- .integrity of Ventilator equipment and assurance of activation of di­ sconnect ala rms



* 1. Cardiovascular

Nu rsing Assessment

* 1. Gastrointestinal

Nu rsing Assessment

* 1. Fluid/Electrolyte

Nu rsi ng Assessment

The Cardiovascula r Nu rsing Asses­ sment will include:

* any know history of ca rdiovascular disease

\*- description of vascular status

vita! signs - BP, heart rate, respirato­ ry rate

skin - color, tem perature, moistness heart sounds - recognition of abnor­ mal sound (murmur, gal!op)

edema

rhythm analysis plus obtainment of an admission cardiac monitor strip

* Recognition of rhythms requiring im mediate cardioversion: *synchronized: V tach, supravenlricu­*

*/ar tach with /oss of consciousness andlor hypotension, or atrial./ìb (un­ controllecl)*

*desynchronized:* V-fib, V-flutter. Note significance of previous digita­ lization and/or seru m K+ leve! on outcome of cardioversion

* recognition of need for hemodyna­ mic intervention.

Correlation of cardiac output and other hemodynamic parameters

\*- Integrity of cardiac monitoring equi­

pment and assurance of activation of rate alarms

The Gastrointestinal Nu rsing Asses­ sment will include:

* any known history of Gastrointesti­ nal problems
* descri ption of abdomen I ) inspection for abnormalities (sores, symmetry, girth)
  + 1. auscultation for bowel sounds (pi­ tch frequency)
    2. percussion - air vs. fluid levels
    3. pal pation for tendemess or mass
* descri ption of quantity and q uality of any drainage
* determination for need of Nu rsin­ g/Medicai Intervention

The Fluid/Electrolyte Nu rsing Asses­ sment will include:

* + review of Lab val ues: BU N, Creati­ nine, electrolytes, ABG's, Glucose, Serum Osmolality

\*- I and O

* + u rine specific gravity
  + checking for edema
  + checking for signs of imbalance: tre- mors, confusion, weakness
  + recognition of patients at risk for imbalance

Refer to cassette tapes on neart sound

Refer to ICU electrocar­ diography textbook.

ICU Procedu re Manual "Cardioversion"

Refer to instruction book for Hemodynamic monitoring

Refer to "Abdominal As­ sessment" in ICU Libra­ ry

Refer to Lab Test in ICU Medicai Library

107

f) Endocrine

Nu rsing Assessment

g) Psycho/ Social

Nu rsing Assessment

3) Tee ICU n u rse wi ll per­ form serial assessments as dictated by the patien t 's condition or at a mini­ m u m of every 2 hou rs and docu ment appropria­ tely

108

The Endocrine Nu rsi ng Assessment wi ll include:

Descri ption of any previous history of endocri ne disorder (from patient , or past records)

Specifically note thyroid and adrenal disorders, diabetes and present treat­ ments

For ali patients with known or suspec­ ted adrenal disorder: note known corti­ sone dependency (descri ption of blood pressu re, hea rt rate, appearance of skin , urine check for glucose , appa rent emo­ tional state of patient) and name and dose of medications being adm i nistered for the adrenal disorder .

For ali patients wi th known or suspec­ ted diabetes: docu men t u rine suga r and acetone every 6 hou rs , (when n utri tio­ nal intake is contin uous - as with J V's or hyperal), check values at a.e. and h.s. when n utri tional intake is at mealtime . Note type and amou nt of insu lin or ora! hypoglycemics , n utritional intake ; se­ rum glucose as ordered

The Psycho/ Social Nu rsing Assessment wi ll incl ude :

Descri ption of previous history of disor­ dered coping mechanisms (i.e., psychia­ tric treat ment , non-com pliance with treatment regimes and chemical abuse), understanding of present illness

\*response to i llness and care-providers , and iden tification of support systems Serial Assessment wi ll be systems-ba­ sed, and i ncl ude, at a mini m u m , the asterisked com ponents of each of the systems related to cu rren t diagnosis.

