

an²arti

SCENARIO

ASSOCIAZIONE NAZIONALE INFERMIERI DI AREA CRITICA

XXIV CONGRESSO NAZIONALE

L'INFERMIERE IN AREA CRITICA

PENSARE

ESSERE

FARE

A cura di:

MARCO MARSEGLIA

SANDRA SCALORBI

con la collaborazione di PAOLA PAGANELLI

SORRENTO, 26-27-28 OTTOBRE 2005

PRESENTAZIONE

Leggendo questo volume ci si rende conto di quanto sia complesso il sistema sanitario del nostro paese.

Analizzando i lavori presentati nelle varie sessioni si avverte quanto il sistema non possa fare a meno dell'infermiere e di quanto questa figura sia indispensabile, a tutti i livelli decisionali.

Si evince quanto l'infermiere possa fare per incidere in maniera positiva sui processi e percorsi assistenziali oramai sempre di più multidisciplinari.

Il termine Area Critica, diventato patrimonio comune per identificare aree di criticità e complessità assistenziale, viene in questo Congresso riaffermato e collegato a contesti quali formazione, organizzazione, ricerca, ed ai concetti di competenza e responsabilità.

Per lo sviluppo dell'infermieristica in Area Critica sarà indispensabile la collaborazione paritaria tra professionisti, dovranno cadere le barriere ed i privilegi ancora presenti, correlati all'ormai, più che superato status di «ausiliari» in nome dell'efficacia e dell'efficienza.

Sarà necessario giocare in termini personali la professionalità e l'autorevolezza.

Ancora, la valenza etica del pensiero e delle decisioni, dovrà essere il filo rosso che orienta ed impegna il singolo e la professione infermieristica verso la società nei confronti della quale è stato sottoscritto come professionisti, un patto di servizio.

I curatori

Marco Marseglia

Sandra Scalorbi

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Maria Benetton

Elio Drigo

Fabrizio Moggia

Annalisa Silvestro

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Giuseppe Bianchi

Gianfranco Cecinati

Elena Ciriello

Concetta D'Acunto

Paola d'Amore

Paola Marchino

Marco Marseglia

www.aniarti.it

aniarti@aniarti.it

www.efccna.org

INTRODUZIONE AL CONGRESSO

ELIO DRIGO

Presidente Aniarti

Un periodo di ricerca di nuovi orientamenti sembra attraversare gli infermieri italiani. Grandi prospettive sono possibili per la professione ma le concretizzazioni sono ancora scarse.

Messaggi contraddittori indicano una certa attenzione delle istituzioni verso gli infermieri mentre altri possono essere interpretati come uno scaricare ancora verso gli infermieri ambiti di responsabilità che finora non hanno trovato che modeste soluzioni.

Quotidianamente, gli infermieri si industriano per consentire degenze più appropriate ed un rapido ritorno alla vita normale delle persone malate ... gestiscono con ragionevolezza nell'operativo un bene prezioso come il servizio sanitario.

Devono tamponare carenze di operatori, di strutture, di processi, con il risultato di rimescolare e diluire le competenze proprie specifiche all'interno di una congerie di attività singole, che diventano rincorsa a compensare necessità immediate. Poco a che vedere con la vera assistenza infermieristica, che stenta a dispiegare i propri vantaggi per le persone e le istituzioni, ad affermarsi ben visibile ed identificabile, pianificata e verificata in termini di risultati. C'è ancora troppo poco di tutto questo. Gli infermieri non sono: fanno.

E il rischio anche maggiore è la perdita di identità dei soggetti e dei gruppi di infermieri.

Sarebbe la dispersione di una funzione di garanzia dell'unitarietà dell'assistenza alle persone. Tanto più indispensabile quanto maggiore sta diventando la frammentazione degli interventi tecnico-terapeutici attuati per risolvere patologie sempre più gravi e modalità organizzative sempre maggiormente articolate e necessariamente integrate.

Gli infermieri si riscoprono invece sempre di più in grado di risolvere problemi complessi, vengono coinvolti a farlo, ma allo stesso tempo sono fortemente distratti dal proprio mandato primario.

Aggiungiamo che per gli infermieri i momenti e gli strumenti culturali e le possibilità di applicarli sono ancora relativamente modesti e spesso, troppo spesso, orientati ancora al fare e poco, troppo poco, al pensare. Quante sono, ad esempio, le opportunità di coniugare i fondamenti della cultura più generale all'assistenza infermieristica?

Allora il quadro di una professione che si sente ancora ai margini è delineato; con buona pace delle capacità dimostrate.

Ma l'imprescindibile richiesta del contesto è per un infermiere responsabile dell'assistenza. Responsabile verso le persone assistite e verso le istituzioni. Gli scenari nuovi si stanno già rapidamente realizzando.

Molte risposte e strumenti operativi esistono già. Alcuni sono stati elaborati direttamente dagli infermieri.

Di fronte a questa analisi, nell'assistenza infermieristica in area critica è presente e deve essere resa visibile una fase nuova di elaborazione culturale che applica razionalità, integrazione delle competenze, etica, capacità di decisione ed assunzione di responsabilità, capacità gestionale in vari campi ed a diversi livelli.

Ed è nata l'idea di questa opportunità formativa per presentare alcune proposte, raccoglierne altre e dibattere su possibili evoluzioni ulteriori.

Sarà una possibilità singolare di riflettere personalmente e con altri sul nostro modo di essere infermieri e sul modo in cui potremmo esserlo se vogliamo cambiare quello che riteniamo non più congruente o accettabile.

QUESITI PER UNA RIFLESSIONE

- Facciamo di più? Meglio?
- Le nostre sono attività e prestazioni specifiche, diverse, riconoscibili?
- È nostra la gestione della tecnologia?
- Qual è il nostro ruolo nelle scelte e negli acquisti dei dispositivi e dei materiali per l'assistenza? Siamo consultati dai produttori?
- Possiamo essere consulenti di colleghi e di altri professionisti? Attori di processi «esperti» ed «avanzati»?
- Orientiamo i percorsi clinici? Supportiamo le ipotesi diagnostiche?
- Viviamo i valori sottesi all'equità distributiva? Alla pertinenza operativa?
- Sappiamo individuare e superare le criticità organizzative?
- Possiamo declinare l'intensità di cura ed intersecarla con la complessità assistenziale?
- Pensiamo l'assistenza dentro modelli organizzativi disegnati e gestiti da noi, dove il medico non è gestore ma consulente e prescrittore?

RELATORI E MODERATORI

MARIA BENETTON, *Treviso*

Infermiera AFD, Tutor e docente Corso di Laurea in Infermieristica Generale dell'Università di Padova, sede di Treviso

Componente del Comitato Direttivo Aniarti

PAOLO CHIARI, *Bologna*

Ricercatore - Università di Bologna

Responsabile Centro Studi EBN - Direzione del Servizio Infermieristico e Tecnico Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna

Policlinico S.Orsola - Malpighi

MARIA ANGELICA CHICHIZOLA, *Perugia*

Infermiera Coordinatore, Ufficio Qualità del Servizio Infermieristico, Ostetrico, Tecnico Sanitario e Riabilitativo Azienda Ospedaliera Perugia

ANNA CULAON, *Udine*

Infermiera Neonatologia - Ospedale «S.M. della Misericordia» Udine

LAURA D'ADDIO, *Firenze*

Infermiera, Docente di Deontologia Corso di Laurea in infermieristica dell'Università degli Studi di Firenze

ANGELINA DI NUCCIO, *Caserta*

Infermiera AFD

Coordinatore Infermieristico, Blocco Operatorio Ospedale. «S. Rocco» di Sessa Aurunca, Caserta

Componente del Comitato Direttivo Aniarti

CATERINA DI VIGGIANO, *Roma*

Infermiera, Dirigente del Servizio Infermieristico del Dipartimento di malattie Polmonari dell'Azienda Ospedaliera S. Camillo/Forlanini, Roma

ELIO DRIGO, *Udine*

Infermiere Coordinatore

Presidente Aniarti

MARCO GIACOMO GARIGLIO, *Torino*

Managing Director Area nord Ovest di Willis Italia S.p.A., Torino

ANTONIO GIORDANO, *Napoli*

Direttore Sanitario Aziendale AORN (Monaldi), Napoli.