An 8 hou r summa ry wi ll note pertinent changes i n syslems, as well as patient response to medicai / n u rsing t reatment pian

Refer to JCU Orientation Materials Manual and ICU Medicai Library

Refer to JCU Orientation Materiai Man ual , and ICU Medicai Library

Refer to supporting stan­ dards 2 through 2g

### I PROBLEMI LEGATI AL MANTENIMENTO DEGLI STANDARDS ASSISTENZIALI IN TERAPIA INTENSIVA

*Relatri ce:*

BELINDA L. ATKINSON, RGN., RSCN., Dip.N . CLINICAL NURSING OFFICER

INTENSIVE CARE UNITS SOUTHAMPTON GENERAL HOSPITAL UNITED KINGDOM



Con lo sviluppo di una tecnologia sofisticata e di nuovi regimi terapeu­ tici , è divenuto di vitale importanza il raggiungimento di elevati standards assistenziali e la creazione di un am­ biente tale da facilitare al massimo il mantenimento degli stessi . In questo periodo abbiamo sempre nuove noti­ zie della definizione degli standards e dei parametri per la loro misu razio­ ne; questo sia per le specialità che per i servizi sanitari generali ; abbiamo inoltre molte notizie anche degli sva­ riati strumenti elaborati per valutare il nostro lavoro e garantire che questi standards, una volta definiti , vengano perseguiti e mantenuti.

Comunque, la definjzione ed il man­ tenimento degli standards di assisten­ za più elevati, in modo particola re nei reparti di Terapia Intensiva , ri­ chiede almeno i seguenti criteri:

1) Una definizione realistica dello staff infermieristico , al fine di mantenere un rapporto infermie­ re/paziente accettabile .

1. Un processo di formazione per­ manente per gli infermieri e per tutti quanti quelli che lavorano in Terapia Intensiva.
2. Un'"assistenza" relativamente stabile di infermieri di u na certa esperienza in tali reparti che sia in grado di garantire contin uità e sostegno.

4) Buone relazioni di lavoro tra tutte le professionalità dello staff.

1. Responsabili dell'assistenza medi­ ca ed infermieristica regolarmente riconosciuti con buoni rapporti fra di loro.
2. Orientamenti e scelte per le am­ missioni, l'assistenza e le terapie dei malati in condizioni critiche, che siano concordati ed accettabi­ li.
3. Possibilità per il personale di re­ parti diversi e di nazioni differenti di incontrarsi per scambiarsi idee ed esperienze, per confrontare gli

With the development of sophistica­ ted technology, and new therapeutic regimes , the achievement of high standards of care, and an environ­ ment that is conduicive to maintaining these, have become vi­ tally important. We hea r more and more of the setting of standards, and benchmarks for thei r measurement; both for the specialities and the Heal­ th Services generally - and of the various tools which are being develo­ ped to assess our practice and ensure that these standards, once set, are achieved and maintained.

However, the setting and maintenan­ ce of the highest standards of patient care, particu larly in the Intensive Care Unit, requi res at least the following:

1) A realistic nu rsing staff establi­ shment, to maintain an acceptable patient to staff ratio.

2) An on-going education process for nurses and others working in In­ tensive Care Units.

1. A relatively stable 'care' of expe­ rienced nu rses in such Units, to provide continuity and support.
2. Good working relationships be­ tween ali disci pli nes of staff.
3. Recognized directors of nu rsing and medica! care, and good liaison between them.
4. Agreed and acceptable guidlines and policies for the admission, care and treatment of critically ill patients .

7) Facilities for staff from different Units and different countries to meet together, to exchange ideas and practices , to compare standar­ ds; and keep abreast of changes.

1. The ability to carry out research to support and/or modify standar­ ds of care, and to develop the nu rsing knowledge base, in order to provide the best possible care.

In the idea! world we know that standards wou ld b"! set, and we would

1 11

standards e per tenersi aggiornati sui cambiamenti.

8) L'abilità di attuare delle ricerche per convalidare e/o modificare gli standards assistenziali, per am­ pliare la base di conoscenze del nu rsing al fine di essere in grado di fornire la migliore assistenza possibi le.

In una concezione ideale del mondo noi sappiamo che gli standards verreb­ bero stabiliti e che noi eseguiremmo tutti i criteri citati più sopra così che essi potrebbero essere mantenuti. In realtà noi sappiamo che il "mondo" non sempre è ideale, che possono in­ sorgere dei problemi, che può essere necessario scendere a dei compromessi nei casi in cui non possa essere soddi­ sfatta una richiesta di risorse.