ALESSANDRO GRANDI, *Reggio Emilia*
Coordinatore Infermieristico
Servizio di Anestesia e Rianimazione Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia

GIUIANO IADICICCO, *Dolo*
Infermiere Pronto Soccorso e 118 Ospedale Civile di Dolo (VE)

VINCENZO LA VERGATA, *Roma*
Infermiere, Rianimazione del Policlinico «A. Gemelli», Roma

ANTONELLA LETO, *Roma*
Infermiera DAI, Professore a contratto, Università Tor Vergata, Corso di Laurea in Infermieristica, Roma

ALBERTO LUCCHINI, *Monza*
Infermiere Coordinatore, Terapia Intensiva Generale. Azienda Ospedaliera «S. Gerardo» Monza

ENRICO LUMINI, *Firenze*
Infermiere, Master di I Livello Gestione dei processi infermieristici in Anestesia e cure intensive
Dipartimento emergenza e accettazione Azienda Ospedaliero-Universitaria «Careggi» Firenze

NORA MARINELLI, *Perugia*
Infermiera AFD, Coordinatore Rianimazione Ospedale «Silvestrini» – Perugia
Componente del Comitato Direttivo Aniarti

ROSSELLA MARCHETTI, *Roma*
Infermiera AFD, Coordinatore della Terapia Intensiva Postoperatoria «Policlinico A. Gemelli» Università Cattolica, Roma
Componente del Consiglio Nazionale Aniarti

MARCO MARSEGLIA, *Bologna*
Infermiere AFD, Coordinatore Anestesia e Rianimazione Cardiochirurgica
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna
Policlinico S. Orsola - Malpighi
Componente del Comitato Direttivo Aniarti

RITA MEGLIORIN, *Roma*
Infermiera DAI, Coordinatore Rianimazione – D.E.A. Policlinico A. Gemelli
Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Componente del Comitato Direttivo Aniarti

FABRIZIO MOGGIA, *Genova*

Infermiere DDSI, U.O. Formazione e Aggiornamento Ospedale San Martino, Genova
Componente del Comitato Direttivo Aniarti

MARILENA MORETTI, *Bologna*

Infermiera, Unità Operativa di Cardiocirurgia
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna
Policlinico S. Orsola - Malpighi

ANGELA PEGHETTI, *Bologna*

Infermiera Master in Wound Care,
Vice Presidente AISLeC
Anestesia e Rianimazione Cardiocirurgica
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna
Policlinico S. Orsola - Malpighi

GIANNA PESCE, *Dolo*

Infermiera Coordinatore Pronto Soccorso e 118 Ospedale Civile di Dolo (VE)

LAURA RASERO, *Firenze*

Infermiera, Professore associato presso la facoltà di medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Firenze

DANIELE RODRIGUEZ, *Padova*

Medico Legale
Ordinario di Medicina Legale - Università degli Studi di Padova
Curatore della Sezione Deontologia della «Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie»

LOREDANA SASSO, *Genova*

Infermiera DAI, Dirigente dell'U.O. Formazione e Aggiornamento Ospedale San Martino, Genova
Segretaria della Federazione Nazionale IPASVI

SANDRA SCALORBI, *Bologna*

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

ANNALISA SILVESTRO, *Udine*

Infermiera IID
Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI
Vice Presidente Aniarti
Direttore del Servizio Infermieristico Azienda USL di Bologna

SABRINA SPANGARÒ, *Udine*

Infermiera, UCIC Ospedale «S.M. della Misericordia»
Componente del Consiglio Nazionale Aniarti

RICCARDO TARTAGLIA, Firenze

Medico Specialista in Igiene e Medicina Preventiva e in Medicina del Lavoro. Direttore del Centro Regionale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente - struttura di governo clinico della Regione Toscana

NEREO ZAMPERETTI, Vicenza

Medico, Dipartimento di Anestesia e Rianimazione dell' Ospedale «San Bortolo» Vicenza

PAOLO ZOPPI, Firenze

Infermiere DAI, Componente della Commissione Area Vasta Centro della Regione Toscana per la gestione del Rischio Clinico

XXIV CONGRESSO NAZIONALE

PROGRAMMA

Prima Sessione

Moderatore: *Elio Drigo*, Udine

- * Il quadro contestuale ed i motivi per una riflessione sull'assistenza infermieristica per il futuro

Elio Drigo, Udine - *Annalisa Silvestro*, Udine

- * Il concetto di area critica a vent'anni dalla sua ideazione

Maria Benetton, Treviso - *Elio Drigo*, Udine

Dibattito e confronto diretto con il contributo di relatori esperti

- * L'infermiere «generalista», «esperto», «avanzato», in area critica: cosa, come, perché

Laura Rasero, Firenze

- * I master di 1° e di 2° livello, la laurea magistrale e il dottorato di ricerca nelle Scienze Infermieristiche: per quale infermiere, per quale evoluzione professionale

Loredana Sasso, Genova - *Elio Drigo*, Udine

Dibattito e confronto diretto con il contributo di relatori esperti

Seconda Sessione

Moderatori: *Elio Drigo*, Udine - *Fabrizio Moggia*, Genova

- * Il concetto di complessità nell'organizzazione, nell'assistenza, nell'intensità di cure: una diversa lettura del modo di «stare» in sanità

Sandra Scalorbi, Bologna - *Marco Marseglia*, Bologna

- * Il fabbisogno assistenziale ed il numero e tipologia degli operatori attraverso il concetto/valore dell'equità distributiva e della pertinenza operativa

Enrico Lumini, Firenze

Caso esemplificativo

- * *Ricerca finalizzata: Analisi della complessità assistenziale dei degenti e della performance infermieristica nell'Azienda Ospedaliera di Perugia, come strumento per la clinical governance*
Maria Angelica Chichizola, Perugia

Dibattito e confronto diretto con il contributo di relatori esperti

- * *Le prestazioni infermieristiche nell'assistenza intensiva: la specificità, l'esclusività, la demandabilità, la responsabilità*
Fabrizio Moggia, Genova - Maria Benetton, Treviso - Angelina Di Nuccio, Caserta

Alcuni casi esemplificativi

1. *Assistenza all'adulto*
Sabrina Spangaro, Udine
 2. *Assistenza al bambino*
Anna Culaon, Udine
- * *La distinzione tra la linea clinica e la linea assistenziale e l'identificazione delle responsabilità del medico e dell'infermiere: è possibile? È utile? È efficace? Valorizza l'infermiere?*
Paolo Chiari, Bologna

Dibattito e confronto diretto con il contributo di relatori esperti

Terza Sessione

Moderatori: Maria Benetton, Treviso - Elio Drigo, Udine

- * *Sviluppo assistenziale e sostenibilità economica: una contraddizione?*
Rita Megliorin, Roma
- * *Il costo dell'assistenza intensiva: i confini, l'etica, la responsabilità*
Nereo Zamperetti, Vicenza

Dibattito e confronto diretto con il contributo di relatori esperti

- * *Il codice deontologico dell'infermiere italiano: l'orientamento, la valenza giuridica, l'ipotesi evolutiva*
Laura D'Addio, Firenze
- * *L'errore professionale ed il danno al cittadino. La prevenzione, gli strumenti operativi, il sistema di protezione*
Paolo Zoppi, Firenze

Dibattito e confronto diretto con il contributo di relatori esperti

Quarta Sessione

Moderatori: *Nora Marinelli*, Perugia - *Rita Megliorin*, Roma

- * L'efficacia della tecnologia nei processi assistenziali di tipo «intensivo»: quando, come, perché
Alberto Lucchini, Monza (MI)

Alcuni casi esemplificativi

1. Sperimentazione sull'applicazione di tecnologie per valutare la necessità di broncoaspirazione
Vincenzo La Vergata, Roma
2. Comparazione delle medicazioni tradizionali vs. avanzate (sternotomia): processo, risultati, considerazioni sulla competenza dell'infermiere nella valutazione
Angela Peghetti, Bologna - *Marilena Moretti*, Bologna

Dibattito e confronto diretto con il contributo di relatori esperti

- * La scelta e l'acquisto della tecnologia e dei presidi sanitari: chi, come, perché
Antonella Leto, Roma

Alcuni casi esemplificativi

1. Testare tecnologie e presidi medici per l'assistenza: aspetti ed elementi che favoriscono la crescita della professionalità dell'infermiere
Alessandro Grandi, Reggio Emilia
2. Informatizzazione dei dati: non solo documentazione ma anche gestione ed evoluzione dell'assistenza infermieristica
Rossella Marchetti, Roma - *Marco Marseglia*, Bologna
3. Monitoraggio rapido dell'ossimetria in emergenza
Giuliano Iadicicco, Dolo (VE) - *Gianna Pesce*, Mirano (VE)

Dibattito e confronto diretto con il contributo di relatori esperti

SESSIONE SPECIALE

Moderatori: *Angelina Di Nuccio*, Caserta - *Annalisa Silvestro*, Udine

Il rischio professionale

La prevenzione dell'errore

La protezione del cittadino

La assicurazione del professionista

Obiettivi:

- Individuare le modalità di prevenire l'errore professionale;
- Definire ed analizzare gli elementi costitutivi di un sistema di prevenzione della *malpractice*, che protegga il cittadino e rassicuri il professionista

Tavola rotonda con la partecipazione di:

L'infermiere, *Caterina Di Viggiano*, Roma

L'esperto, *Riccardo Tartaglia*, Firenze

Il medico legale, *Daniele Rodriguez*, Padova

Il gestionale, *Antonio Giordano*, Napoli

L'assicuratore, *Marco Gariglio*, Torino

Dibattito e confronto diretto con il contributo di relatori esperti

IL QUADRO CONTESTUALE ED I MOTIVI PER UNA RIFLESSIONE SULL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA PER IL FUTURO

E. DRIGO⁽¹⁾, A. SILVESTRO⁽²⁾

⁽¹⁾ Udine, Infermiere Coordinatore Presidente Aniarti

⁽²⁾ Udine, Infermiera IID - Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI - Vice Presidente Aniarti - Direttore del Servizio Infermieristico Azienda USL di Bologna

Con questo intervento si vogliono richiamare alcuni motivi ed identificare alcune tracce per una riflessione su quello che diventerà il nostro essere infermieri.

La nostra professione è legata alle esigenze delle persone ma anche legata alle esigenze delle organizzazioni. È legata alle esigenze della società così come oggi si delinea con le sue complessità e le sue mutazioni.

Il fatto della connessione con le esigenze delle persone ci dice quanto dobbiamo essere attenti a sviluppare e mantenere le nostre competenze. Competenze che non possono non essere legate alla clinica ed essere elaborate, diversificate ed avanzate anche con lo sviluppo della ricerca.

Le possibilità di dare risposte efficaci rispetto alle richieste, espresse ed inesprese, implica una preparazione personale ed una formazione elevata, attenta, rigorosa.

Non è così semplice oggi, fornire le risposte adeguate all'interno del sistema in cui siamo collocati, perché il sistema è sempre maggiormente diversificato ed in costante trasformazione.