Questa relazione intende esaminare i problemi relativi al mantenimento degli standards, con particolare riferi­ mento alla disponibilità ed alla for­ mazione del personale infermieristi­ co.

Si parlerà pertanto di:

I ) La selezione ed il reclutamento dello staff per il lavoro in Terapia Intensiva.

2) La definizione dei livelli del per­ sonale per la Terapia Intensiva ed il rapporto nu merico tra staff qua­ lificato ed allievi.

1. La formazione in Terapia Intensi­ va:
   1. Corsi formali di nu rsing intensi­ vo
   2. Training durante il servizio
   3. Il metodo del "consigliere".
2. Mezzi per "trattenere" il personale più anziano del reparto:
   1. Motivazione
   2. Diffusione di prospettive
   3. Apprezzamento da parte dello staff.
3. Collegamenti tra staff medico ed infermieristico.
4. Le funzioni del direttore del reparto di Terapia Intensiva.

1 12

fu lfi ll ali the criteria above so that the standards were maintained. In reality we know that the "world" is not always ideai, that problems can oc­ cu r, and that compromises may have to be made, when the demand for resou rces cannot be met.

This paper will explore problems relating to the maintenance of stan­ dards, with particu lar reference to the availability and education of nu rsing staff.

The following will be discussed:

* 1. The selection and recruitment of staff for intensive therapy work.

2) The setting of staffing levels for Intensive Care Units; and the ra­ tios of qualified staff to learner.

1. The education of staff in Intensive Care Units:
   1. Formai courses in intensive ca­ re nu rsing
   2. In-servi ce training
   3. The mentor system
2. Means of retention of senior unit staff:
   1. Motivation
   2. Promotion prospects
   3. Staff appraisal

5) Medicai/Nu rsing staff liason .

6) The functions of the director of the Intensive Care Unit.

1. The availability of finance and resou rces, and the implications for care.
2. The implications for, and the ef­ fects on, the nu rsing staff caused by problems relating to the above, e.g.
   1. Lack of job satisfaction
   2. Low morale
   3. High staff tu rn-over
   4. Increased levels of absenteeism due to sickness

The challenge of Intensive Care Nu rsing is great. Barrie-Shevlin wro­ te in 1985:

"The practitioner must have a high degree of clinica! expertise and must possess the ability to relate theory to

1. La disponibilità di finanze e di risorse, le relative implicanze per l'assistenza.
2. Le implicazioni per, e gli effetti sullo, staff infermieristico causate da problemi in rapporto a quanto det­ to sopra, es.
   1. Mancanza di soddisfazione dal lavoro
   2. Tenore morale limitato
   3. Elevato cambiamento dello staff
   4. Aumentati livelli di assenteismo per malattia.

La sfida del nursing di Terapia Intensi­ va è grande. Barrie-Shevlin scrisse nel 1985:

Colui che lavora deve avere un mag­ gior livello di esperienza clinica e deve possedere l'abilità di mettere in rap­ porto la teoria con la pratica. In questo senso ci deve essere anche un fonda­ mentale interesse per la cura dei pa­ zienti, nell'incontrare i loro bisogni fisiologici e psicologici. Il fatto più importante è quello che devono essere definiti e mantenuti gli standards per la pratica infermieristica.

**BIBLIOGRAFIA**

I) LEIGH , *1.M .* (1985) Who should ma­ nage the Intensive Care Unit? In : *In­ tensive and Criticai Care Digest.* 4(1) p 8-9 *lune* 1985 W.F.S.I.C.C.M.

1. TELFER , A .B.M . (1984) Choosing the right number. In: *Nursing Mirror* 185(23) p 11-12 lune 1984
2. McLACHLAN , G. (1984) The intensi­ veness of care. In: *Nursing Mirror* 159(10) p 42-44 September 1984
3. INTENSIVE CARE SOCIETY (U .K.) (1983) *Standards /or Intensive Care Units.* Biomedica
4. BARRIE SHEVLIN, P. (1985) Creati­ vity, Enthusiasm, Di plomacy . In: *Nursing Mirror* 160(20) p 46-47 May 1985.

practice . On her part, there must also be a fondamenta! interest in patient care, meeting their physiological and psychological needs. Most important of ali, standards of nu rsing practice must be set" ...and maintained .

**FURTHER READING**

I ) LEIGH , *1.M .* (1985) Who should ma­ nage the Intensive Care Unit? In: *In­ tensive and Criticai Care Digest.* 4(1) p 8-9 *lune* 1985 W.F.S.I.C .C.M.

2) TELFER, A .B.M . (1984) Choosing the right number. In : *Nursing M ir­ ror* 158(23) p 11-12 *lune* 1984

McLACHLAN , G. (1984) The intensive- ness of care. In: *N ursing Mirror* 159(10) p 42 -44 September 1984

INTENSIVE CARE SOCIETY (U .K.)

(1983) *Stanclards for In tensive Care Units.*

Biomedica

BARRIE-SHEVLIN , P. (1985) Creativity,

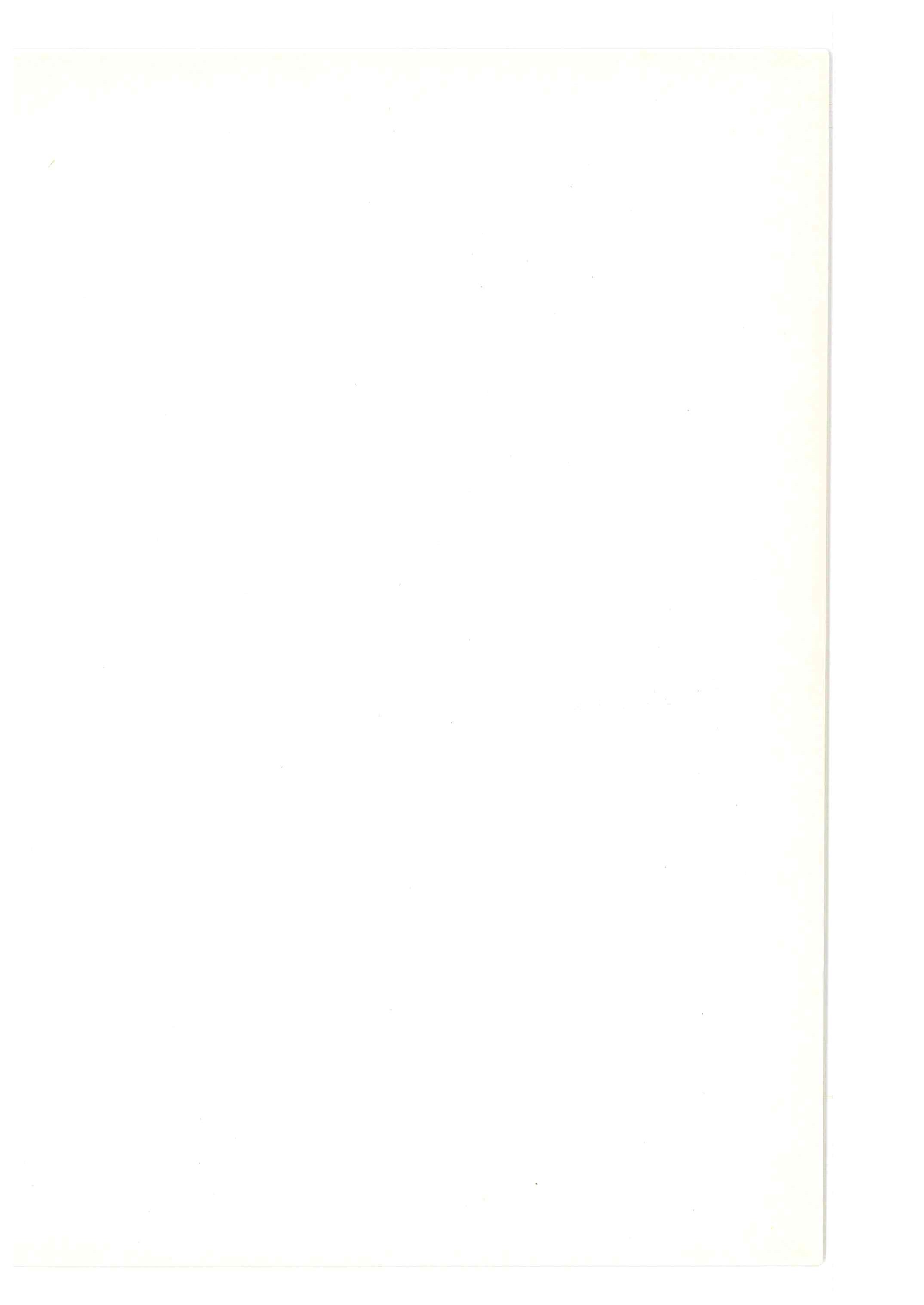
Enthusiasm , Diplomacy . In: *N ursing Mirror* 160(20) p 46-47 May 1985