Dobbiamo dare risposte alle organizzazioni complesse, al cui interno è necessario collocarsi e delineare un ruolo proprio e svolgerlo nella maniera migliore. Questo rappresenta anche una responsabilità verso la società, che attraverso le organizzazioni garantisce la salute.

Per una riflessione che possa avere una sua certa completezza, possiamo prendere in considerazione alcune idee fondamentali: *a)* il quadro contestuale; *b)* l'assistenza infermieristica per il futuro, e *c)* quello che possiamo offrire e ricevere con il nostro essere infermieri.

a) Il quadro contestuale.

Ovviamente, proprio in quanto professionisti infermieri non possiamo pensare più in termini locali, né in termini regionali e forse nemmeno solo in termini nazionali.

Pochi giorni fa si è concluso a Roma il congresso nazionale della Federazione dei Collegi IPASVI, che ha messo a confronto gli infermieri italiani con

gli altri infermieri di tutta Europa. Abbiamo avuto la netta sensazione che gli infermieri italiani siano in posizione di vantaggio rispetto a molti altri paesi dell'Europa. In Inghilterra c'è una situazione ed un retaggio storico particolare, con gli infermieri in posizioni importanti e avanzate.

Dobbiamo guardare e tenere presente questo quadro, dobbiamo guardare ai condizionamenti ed alle interferenze che avvengono costantemente nella vita di ciascuno di noi, nelle nostre istituzioni, nelle nostre realtà. Ciascuna di queste realtà è collegata e condizionata da altre. Collocarsi in una tale situazione deve essere un collocarsi in integrazione.

Sono palesi le necessità oggettive e nuove delle persone e delle società che vengono evidenziate con fenomeni a livello planetario: penso alle richieste di migliori condizioni di vita che provengono da tutto il mondo e soprattutto negli ambiti delle situazioni particolarmente disagiate e miserevoli. E penso ai fortissimi interessi che si stanno imponendo e spesso distolgono l'azione positiva che potrebbe essere messa in atto per consentire la diffusione di una vita migliore delle persone e delle società. Ma ancora, sempre di più, dobbiamo fare i conti con le risorse, perché una vita di elevata qualità richiede ulteriori risorse o, perlomeno, richiede di dedicare risorse in alcune specifiche direzioni piuttosto che in altre.

Se più persone esigono di vivere ad un livello di qualità più accettabile, maggiori risorse sono necessarie. E qui si gioca tutto il discorso della correttezza nell'uso delle risorse; e si parla non solo in termini di sanità, ma anche in termini generali.

Altro problema è quello della dimensione per il sistema. Ci troviamo di fronte ad una necessità impellente di fare sistema. Il concetto di globalizzazione indica la necessità di essere sistema. Assumendo qui la porzione positiva dell'idea e della pratica della globalizzazione, è necessario che da una frammentazione nella quale ci troviamo attualmente, si vada verso una sintesi, perché soltanto mettendo insieme le risorse di capacità e competenze si ottengono risultati migliori.

Sembra di assistere invece, a frequenti e preoccupanti fenomeni di decentramento banalizzato e di perdita dell'orientamento rispetto alle finalità del nostro essere società ed essere sistema, di perdita dell'orientamento rispetto a sapere dove dobbiamo andare, anche come gruppi professionali, quali siano i motivi fondamentali per i quali dobbiamo esistere in quanto aggregazioni professionali.

b) *L'assistenza infermieristica per il futuro.*

Gli infermieri sono presenti in tutte le strutture del sistema. Sono, pertanto, una componente imprescindibile e una componente da considerare in ogni caso.

Gli infermieri potranno essere tali e riconosciuti soltanto se sapranno essere all'altezza della situazione in cui si inseriscono. Si è infermieri se si riesce a portare avanti un'attività che possa essere considerata *oggi assistenza*. Altrimenti si è qualcos'altro e di conseguenza non si è quello che esattamente si

dovrebbe essere. Ed in questo caso, non si forniscono le risposte che a noi infermieri sono richieste dalla popolazione e dalle persone.

L'assistenza è un fattore costitutivo di una società. Viene attivata perché consente di stabilizzare e garantire la società stessa, consente di assistere e rendere maggiormente sicura la vita di una popolazione e delle singole persone con le loro diversità e diverse possibilità.

Assistere previene le complicanze, aiuta a evitare stati di salute non accettabili e applica e conferma una cura. Non è pensabile una cura, soprattutto se particolarmente complessa, una terapia, una diagnosi, se manca una professionalità che consente di realizzare queste cure e di far loro raggiungere i migliori risultati.

Tutto questo è evidente particolarmente all'interno dell'area critica. L'assistenza è fattore di qualità di vita perché assistere trasforma positivamente la vita delle persone.

Un elemento di fondamentale importanza su cui forse troppo spesso non riflettiamo a sufficienza, è il fatto che l'assistenza infermieristica pratica concretamente la convivenza e di conseguenza la promuove.

I principi su cui si basa l'assistenza sono la totale attenzione alle persone e alla comunità, a prescindere dalle credenze, dalle appartenenze e dallo stato sociale.

L'assistenza è implicitamente una pratica radicale di convivenza e pertanto un segno di civiltà pienamente vissuta da alcune persone verso altre.

Non è ancora chiaro quanto sia diffusa la consapevolezza della portata della nostra professione e dell'impatto che essa può avere e che di fatto già ha, sulle persone.

Probabilmente ce ne siamo resi conto molte volte solo quando i malati all'ingresso nelle nostre unità operative erano piuttosto titubanti e malfidenti verso una sanità letta più come *mala-sanità* che non come organizzazione e strumento; quando abbiamo in seguito visto i malati entrare con questo modo di pensare e uscire estremamente meravigliati della capacità degli infermieri di garantire un'assistenza accurata e della capacità soprattutto di essere vicini alle persone. Ebbene, questo è un valore che deve essere riconosciuto e di cui dobbiamo essere consapevoli. È necessario portare questa informazione al di fuori della nostra professione e della nostra cerchia ristretta di infermieri.

Questo modo di porci non è di secondaria importanza e diventa invece un elemento decisivo della nostra componente sociale.

Poniamo l'attenzione anche ai motivi per questa riflessione sul contesto e su come procedere per il futuro con l'assistenza infermieristica.

Tre sono gli elementi che possono essere tenuti presenti.

1. Gli infermieri devono *contare di più in futuro*, e devono incidere nella realtà. Non può essere che esiste una sanità, un sistema sanitario dove gli infermieri non possono dire quasi assolutamente nulla, non riescono ad essere positivamente condizionanti l'andamento del sistema sanitario. Non si può pensare di modificare una realtà che noi consideriamo inadeguata senza avere al nostro interno unitarietà di intenti e di obiettivi e unione delle energie.

È importante che sappiamo che il confronto e la discussione avviene sulla base della evidenza e autorevolezza di una professione e quindi del nostro gruppo.

2. Gli infermieri italiani *hanno tutti gli strumenti per un riconoscimento* strutturato. I progressi fatti a livello di norme per quanto riguarda la professione e l'esercizio professionale (che è il nostro essere insieme), conseguito grazie soprattutto alla Federazione dei Collegi, sono di valenza assoluta.

I progressi fatti sono all'avanguardia in Europa, sicuramente. Non è possibile che questi progressi restino chiusi al nostro interno. Il confronto degli infermieri con gli altri paesi europei è decisamente positivo e ci deve rendere consapevoli che gli infermieri italiani non sono inferiori agli altri. Questo deve servirci per darci una carica di fiducia ed energia.

3. Dobbiamo imparare a *confrontarci con gli altri*, a dire all'esterno quello che stiamo facendo e quanto abbiamo costruito fino a questo momento: se non ci assumiamo le nostre responsabilità sarà un problema nostro e non di altri.

Dobbiamo essere infermieri «a tutto tondo», e non solo dal punto di vista tecnico e delle competenze cliniche (che diamo necessariamente per scontate).

Per il nostro futuro 2 scale di priorità, 2 modi speculari di leggere la situazione: che soggetti vogliamo essere? in quale direzione vogliamo andare? come vogliamo guidare il servizio sanitario e l'area critica? e che cosa vogliamo garantire ai cittadini?

In realtà, per sapere che soggetti vogliamo essere, dobbiamo sapere che cosa vogliamo garantire ai cittadini perché dobbiamo riflettere dove siamo collocati e, di conseguenza, qual è il nostro ruolo all'interno del sistema di cui facciamo parte.

1. Partiamo dal dare le risposte prima di tutto ai cittadini: che cosa vogliamo garantire ai cittadini?

Ai cittadini vogliamo garantire un'assistenza equa, libera da preoccupazioni, sicura perché assolutamente competente ed avanzata nelle sue capacità di risolvere i problemi, dignitosa perché tiene presente le persone nella loro esistenza e completezza.

Solidale perché siamo convinti che soltanto una società solidale può progredire, può vivere nel modo migliore; e ancora un'assistenza appropriata perché gli infermieri rispettano le risorse, le competenze come le cose che utilizzano.

2. Seconda cosa che gli infermieri devono garantire è l'applicazione dei principi di attenzione della persona fondanti la nostra professione. È questo sostanzialmente il nostro modo di procedere nei confronti del cittadino.

3. Come vogliamo guidare il servizio sanitario e l'area critica?

– Non vogliamo primeggiare: vogliamo lavorare insieme agli altri, vogliamo lavorare perché riteniamo che tutti e ciascuno abbiamo delle ricchezze da condividere e le ricchezze messe insieme producono un risultato maggiore della somma delle ricchezze e delle competenze che rimangono singole.