1 13

"LA CRESCITA PROFESSIONALE IN TERAPIA INTENSIVA"

*Relatrice:*

I.P.A.F.D. SIMONETTA DEGANO



Il primo passo per comprendere quali sono le vie e quali gli intoppi per promuovere la crescita professionale nelle aree intensive non può prescindere dal considerare il concetto di professione in generale riferendo poi alcuni elementi al contesto preso in considerazione.

Secondo il Prof Luciano Gallino, ordinario di Sociologia dell'Università di Torino, per professione si intende una occupazione che presenta congiuntamente il maggior numero di caratteristiche seguenti (I):

1. è una occupazione che richiede quantità elevate di conoscenze sistematiche, benché queste non debbano essere necessariamente di tipo scientifico.

Tali conoscenze si acquisiscono con un lungo periodo di scolari tà ed i l conseguimento di u n titolo di studio formale, per lo più a livello di scuola secondaria superiore e di Università;

1. le conoscenze ed esperienze acquisite conferiscono una forma di autorità funzionale al professionista rispetto al destinatario del suo servizio;
2. l'attività considerata è riten uta in generale di grande rilevanza da pa rte della maggioranza dei membri di una società;
3. per esercitare l'attività in parola si richiede general mente oltre ai titoli formali, il superamento di una o più prove specifiche, sottoforma di esame, di concorso, di prova di abilitazione o altro.

Inoltre l'esercizio dell'attività è regolato per legge;

1. chi svolge un'attività di tipo professionale è tenuto ad aderi re ad u n codice di comportamento professionale implicante norme pubbliche e vincolanti per tutti coloro che svolgono quella tale attività;

f) nello svolgimento della sua attività il professionista è assolutamente autono­ mo, avendo la possibilità di determinare liberamente, a differenza di quasi tutti gli altri ti pi di occu pati, tem pi, du rata, modi e destinazione della sua attività;

1. l'occu pazione considerata è orientata a rendere un servizio.

Non si tratta quindi di una disposizione soggettiva ma di un orientamento insito nella cultura e nella struttura dell'organizzazione sociale;

1. la totalità o quasi di coloro che svolgono la stessa occu pazione fanno pa1te di un'associazione i cui confini sono relativamente rigidi .

Forse soltanto le professioni più antiche come la medicina e l'avvocatu ra possiedono tutte le caratteristiche al massimo grado.

La professionalizzazione è il movimento collettivo inteso ad acquisi re le caratteristiche e le modalità al grado più elevato, che distinguono una professio- ne.

La professione infermieristica sembra avere una parte soltanto delle caratte­ ristiche definitorie di una professione, di cui alcune solamente come modalità medie. (2)

In presenza di questo fatto si parla pertanto di semi-professionisti.

D'altro canto, se andiamo a vedere quali sono le caratteristiche specifiche dei semi-professionisti, ci si può rispecchiare:

* hanno minore autonomia dei profession isti;
* hanno un periodo di prepa razione pi ù corto;
* non trattano questioni di importanza vitale;
* hanno orari pi ù rigidi;
* han no compiti determinati in modo più ristretto;

hanno regolamenti rigidi ed organi superiori di controllo;

* han no come gruppo di riferimento i professionisti veri e propri con conseguen-

1 16

te conflitto con la loro autorità gerarchica.

Per acquisire professionalità negli ambiti intensivi non si può prescindere dall'acquisi re professionalità in qualità, prima di tutto, di infermieri professiona­ li.