Siamo assolutamente convinti che andare avanti vuol dire lavorare assieme agli altri per dare quel contributo che tutti possono dare.

– Gli infermieri vogliono dare il loro contributo al servizio sanitario sia a livello nazionale che regionale, senza privilegi o sconti; non siamo qui a cerca-

re riconoscimenti senza fondamento. Vogliamo che quello che abbiamo fatto sia riconosciuto e valorizzato per quello che è, ed è moltissimo. È questa la nostra ricchezza.

– Certamente vogliamo lavorare con efficacia ed efficienza nel rispetto delle risorse e delle nostre competenze e attenti ai risultati che dobbiamo garantire ai cittadini orientando le scelte verso una umanità migliore: riteniamo che il contributo di una professione come quella dell'infermiere, che incarna e attualizza i principi fondamentali di convivenza di una società, contribuisca a migliorare il nostro essere persona, il nostro gruppo, il nostro essere persone che stanno insieme.

– Ancora vogliamo andare verso una professione che è capace di risolvere i problemi di salute e una società che è capace di darsi dei professionisti che sono in grado di contribuire a risolvere e/o a supportare i problemi di salute.

– Vogliamo andare verso una società attenta e oculata; e il nostro contributo deve essere presente. Noi dobbiamo imparare a parlare alla società, essere in grado di uscire dal chiuso del nostro essere professione per andare verso una società nella quale anche noi diamo il nostro contributo, che si traduce nel portare al di fuori delle nostre realtà quella che è l'esperienza che fino ad ora abbiamo fatto e i problemi che abbiamo visto e vissuto.

– Vogliamo andare verso una società che è orientata ai problemi di tutti e non incline agli interessi di pochi. Questo è decisamente importante in tempi come i nostri, in cui abbiamo visto la potenza degli interessi che si scatenano.

– Vogliamo essere infermieri che si sentono persone, sicuramente professionisti, ma anche persone che si prendono cura di altre persone. E abbiamo visto che è una ricchezza di fondamentale importanza.

– Non solo compassionevoli, ma competenti secondo quello che si intende per *competenza* oggi, non solo lavoratori ma pensatori, responsabili delle proprie competenze, che non si aspettano che altri decidano che cosa personalmente devono essere.

Questo problema lo dobbiamo avere ben presente personalmente e come gruppo.

– Responsabili della gestione: essere responsabili è assumersi la responsabilità di gestire: principio che fino ad ora abbiamo avuto tra le righe ma quasi in incognito e non riconosciuto. Di fatto importantissime prospettive si stanno aprendo e stanno cambiando molto rapidamente. Dobbiamo essere responsabili del sistema nel suo insieme, dicendo quello che è la nostra esperienza e quello che sono i valori in cui crediamo e le esperienze che abbiamo fatto.

– Capaci di creare il nostro futuro. Infermieri capaci di parlare alla società. Dobbiamo imparare a essere presenti lì dove si discutono i problemi che si vivono all'interno del servizio sanitario, dove si discutono i problemi che le persone a volte subiscono ed sperimentano all'interno dei nostri servizi, che molto spesso non sono adeguati alle esigenze delle persone di oggi. Infermieri che decidono di assumersi le proprie responsabilità è assolutamente imprescindibile per coloro che si sentono professionisti.

– Infermieri che si fanno rispettare perché sono autorevoli e non perché svolgono un mestiere che ad altri non piace e sono pagati di più solo per que-

sto. Vogliamo essere infermieri autorevoli, perché svolgiamo un'attività essenziale ed imprescindibile all'interno di una società che possa pensarsi evoluta.

c) I tempi sono maturi, forse sono anche troppo maturi e forse siamo in ritardo rispetto alle esigenze del nostro paese. Il nostro paese si colloca in Europa, non può fare a meno di questa collocazione ed è inevitabilmente un segno della storia che le cose vadano in questa direzione.

Anche se ci sono spinte e manifestazioni sporadiche di contrarietà a questa linea, ormai con l'integrazione a tutti i livelli questa è realisticamente la nostra collocazione. Questa è la collocazione di ognuno di noi.

Le diversità, dobbiamo esserne consapevoli, ci arricchiscono e non ci limitano: è importante che noi finalmente, decidiamo di *buttare il cuore oltre le difficoltà* perché gli infermieri sono una grande realtà ed una ricchezza nel nostro paese come in Europa.

È un peccato che non riusciamo a parlare alla società, che non riusciamo a portare al di fuori, ad esprimere chiaramente le esperienze a volte drammatiche a volte meravigliose che vediamo e viviamo nelle nostre strutture.

Dobbiamo avere il coraggio di essere attori all'interno della nostra società e farci carico di responsabilizzare la società verso i problemi veri che non sono sufficientemente conosciuti.

Molte volte, del problema del servizio sanitario nazionale, parlano le persone che sono abituate a parlare, le persone che gli altri sono abituati a chiamare a parlare.

Molte volte all'interno dei dibattiti più importanti che si sviluppano nella nostra società, gli infermieri non vengono consultati perché, in sostanza, sembra che non esistano.

Gli infermieri sono quelli che lavorano moltissimo ma poi non esistono quando si tratta di esaminare un problema e di approfondire situazioni decisamente critiche e problematiche.

Dobbiamo essere consapevoli che dobbiamo prendere queste decisioni, dobbiamo fare anche questo tipo di lavoro e assumerci il carico di questa responsabilità che è nostra e sarà sempre nostra.

Se noi non lo faremo, nessuno lo farà per noi.

Abbiamo molte risorse, dobbiamo essere consapevoli di questo, perché è assolutamente vero.

Il confronto con gli infermieri europei l'ha dimostrato e dobbiamo ancora agire con rigore.

Non a caso, l'ultima parola evidenziata qui è *rigore*.

Vorrei che rimanesse impressa in tutti noi perché o lavoreremo e ci comporteremo con rigore oppure l'autorevolezza di cui parlavamo la possiamo scordare e sarà una nostra sconfitta, ma soprattutto, sarà una sconfitta per la nostra società.

Dobbiamo lavorare con rigore. È solo da questo che deriva l'appropriatezza del nostro lavoro e solo da questo deriva l'autorevolezza del nostro essere infermieri.

Gli infermieri avranno un grande futuro ma solo se lo vorranno costruire per i cittadini ed anche per loro stessi.

Le idee:

- Il quadro contestuale
- L'assistenza per il futuro
- La riflessione
- Avere, dare e essere ...

1

Quadro contestuale:

- Allargato: non solo Italia o Regione ...
- Condizionamenti ed interferenze continui
- Necessità oggettive ed interessi
- I conti con le risorse
- Il problema della dimensione per il sistema (frammentazione e sintesi)
- Fenomeni di decentramento e perdita dell'orientamento

2

**Assistenza infermieristica per il futuro:
motivi per una riflessione**

- Infermieri: in tutte le strutture del sistema
- Infermieri: solo se all'altezza della situazione
- L'assistenza:
 - stabilizza e garantisce
 - previene le complicanze
 - conferma una cura
 - fattore di Q di vita
 - pratica e promuove la convivenza

3

**Assistenza infermieristica per il futuro:
motivi per una riflessione**

- Infermieri: per incidere devono «contare»
- Gli infermieri italiani hanno tutti gli strumenti per un riconoscimento strutturato
- Se non ci assumiamo le responsabilità sarà un problema nostro, non di altri.

4

... per il futuro:

1. Chi vogliamo essere?
2. Dove vogliamo andare?
3. Come vogliamo guidare il SS e l'AC?
4. Che cosa vogliamo garantire ai cittadini?

* * *

1. Che cosa vogliamo garantire ai cittadini?
2. Come vogliamo guidare il SS e l'AC?
3. Dove vogliamo andare?
4. Chi vogliamo essere?

5

1. Ai cittadini vogliamo garantire:

- Un'assistenza equa, libera da preoccupazioni, sicura, dignitosa, solidale, appropriata.
- Applicazione dei principi attenti alla persona, fondanti la nostra professione.

6

2. Vogliamo guidare il SS e l'AC

- Assieme agli altri
- Senza privilegi
- Con efficacia ed efficienza
- Orientando le scelte sui problemi veri

7

3. Vogliamo andare...

- Verso una umanità migliore
- Capace di risolvere i propri problemi di salute
- Una società attenta ed oculata
- Orientata ai problemi di tutti e non incline agli interessi di pochi

8

4. Vogliamo essere infermieri...

- Persone che si prendono cura di altre persone
- Non solo compassionevoli, ma competenti
- Non solo lavoratori, ma pensatori
- Responsabili della propria competenza
- Responsabili della gestione e del sistema
- Capaci di progettare il futuro.

9

e, allora infermieri:

- Che sanno parlare alla società
- Che decidono di assumersi le responsabilità
- Che si fanno rispettare perché autorevoli

10

I tempi sono maturi

- Il nostro paese si colloca in EU
- Le diversità arricchiscono
- Decidere di buttare il cuore oltre
- Abbiamo molte risorse
- Dobbiamo agire con rigore

11

Gli infermieri
hanno un grande futuro
solo se lo vorranno costruire,
per i cittadini
e di conseguenza,
per loro stessi.

Buon lavoro! Tutti insieme

12

IL CONCETTO DI AREA CRITICA A VENT'ANNI DALLA SUA IDEAZIONE

M. BENETTON ⁽¹⁾, E. DRIGO ⁽²⁾

⁽¹⁾ Treviso, Infermiera AFD, Tutor e docente Corso di Laurea in Infermieristica Generale dell'Università di Padova, sede di Treviso - Componente del Comitato Direttivo Aniarti

⁽²⁾ Udine, Infermiere Coordinatore - Presidente Aniarti

Questo intervento non intende essere solo una revisione di quanto successo da 20 anni a questa parte sul concetto di area critica, ma sarà anche un tentativo di riflessione sulla base di alcuni elementi che in questo periodo si sono modificati, a livello sociale, come anche economico, politico, scientifico, etico.

Il tentativo è di una ricomposizione dei vari elementi per contribuire a nuovi sviluppi dell'idea di area critica.

Idee-forza negli anni '80...

Dalla fine degli anni '70 le strutture intensive erano in fase di tumultuosa diffusione e gli infermieri non avevano strumenti formativi efficaci per sentirsi in grado di garantire un'assistenza sicura ai malati ed un'attività complessivamente razionale. Le opportunità di scambio di esperienze erano esclusivamente al seguito dei medici, molto occupati ad appropriarsi di competenze tecniche e procedure rapidamente innovative.

La filosofia infermieristica di attenzione alla globalità della persona e non soltanto ai suoi organi o alle patologie, ha portato a superare le specializzazioni e le iperspecializzazioni tipiche della medicina, per concentrarsi sul paradigma della professione infermieristica: uomo, salute, contesto-ambiente, assistenza.

Non si intendeva più adeguare il malato all'ospedale e ai professionisti, ma rivedere i processi operativi, le strutture e l'organizzazione dei professionisti in funzione delle esigenze del malato in situazione di criticità ed instabilità vitale.

Dall'ottobre del 1981 alcuni infermieri italiani hanno iniziato un percorso di riflessione radicale, che ha portato, nel 1985, alla concezione dell'idea di area critica. Una nuova sintesi concettuale, non tanto scontata per quei tempi, che anzi rappresentò una specie di rivoluzione culturale, anche per il fatto che era stata concepita autonomamente da infermieri.

Area critica: *l'area critica è l'insieme delle strutture ad alta intensità assistenziale e l'insieme delle situazioni caratterizzate dalla criticità/instabilità vitale del malato e dalla complessità dell'approccio e dell'intervento assistenziale medico/infermieristico*

Due elementi emergono e con cui ci confronteremo oggi:

- il concetto di *criticità/instabilità*, che implica l'idea della possibilità di esito positivo ma anche negativo della situazione della vita del malato;
- il concetto di *complessità* riferito all'approccio sottolinea il livello di difficoltà che si incontra nel tentativo di ripristinare un esito positivo della situazione di criticità vitale.

La concezione di area critica richiedeva necessariamente anche una nuova definizione *dell'infermiere di area critica*.

L'infermiere di area critica è un professionista capace di garantire ovunque alla persona in situazione potenziale o reale di criticità vitale un'assistenza (sanitaria) completa/globale anche attraverso l'utilizzo di strumenti e presidi a rilevante componente tecnologica ed informatica. Si impegna per:

1. il mantenimento di un elevato livello di competenza;
2. il contenimento dei fattori di rischio;
3. la qualità delle prestazioni e dei servizi sanitari.

Non più quindi, infermiere specializzato in rianimazione, cardiologia, terapia intensiva, ecc..., che sporadicamente e in modo del tutto casuale era stato formato negli anni precedenti sul modello paramedico, ma infermiere in grado di assistere le persone nella loro situazione di criticità di qualunque origine questa fosse.

Confronti e discordanze hanno via via rafforzato la filosofia dell'infermieristica in Area Critica.

L'idea si è consolidata e relativamente diffusa anche se in maniera disomogenea.

Sul versante professionale sono state fatte le applicazioni concrete dell'idea di area critica sia a livello organizzativo (con le prime forme di integrazione delle competenze infermieristiche) e a livello formativo (fin dal '90 si sono tenuti alcuni corsi di formazione complementare per l'assistenza in «area critica» – non più solo anestesia, rianimazione, corsi che sono poi scomparsi. In seguito sono stati istituiti i master universitari in assistenza in area critica, appunto, con diversi indirizzi).

Anche grazie all'idea infermieristica di area critica, è stata acquisita una più precisa identificazione degli infermieri di area critica.

Si è arrivati ad una maggiore autonomia dalla professione medica, che negli anni precedenti era considerata una chimera.

– Area critica: *integrazione applicata all'organizzazione* come: 1) fattore di ottimizzazione delle relazioni e dei risultati 2) metodo che porta miglioramenti diffusi 3) metodo che esclude privilegi e chiusure.

– Area critica come *innovazione culturale* nell'ambito del servizio per la salute. Ha scardinato l'idea di frammentazione legata alla terapia d'organo ed ha ri-orientato la riflessione sull'uomo e sulla necessità di rivedere l'impostazione dei servizi per la salute.

A 20 anni

Che cosa c'è da aggiungere, da sottolineare per non dimenticare, da recuperare per non rischiare di essere fuori dalla realtà?

Quali sono i fattori nuovi o diversi con cui confrontarci rispetto a vent'anni fa? Va necessariamente elaborata un'ulteriore riflessione sull'idea di area critica e vanno fatti altri passi. Per procedere facciamoci alcune domande:

Cos'è successo ultimamente?

Che cosa è cambiato?

Alcuni fattori cruciali da considerare.

– Inarrestabilità dell'offerta e della domanda di servizi sanitari anche a carattere intensivo.

– Nel contesto occidentale, ai livelli a cui sono i servizi, i risultati «di salute» in area critica richiedono elevatissimi investimenti per differenziali relativamente modesti e dimostrabili con sempre maggiore difficoltà.

– Frammentazione del servizio sanitario con rischio di diseguità fra i cittadini.

– Disponibilità a destinare risorse esclusivamente a fronte di evidenza di risultati.

– Richiesta di servizi di qualità e di autodeterminazione dei singoli.

– Esigenza di una diversa dimensione ed estensione dell'etica e delle responsabilità.

L'area critica oggi, deve fare i conti con interrogativi impellenti. Vediamoli:

1. L'area critica, così come è realizzata oggi, è correttamente interpretata ed ancora completamente ragionevole? La domanda è giustificata se si osservano le sempre più frequenti disapprovazioni di alcuni modi di fare medicina intensiva.

2. Le risorse che essa assorbe rispetto al resto del servizio per la salute, sono tutte giustificate rispetto ai risultati che produce?

3. Quali conseguenze comporta necessariamente l'attività di area critica?

4. Quale il rapporto tra evoluzione scientifica e rispetto della persona e/o dell'umanità?

5. Fino a che punto è necessario, giusto o possibile stabilire dei limiti all'attività di area critica?

6. In un mondo globalizzato, interattivo ad ogni livello, che riflessi estesi comporta inevitabilmente l'attività e le risorse impiegate per l'area critica nei nostri paesi e come si giustificano con un'assistenza sanitaria quasi inesistente di altri paesi non molto distanti dal nostro?

7. Gli infermieri come si inseriscono in tutto questo? Ci facciamo travolgere dal vortice della tecnologia, dalle procedure, o riaffermiamo il valore dell'area critica esplicitamente concepita proprio per la persona?

8. Quale contributo specifico di riflessione e di azione potremmo portare? E quale contributo di fatto portiamo?

9. Come possiamo colmare eventualmente le nostre lacune o inerzie «culturali», su tutta questa partita?... perché, a domande così complesse, non illudiamoci di rispondere con luoghi comuni...

Molti interrogativi e poche risposte semplicistiche all'orizzonte.

Valori e principi basilari sono rincorsi da altri interessi e rischiano di essere sopraffatti dagli eventi.

È evidente che dobbiamo ripensare l'area critica come ambiente che riesca ad incrociare con sempre maggiore puntualità questi interrogativi e queste sfi-

de e che riesca a tentare sempre una risposta, nella consapevolezza della difficoltà o dell'impossibilità di trovare una risposta perfetta.

A volte la sola ricerca può rappresentare una soluzione ai problemi.

Dobbiamo abituarci all'idea di valorizzare il limite, perché spesso rappresenta sapienza: pensiamo alla potenza ed al valore dell'accompagnamento delle persone alla morte.

Di fronte alla *combinazione dei fattori* cruciali che abbiamo, non certo esaurientemente elencato ed agli interrogativi che emergono da una lettura dell'area critica, la reinterpretazione della dimensione dell'etica ci richiama alla responsabilità prima per tutti e particolarmente per gli operatori: la disponibilità di un servizio, che per l'ambito dell'area critica, significa un supporto decisivo nelle situazioni di criticità vitale.

Gli infermieri, da sempre, sono sostenitori della necessità di garantire un servizio per la salute che sia equo, solidale, unitario, adeguato alle necessità.

È ormai ampiamente dimostrato che un servizio pubblico con tali caratteristiche è il più efficace ed efficiente, al di là di tutte le sirene che possono incantare in altre direzioni.

Dobbiamo portare a superare il semplice parametro di misura universalmente adottato, quello economico, per valutare adeguatamente e nella sua pienezza il servizio per la salute.

Gli effetti ed i risultati di un sistema sanitario per una popolazione sono da ricercare certo nello stato di malattia, nella salute ma anche nella qualità globale della vita delle persone e delle comunità.

L'area critica, i servizi d'emergenza ed intensivi sono il tipico esempio della diffusione e della capillarità dell'applicazione del diritto alla salute, la ricerca di prevenire e curare i danni della malattia, che rappresentano il frutto di una maturazione e di scelte della società.

Ma oggi vi sono due ambiti fortemente problematici che ripropongono l'impellenza di un ripensamento per superare una visione settoriale e puramente economica dell'area critica:

1. l'impossibilità di continuare a finanziare a piè di lista una medicina che incrementa costantemente le proprie richieste;

2. l'indisponibilità dei cittadini ad accettare un servizio sanitario non attento alla persona, ma, quando va bene, concentrato solo sulla malattia.