Una volta acquisita professionalità di base , infatti , sarà sufficiente individua­ re e prevedere l'acquisizione di competenze specifiche per l'area intensiva che pot rà essere considerata un ramo di specializzazione della professione in generale.

Cerchiamo di individuare quali sono gli elementi da considerare primaria­ mente per l'acquisizione di professionalità.

I ) La formazione è il mezzo pri mario ed insostituibile per la professionalizzazio­ ne.

L'ANIARTI deve considerare questo problema affrontando contem poranea­ mente due aspetti :

* 1. la formazione infermieristica di base.

Gli attuali dieci anni di scolarità previsti dall'accordo di Strasbu rgo nel 1967 evidentemente non sono sufficienti per garanti re un livello culturale adeguato per lo status a cui il personale infermieristico aspi ra.

Ne consegue l'esigenza di un titolo di studio di scuola secondaria superiore come prerogativa per l'accesso ai corsi infermieristici di base.

L'ANIAR TI, quindi , deve accomunare gli sforzi con le altre associazioni professionali per ottenere la definizione di un nuovo curriculum studi.

* 1. la formazione infermieristica specialistica .

Linea dell'ANIARTI è stata sempre, fin dal momento della sua costituzione, quella di contribui re al ri pristino dei corsi di specializzazione per gli infermieri operanti nell'area intensiva.

A tal fine molto è stato detto e qualcosa è stato fatto: più volte si è tentato di sensibilizzare le personalità politiche affinché i corsi venissero ri pristi nati ma, fino ad ora, si è trattato di parole vane.

Si vuole proporre una regolamentazione generale a livello centrale dei corsi di specializzazione che, una volta ripristinati , dovranno avere valore e ricono­ scimento giuridico in tutto il territorio nazionale .

A questo proposito si chiede la fattiva collaborazione di tutte le associazioni infermieristiche sia governative (Collegio), sia non governative (Consociazio­ ne Nazionale degli Infermieri ed altri Operatori Sanitario Sociali, associazio­ ne degli Infermieri di Neu rochi rurgia), alle forze politiche ed alle forze sindacali.

Se da parte delle altre Associazioni Professionali c'è la volontà di collaborare a questo progetto, propongo la costituzione di una commissione comprenden­ te almeno un rappresentante per ogni Associazione per studiare i dettagli tecnici per i l ripristino della figura dell'infermiere professionale specializzato.

1. Altro punto da considerare per l'acquisizione di professionalità riguarda l'autonomia e la definizione dei compiti.

In una relazione presentata dalla Dott.ssa Cossetta si leggono queste frasi (3) "...Per realizzare gli obiettivi propri del 'progetto salute' espresso dalla Legge 833 del 1978 è necessario disporre anche di personale infermieristico in grado di rispondere ai bisogni reali di salute, espressi o latenti , in modo continuati ­ vo, dinamico ed in ogni situazione.

Quindi infermieri con un livello di formazione culturale e professionale che consenta loro di collocarsi con funzioni e responsabilità proprie all'interno

117

di un ben definito spazio di operatività, vale a dire con propria autonomia funzionale identificabile in base a delle specifiche, distinte competenze.

Ciò implica:

* 1. un rafforzamento ed ampliamento dell'autonomia funzionale...;
  2. lo sviluppo della capacità di individuare e rispondere ai bisogni dell'uomo in modo globale e responsabile;

capacità cioè di:

* 1. vivere responsabilmente il processo di nursing nel suo continuo diveni re; vale a dire:
  2. capacità di svolgere un'attività che a causa dei mutamenti strutturali, sociali e degli scopi della politica sociale e sanitaria, richiede sempre una maggior estensione
     + del ruolo
     + delle funzioni
     + dellè responsabilità

dell'infermiere che, di conseguenza, viene a collocarsi in una dinamica operativa come:

* 1. professionista direttamente responsabile di tutte le attività infermieristiche attinenti alla promozione, mantenimento, cura e recupero della salute rivolte all'individuo di ogni età, sesso, condizione;

implicanti, a seconda del livello di qualificazione professionale raggi unto, lo svolgi mento e la responsabilità delle funzioni inerenti alla:

1. assistenza diretta;
2. organizzazione, gestione e controllo degli Uffici e Servizi infermieristici;
3. formazione, aggiornamento ed educazione professionale del personale infermieristico;
4. ricerca nel campo del nursing.