In speciale modo per la medicina e per l'assistenza dell'area critica si tratta di una sfida:

1. l'area critica utilizza moltissime risorse, economiche ma anche umane e di conoscenza in rapporto al numero di malati che assiste: c'è la necessità di valutare attentamente se il loro uso è sempre *razionale*;

2. l'area critica, asserendo la priorità dell'urgenza e della necessità di ridurre il rischio, troppo spesso ancora non rispetta le persone e non condivide le proprie scelte con cittadini che si sentono invece, persone e comunità e vogliono che sia rispettata la loro *umanità*.

Insomma, da queste considerazioni deriva la questione cruciale della sostenibilità del sistema area critica.

1. È urgente trovare nuovi equilibri tra le immense risorse investite e una ridefinizione dell'area dei servizi da garantire perché essenziali per l'individuo e la società;

2. inoltre, i cittadini chiedono di passare da una medicina ed un'assistenza intensiva paternalistica ad una medicina ed un'assistenza rispettose e condivise.

Dobbiamo avere il coraggio di:

1. organizzare il nostro lavoro di professionisti con una rigorosa razionalità (EBN, efficacia/efficienza...) e

2. aprire il chiuso dei nostri ambienti intensivi per condividere con i cittadini scelte terapeutiche ed assistenziali, imparando a rispettare nella sostanza le esigenze di una vita dignitosa delle persone.

Il conflitto tra urgenza degli interventi e condivisione delle scelte è meno, molto meno importante di quanto noi operatori riteniamo. Ed i cittadini sono molto più disposti a condividere le decisioni e rispettare regole fondate sulla razionalità di quanto noi possiamo sospettare.

Solo con questa impostazione e ricollocazione della nostra funzione, l'idea infermieristica di area critica, che ha spinto fortemente l'integrazione come modalità che garantisce i migliori risultati, avrà ancora il suo valore.

Sostenibilità quindi, anche alla luce degli interrogativi ricordati, intesa come ragionevole possibilità di ottenere una cura ed un'assistenza accettabili per le persone, mediante un giusto equilibrio nell'impiego di risorse, competenze, modalità di interventi e relazioni a tutti i livelli, derivanti da una matura e condivisa consapevolezza della realtà storica.

E la qualità della vita delle persone che entrano nell'area critica è un fattore non opzionale da considerare e da garantire come determinante, a volte anche ai fini della sopravvivenza.

Sostenibilità dell'area critica significa anche fare un'operazione di onestà verso i cittadini e portare a conoscenza di tutti, i limiti ed i problemi etici determinati dalla medicina ed assistenza critica, esaminarli con oggettività e riuscire a decidere assieme sui dilemmi, interrompendo l'espropriazione della gestione della salute operata da una medicina rituale ed ancora troppo chiusa sui propri privilegi.

Altri passi

Ci siamo posti molti interrogativi, ma come infermieri abbiamo anche nel nostro DNA molte risposte e molte risorse. Si tratta di reinterpretarle in questo momento, certo molto delicato, ma anche carico di grandi opportunità per noi, di trasformare radicalmente la situazione dell'area critica, che vediamo palesemente in ritardo sulle necessità sia delle persone che delle organizzazioni.

Noi infermieri italiani abbiamo a disposizione molti strumenti, culturali e normativi, di esperienza e di capacità di essere vicini alle persone, di organizzazione interna alla professione, che altri paesi ci invidiano.

Questa nostra condizione traina anche un'ulteriore considerazione in me-

rito alla nostra specifica responsabilità derivante dalla inevitabile collocazione nel fenomeno della globalizzazione:

Così come la vecchia Europa deve misurarsi con i nuovi problemi facendo leva sulla propria capacità di innovazione, così anche le professioni dell'Europa devono essere innovative, non limitarsi a svolgere la propria attività, ma *esercitare sapientemente le proprie funzioni* in armonia con la nuova situazione complessiva.

Oggi l'area critica e chi vi opera con responsabilità deve percorrere, certo con fatica ma con coraggio, strade nuove al fine di indicare il *vero livello* della qualità dell'assistenza alle persone.

E l'esperienza deve poi essere diffusa affinché tutti possano fruirne e trarne vantaggio.

Questo significa essere e sentirsi parte nel contesto in cui si vive oggi.

La nuova dimensione dell'etica è quella che considera il mondo come contesto proprio.

Noi, infermieri di una nazione ricca, abbiamo conoscenze e risorse e dobbiamo impegnarci, anche per quei gruppi professionali che non ne hanno le possibilità, ad imparare a declinare assistenza intensiva e dignità delle persone, uso accurato delle risorse e rispetto dell'etica; e poi consentire agli altri di bruciare le tappe affinché il patrimonio di conoscenze e competenze accumulato diventi garanzia di vita per molti.

Vedremo allora se la vecchia Europa attraverso di noi dimostrerà di essere ancora saggia!

Obiettivi e linee di lavoro da percorrere.

Come applicare la sostenibilità ed evitare il rischio di perpetuare una struttura dispendiosa e non accettabile?

Come applicare i due concetti di razionalità e umanità su cui si fonda la sfida della sostenibilità?

– *Competenza tecnica e professionale*: indiscutibile. Strumenti e metodi di apprendimento oggi abbondano, solo che si voglia accedervi.

– *Progettare il processo* dell'assistenza intensiva per le persone degenti che sono sempre maggiormente consapevoli e progettare la *continuità* terapeutico-assistenziale con il resto dei servizi ospedalieri e territoriali e con le famiglie, che sempre più numerose assistono malati complessi anche se stabili a domicilio;

– Programmare situazioni assistenziali che garantiscano *qualità di vita* dei ricoverati e delle loro famiglie, affinché sia maggiormente accettabile perché in linea con le attuali esigenze relazionali comuni a tutti;

– *Rompere la segregazione* ancora imposta ai malati in assistenza intensiva, in nome di una protezione fasulla, che copre invece le insicurezze, a volte una volontà di dominanza e una certa libertà d'azione degli operatori sanitari;

– *Affrontare e condividere in reale integrazione* (operatori, tutti, malati – quando possibile – e parenti) *i dilemmi e le scelte etiche* che l'assistenza intensiva inevitabilmente pone;

– Impegno a costruire una *documentazione* dell'assistenza che consenta la *trasparenza* ed anche la *ricerca*. Perché la ricerca consente il miglioramento.

– *Creare e sostenere le strutture-soft*, le libere aggregazioni dei professionisti e di cittadini, che consentono e favoriscono il pensiero innovativo collegato all'esercizio delle libertà.

Conclusioni

Questa potrebbe essere una traccia orientativa per la sostenibilità dell'area critica per il prossimo futuro. L'ottica dell'integrazione che sottende l'idea di area critica si lega con tutte le indicazioni a cui abbiamo accennato.

È ormai fin troppo dimostrato che la cooperazione e l'integrazione ben più che la concorrenza, garantiscono i migliori risultati. Un servizio equo, solidale e unitario ne è la dimostrazione.

Rompere gli isolamenti delle persone, della società come dei professionisti, delle competenze e delle istituzioni è la chiave per affrontare con coraggio e lungimiranza le prospettive future.

Il che non significa che tutti fanno qualunque cosa, ma che ciascuno si impegna a fare al meglio quello per cui si è formato.

Gli infermieri sono da sempre portatori di questa visione.

È ora che traduciamo questa visione, finora quasi intima e sussurrata, in decisione assistenziale e in posizione professionale all'interno del sistema e della società.

È chiaro che da questo derivano anche dirette responsabilità. Ma sono quelle responsabilità che, comunque già abbiamo.

Forse, non le conosciamo ed omettiamo di agirle. Dobbiamo essere però consapevoli che, se non avremo noi la forza o l'intenzione di affermare queste cose, nessuno lo farà al posto nostro, per il semplice fatto che gli infermieri siamo noi.

Anzi, potrà verificarsi il rischio a cui si accennava: che l'*area critica* non sia più sostenibile come tale e si torni ad una cura ed un'assistenza più preoccupata dell'organo che della persona, più interessata all'economia che all'equità.

Ma gli infermieri dell'area critica non lo permetteranno.

L'Aniarti ha pensato l'area critica e combattuto per realizzarla. Questo rimane ancora l'impegno.

Bibliografia

- AMARTYA SEN. *Etica ed economia*, Laterza, 1988.
- AMARTYA SEN. *La democrazia degli altri*. Ed. Mondadori 2004.
- BERLINGUER G. *Etica e Bioetica* Est Editrice 1994.
- CAVICCHI I. *Sanità: un libro bianco per discutere*. Ed. Dedalo.
- DIRINDIN N., VINEIS P. *Elementi di economia sanitaria*, Il Mulino, 1999.
- DIRINDIN N., VINEIS P., *In buona salute. Dieci argomenti per difendere la sanità pubblica*, Einaudi, 2004
- GRACIA D. *Fondamenti di bioetica* Edizioni San Paolo, Torino 1993.
- HUTTON W. *Europa vs. USA. Perché la nostra economia è più efficiente e la nostra società più equa*. Fazi Ed. 23,50 €.
- ILLICH I., *La convivialità*. A. Mondadori Ed. Milano 1974.
- ILLICH I., *Nemesi medica: l'espropriazione della salute*. B. Mondadori Ed. 2004.
- IREF, *Manuale di economia sanitaria per non economisti*, Franco Angeli, 1995.
- JASPERS K. *Il medico nell'età della tecnica* Milano 1991 R. Cortina Ed. Minima.
- JONAS H. *Il diritto di morire* 1991 Editrice: Il melangolo.
- JONAS H. *Il principio responsabilità* Torino 1990 G. Einaudi Ed.
- JONAS H. *Tecnica, medicina, etica: prassi del principio responsabilità*. Torino 1997 Biblioteca Einaudi.
- MACIOCCO G., Dip. di Sanità Pubblica, Univ. di Firenze, articoli originali: «*Le diseguglianze nella salute all'interno di una nazione*», e «*La separazione tra committenti e produttori di servizi nei sistemi sanitari*».
- MARTINI, BOBBIO, FABRIS *Eutanasia da abbandono*. 1988 Rosenberg e Sellier.
- NATOLI S. *L'esperienza del dolore. Le forme del patire nella cultura occidentale*. Milano 1987 Feltrinelli Ed.
- RAWLS J. *Una teoria della giustizia*, Feltrinelli, 1982.
- VINEIS P., CARPI S. «*La salute non è una merce*», Bollati Boringhieri, 1994.