Quindi un infermiere con una professionalità che non sia più continua delega di responsabilità e mansionarismo ma inserimento in una struttura collabora­ tiva dove emerge il valore della funzione e dove vi sia u nitarietà di indirizzi e di intenti garantita dalla programmazione delle attività e da coordinamento operativo.

Questa citazione seppur lunga mi sembrava doverosa poiché vengono messi in evidenza tutti gli aspetti che l'ANIARTI ha sempre considerato basilari per la costituzione di una figura operativa autorevole:

1. non legata a definizione dei compiti mediante la definizione delle mansioni, per cui non mansionari ma definizione delle competenze e quindi delle aree di autonomia, interdi pendenza e dipendenza che sono proprie dell'infermiere operante nelle aree intensive;
2. responsabile della propria attività, per cui con un riscontro legislativo che ne legittimi l'autonomia e la responsabi lità professionale.

L'ANIARTI non è un'Associazione governativa né un sindacato per cui non porterà avanti in prima persona queste tematiche, però può e vuole essere uno strumento tecnico e culturale per esprimere le esigenze e le possibilità del personale operante nei settori intensivi.

L'invito che rivolgo a chi è deputato a portare avanti le tematiche ora considerate è di coinvolgere rappresentanti anche del settore intensivo in sede di definizione di competenze professionali e di proposte legislative specifiche.

1. Se i due punti precedenti verranno trattati e risolti nella maniera più adeguata l'ultimo punto che prendo ora in considerazione non sarà più un problema:

1 18

all'inizio della relazione avevo citato, fra le caratteristiche dei semi-professio­ nisti, che essi hanno come gruppo di riferimento i professionisti veri e propri con conseguente conflitto con la loro autorità gerarchica.

Questa è la situazione attuale ma acquisendo professionalità non ci sarà più la necessità di cercare "altri" professionisti con cui identificarsi poiché noi avremo un'identità ben definita, sicuramente un diverso riconoscimento sociale ed un'incisività significativa nella gestione dei problemi sanitari.

Ancora una riflessione che propongo come tema di discussione: perché fino ad ora non siamo diventati professionisti?



Le risposte che personalmente fornisco sono queste:

* mancanza di reale volontà di divenire professionisti, con il carico di competen­ ze e di responsabilità che ciò comporta;
* disinteresse delle forze politiche per i problemi del personale infermieristico considerato sempre 'para' di qualche altra cosa (para-medico, para-sanitario ecc.);
* insufficienza di formatori infermieristici;
* curriculum studii non rispondente alle nuove esigenze dell'infermiere e dell'assistenza;
* insufficiente propositività delle forze sindacali per quanto concerne un'imma- gine diversa degli operatori infermieristici.

Forse c'era ancora bisogno di crescere come Professione e come coscienza di operatori sanitario-sociali.

Mi auguro che la presenza a questo congresso di nu merosi colleghi, di rappresentanti delle altre Associazioni Professionali e delle forze politiche significhi che i tem pi sono maturi per operare il cambiamento necessario e passare da semi (professione) e 'para' (operatori) a professione ed infermieri.

**BIBLIOGRAFIA**

I ) L. Gallino - "Professionalizzazione / deprofessionalizzazione : il punto di vista dei sociologi" - In atti dell'XI Congresso Nazionale della CNAIOSS - Milano 1980

1. F. Zorzi - "Comparazione ed eventuali dissonanze tra: DPR 27/ 3/ 1969 n. 128, DPR 14/ 3/ 1974 n. 225, Legge 23/ 12/ 1978 n. 833 DPR 20/ 12/ 1979 n. 761, DPR 25/ 6/ 1983 n. 348 , DPR 7/9/ 1984 n. 821" - Relazione redatta per l'argomento di Medicina Legale (Docente dott. F. Biffoni) presso la Scuola per abilitazione a Fu nzioni Di rettive di Udine - An no scolastico 1985/86.
2. A.B. Cossetta - "La formazione nelle profession i mediche" - Notizia rio Collegio

l.P.A .S.V.I. n. 3, 1984.

1 19