Area critica dopo vent'anni

- Revisione
- Riflessione
- Ricomposizione
- Nuovi sviluppi

1

Area critica: 1985-2005

- Strutture intensive
- Medici, infermieri ...
- Superamento delle specializzazioni
- Nuovi paradigmi
- Nuova sintesi concettuale

2

*Area Critica è
l'insieme delle strutture ad alta
intensità assistenziale e
l'insieme delle situazioni
caratterizzate dalla
criticità/instabilità vitale del malato e
dalla complessità dell'approccio e
dell'intervento assistenziale
medico/infermieristico.*

3

L'infermiere di area critica è un professionista capace di garantire ovunque, alla persona in situazione potenziale o reale di criticità vitale, un'assistenza (sanitaria) completa/globale anche attraverso l'utilizzo di strumenti e presidi a rilevante componente tecnologica ed informatica.

- Si impegna per:
 - mantenere un elevato livello di *competenza*;
 - il contenimento dei fattori di *rischio*;
 - la *qualità* delle prestazioni e dei servizi sanitari.

4

- * **Integrazione applicata**
- * **Innovazione culturale**

- **Oggi:**
 - che cosa aggiungere
 - fattori con cui confrontarci
 - ulteriore riflessione
 - altri passi

5

Che cosa è cambiato?

- Offerta e domanda inarrestabili
- Risultati di salute con differenziali modesti
- Frammentazione e diseguità del servizio
- Risorse a fronte di evidenza
- Richiesta di qualità e autodeterminazione
- Nuova dimensione ed etica e responsabilità

6

**Area critica oggi:
interrogativi impellenti**

- L'area critica è sempre razionale?
- Le risorse sono coerenti con i risultati?
- Quali conseguenze comporta?
- Quale rapporto tra evoluzione e rispetto?
- Necessario, giusto o possibile stabilire limiti?
- In un mondo globale, quali riflessi?
- Gli infermieri come si inseriscono?
- Quale contributo specifico di riflessione?
- Come colmare le lacune o inerzie culturali?

7

**La combinazione di fattori di novità
e di interrogativi**

- Reinterpretare la dimensione dell'etica
- Assumere responsabilità per le priorità
- Garantire un servizio per la salute

Due ambiti fortemente problematici:

8

**Due ambiti fortemente problematici
anche per l'area critica:**

- Impossibile sostenere una medicina che aumenta sempre le richieste;
- Cittadini indisponibili ad accettare un servizio sanitario non attento alla persona e concentrato solo sulla malattia.

9

La questione della sostenibilità del sistema area critica

- Trovare nuovi equilibri tra risorse e servizi garantiti;
- Passare ad una medicina ed un'assistenza intensiva rispettose e condivise.
- Rigorosa razionalità
- Apertura e condivisione

10

Altri passi

- Riconoscere le nostre molte risorse e risposte
- Ruolo nel mondo globalizzato
- Condivisione

11

Come applicare razionalità e umanità? Obiettivi e linee di lavoro per l'AC

- *Competenza tecnica e professionale*: indiscutibile.
- Progettare *processo e continuità* dell'assistenza intensiva.
- Programmare situazioni assistenziali per una *vita di qualità*.
- Rompere la *segregazione* ancora imposta.
- Affrontare *in integrazione* le scelte etiche.
- *Documentare*, per la *trasparenza* e la *ricerca*.
- Creare e sostenere le *strutture-soft*.

12

Conclusioni

- L'ottica dell'integrazione
- Rompere gli isolamenti è la chiave
- Tradurre la visione in decisione assistenziale
- Responsabilità che già abbiamo
- Se non noi, nessuno al posto nostro
- Il rischio: area critica non più sostenibile

13

**L'Aniarti
e gli infermieri dell'area critica
non lo permetteranno.**

Buon lavoro!

14

L'INFERMIERE «GENERALISTA», «ESPERTO», «AVANZATO», IN AREA CRITICA: COSA, COME, PERCHÉ

L. RASERO

Infermiera, Professore associato presso la facoltà di medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Firenze

Considerando che professionisti adeguatamente formati garantiscono risultati clinici migliori (1-2), si comprende quanto sia essenziale puntare sulla formazione infermieristica post base. La formazione post base non si propone solo come «progetto ambizioso di avanzamento culturale» ma mira ad aumentare le competenze cliniche degli infermieri. L'acquisizione di Master di primo livello ora, in futuro anche di secondo livello, per infermieri ha introdotto anche in Italia infermieri che hanno e avranno competenze diverse, che potremo definire generaliste, esperte ed avanzate (3). A ciascuno andranno affidati utenti con complessità assistenziali diverse nell'ambito di modelli organizzativi che permetteranno l'applicazione e l'integrazione della ricchezza di ognuno.

Gli infermieri apprendono molto dalla esperienza, ma molti studi hanno dimostrato che le conoscenze aumentano quando queste sono continuativamente messe alla prova e la pratica ne stimola lo sviluppo di nuove (4-5). Se riconosciamo la possibilità che all'interno di una realtà clinica possano collaborare infermieri che abbiano competenze diverse, dobbiamo riflettere su quali siano le reali differenze tra questi professionisti, e come l'infermiere acquisisca nuove conoscenze. L'infermiere possiede conoscenze pratiche e teoriche. Diversi anni fa alcuni filosofi ricercatori hanno osservato che esistono due tipi diversi di conoscenza (6-7): una conoscenza che è il nostro «sapere che» (Know that) il «sapere che» si acquisisce sui banchi della scuola, studiando, leggendo libri, criticando un articolo scientifico, partecipando ai congressi; e una conoscenza che è il nostro «sapere come» (Know how) che si acquisisce con la pratica, agendo quotidianamente con i pazienti e i loro problemi. Esistono alcune capacità che invece vengono acquisite senza il «know that», gli infermieri ad esempio compiono molte attività che vengono messe in atto senza basi teoriche.

Lo sviluppo della conoscenza, del sapere di una disciplina, soprattutto applicata come lo è la Scienza Infermieristica, consiste nell'ampliamento delle conoscenze pratiche, gli infermieri che lavorano in terapia intensiva ne sono l'esempio, ma non si può prescindere dalla necessità di aumentare le conoscenze teoriche. L'esperienza cresce anche grazie alla capacità che il professionista ha di rimodellamento quotidiano, infatti le nostre abilità di acquisizione di conoscenze si sviluppano nel tempo (8-9). Tutti gli infermieri nascono come infermieri generalisti ma vivendo la quotidianità assistenziale e apprendendo dall'esperienza diventeranno esperti e questo permette lo sviluppo di nuove

conoscenze (10-11). L'esperienza cresce con il tempo e si arricchisce con la formazione infermieristica. L'attuale percorso formativo per diventare infermieri e per proseguire gli studi, una volta conseguito il titolo che abilita all'esercizio professionale, si sviluppa secondo le disposizioni del decreto del Ministero dell'Università del 3 novembre 1999, n. 509.

Il percorso prevede più livelli: laurea in infermieristica (triennale) che ha l'obiettivo di assicurare allo studente un'adeguata padronanza di metodi e contenuti scientifici generali.

È il titolo che abilita all'esercizio professionale, ed è qui che si colloca l'infermiere *generalista*. L'infermiere generalista è un infermiere neo-laureato, che ha competenze garantite dal percorso formativo di base molte delle quali trasversali. Gli infermieri generalisti devono avere conoscenze cliniche che possano permettergli l'applicazione del problem solving in diverse situazioni cliniche, devono saper porsi quesiti sulla pratica, questo per favorire la crescita della ricerca, e devono essere capaci di applicarne i risultati, devono avere capacità di lavorare con altri professionisti. L'infermiere generalista ha una conoscenza «formale» (quadri clinici, segni-sintomi) non ha una capacità di agire immediata per risolvere il problema, ma deve riflettere, riporre l'attenzione a quanto precedentemente appreso; il percorso di problem solving è rigidamente rispettato, la sua conoscenza è però facilmente «trasmissibile» e non ha difficoltà di riportare le conoscenze. Ha però poca esperienza e procede per confronti (spesso pochi) visti fare o vissuti.

L'infermiere *esperto* ha acquisito conoscenze dopo alcuni anni di esperienza lavorativa e riflessione critica sulla propria pratica. Riconosce una modalità pro attiva di stare dentro l'organizzazione sanitaria che porta l'infermiere ad apprendere dall'esperienza, interrogandosi su quello che accade, su quello che vede, su come potrebbe fare meglio, a cercare nella teoria supporti alla pratica. In un percorso circolare di pratica, riflessione critica, teoria, riflessione critica, pratica che porta gli infermieri a diventare infermieri esperti. L'infermiere esperto lavora con intuito, ha una grande esperienza ed è capace di «sentire il paziente» prima che questo manifesti in modo conclamato un quadro clinico. Ha conoscenze tacite, vissute, le risposte assistenziali sono veloci e spesso efficaci. Ha difficoltà di scindere la pianificazione dalla erogazione dell'assistenza, è questo può essere un limite che lo porta a non pianificare la sua assistenza. Anche in situazioni molto caotiche riesce a tenere sotto controllo «il tutto».

Dopo la laurea triennale può essere acquisita la laurea Magistrale (2 anni) e, probabilmente nel prossimo anno accademico sarà possibile accedere al Dottorato di ricerca (3 anni). I Master si collocano tra laurea di base e magistrale (primo livello) ed è con il master che l'infermiere acquisisce competenze *avanzate*, aumenta il suo «sapere che», non solo in ambito clinico, ma anche manageriale-organizzativo, gestionale, di pianificazione, progettazione e valutazione dell'assistenza ha competenze nella ricerca. I Professionisti che acquisiscono il titolo di master sono gli infermieri avanzati. L'infermiere avanzato è in grado di realizzare un accertamento complessivo dei bisogni di salute, dimostrando un elevato livello di autonomia e abilità nella diagnosi e trattamento, il

suo ruolo funzionale si integra con quello di educatore, ricercatore, manager e deve avere abilità di leadership e consulenza. Deve dimostrare elevate capacità di pensiero critico, innovazione e creatività (5). Gli infermieri con competenze avanzate dovranno collocarsi in ambiti clinici e spendere la propria professionalità non solo nella clinica (50% del tempo) ma anche facendo consulenze, ricerche e favorendo la crescita professionale (12). Per permettere un corretto inserimento di queste figure in modo integrato nella clinica sarà necessaria però una differenziazione delle competenze nell'esercizio quotidiano. L'organizzazione dovrà essere rivista e dovranno essere negoziate nuove posizioni, ideati nuovi sistemi di valutazione delle competenze e nuovi sistemi di integrazione.

Bibliografia

1. NEEDLEMAN J., BUERHAUS P., MATTKE S., et al. *Nurse- Staffing- Levels and the quality of care in Hospital. N. Engl J. Med* 2002;346:1715-22.
2. AIKEN L.H., CLARKE S.P., CHEUNG R.B., *Educational levels of hospital nurses and surgical Patients. Jama* 2003;209:1617-23.
3. WALSON R., STIMPSON A., TOPPING A., *Critical Competence assessment in nursing: a systematic review of the literature. Journal of Advanced Nursing.* 2002;39(5):421-431.
4. BYRTON A.J., *Reflection: nursing's practice and education panacea? Journal of Advanced Nursing.* 200;31(5):1009-1017.
5. PAPLAU H., *Specialization in professional nursing, Clinical Nurse Specialist* 2003;17(1):3-9.
6. POLANYI M., *Personal Knowledge. Routledge & Kegan Paul.* London 1958.
7. KUHN T.S., *The structure of scientific revolutions.* University of Chicago. Chicago 1970.
8. BENNER P., *From novice to expert. Am . J. Nursing* 1982;82:402-407.
9. DREYFUS S.E., DREYFUS H.L., *A five stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition. Unpublished report supported by the Air Force Officer of Scientific Research.* University of California 1980.
10. WATSON R., SIMPSON A., TOPPING A., *A Critical competence assessment in nursing: a systematic review of the literature, Journal of Advanced Nursing* 2002;39:421-431.
11. BURTON A.J., *Reflection: Nursing's practice and education panacea? Journal of Advanced Nursing* 2000;31:1009-1017.
12. WALKER M., *How nursing service administration view clinical role specialists, Nurse management* 1986, 17:52-54.

Differenze tra conoscenza pratica e teorica

- Kuhn (1970) e Polanyi (1958) hanno osservato che esistono due tipi diversi di conoscenza:
 - «*sapere che*» (know that)
 - «*sapere come*» (know how)
 - Abbiamo molte capacità difficili da spiegare che vengono acquisite senza «*sapere che*».
- Lo sviluppo del sapere in una disciplina applicata consiste nell'ampliamento della conoscenza pratica.
 - Con la teoria
 - Con la registrazione del know how esistente

1

Acquisizione delle «abilità»

Nell'acquisizione dello sviluppo di una determinata abilità la persona passa attraverso vari livelli di competenza

DREYFUS SE, DREYFUS HL, *A five stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition. Office technology and People* 1980;1:133-55

2

Dottorato di ricerca



3

L'infermiere generalista



4

I livelli di competenza e pratica: L'infermiere generalista

- Neolaureato
- Posizione infermieristica iniziale
- Competenze garantite dal percorso formativo di base

5

La Formazione Accademica

*Prepara una testa «ben fatta»
e non «piena di cose»*

Morrin 1999

6

Le aspettative degli infermieri generalisti

- Essere capaci di analizzare le varie situazioni cliniche
- Porsi dei quesiti sulla pratica
- Ricercare nella letteratura
- Discutere casi clinici
- Lavorare con altri professionisti
- Riuscire a seguire lo sviluppo scientifico della disciplina

7

La conoscenza degli infermieri generalisti

Formale

Trasmissibile

Visibile

Poca esperienza, procede per confronti
«guardo il paziente, penso a quello che ho imparato»

8

L'infermiere esperto



9

La conoscenza degli infermieri esperti

- Intuito
- Conoscenze tacite
- Stratificate nel tempo
- Selettivi
- Maggiore attenzione a memoria
- Difficoltà a distinguere la pianificazione dall'erogazione dell'assistenza - Approccio pragmatico
- Riescono a tenere presente il tutto anche in situazioni «caotiche»

Conoscenza profonda che permette di «sentire il paziente» e di capire, sulla base di pochi elementi, la situazione clinica

10

I livelli di competenza e pratica: l'infermiere esperto

- Acquisita dopo alcuni anni di esperienza lavorativa e riflessione critica sulla propria pratica.
- Apprende dall'esperienza



PEPLAU H., *Specialization in professional nursing Clinical Nurse* 2003;17(1):3-9.

11

L'infermiere avanzato



12

I livelli di competenza e pratica: l'infermiere avanzato

- Si sviluppa attraverso la pratica clinica a cui si aggiunge una formazione accademica realizzata con un Master
approfondimenti clinico assistenziali, competenze di analisi dei problemi, pianificazione, progettazione, gestione, valutazione dell'assistenza e ricerca
- Assicura elevate competenze nella gestione dei problemi assistenziali

PEARSON A., PEELS S., *Advanced practice in nursing: International perspective, International Journal of Nursing Practice* 2002;8 S1-S2
SCOTT C., *Specialist practice: Advancing the profession?, Journal of advanced Nursing* 1998;28(39):554-562

13

L'INFERMIERE AVANZATO

educatore **ricercatore**
manager
leadership
innovazione
consulenza **pensiero critico**
creatività

14

LE ASPETTATIVE: L'INFERMIERE AVANZATO

GUIDA
miglioramento della pratica
conoscenza modalità avanzate di accertamento
contenuti aggiornati "evidenze" in campi limitati

15

Il «come» spenderanno il loro tempo

- | | |
|--|---|
| • Infermiere avanzato | • Infermiere generalista |
| 50% assistenza clinica | 80% assistenza clinica |
| 30% consulenze esterne e ricerca | 20% documentazione e sviluppo professionale |
| 10% consulenza interna - revisione tra pari - supporto al clinical manager | • Infermiere esperto |
| 10% documentazione e sviluppo professionale | 90% assistenza clinica |
| | 10% documentazione e sviluppo professionale |

MALONE B.L., *Working with a people. Evaluation of the clinical nurse specialist activities. American Journal of Nursing* 1986;86:1375-77

16

Governo Clinico

Obiettivi

- Collaborazione ed integrazione tra management e professionisti per migliorare la qualità delle prestazioni
- Favorire una cultura ed una pratica orientata alla qualità clinica.

17

Governo Clinico

I valori

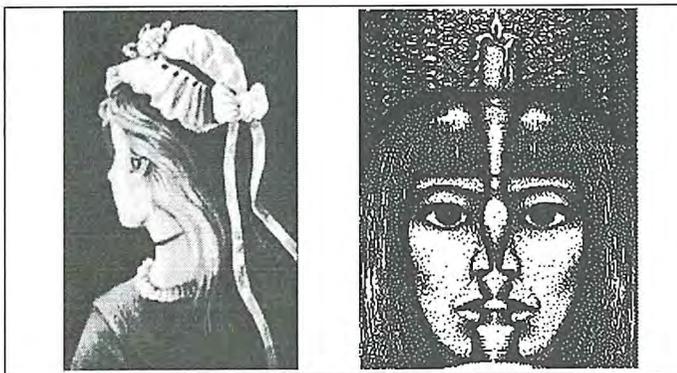
Qualità	<i>evidenze scientifiche</i>
Efficacia	<i>clinical pathways</i>
Appropriatezza	<i>risk management</i>
Efficienza tecnica	<i>audit clinico</i>
Partecipazione	<i>formazione e addestramento</i>
Condivisione	<i>openness</i>
Responsabilità diffusa	<i>sviluppo e ricerca</i>

18

Cosa promuove il cambiamento

- Formazione-informazione
- Partecipazione (bottom-up)
- Benefit per chi applica i profili-protocolli e per chi non lo fa?
- Pianificazione e sostegno organizzativo
- Introduzione del cambiamento con valutazione (partecipazione a ricerche?)
- Sufficiente il reparto o sostegno da parte della direzione generale e sanitaria?

19

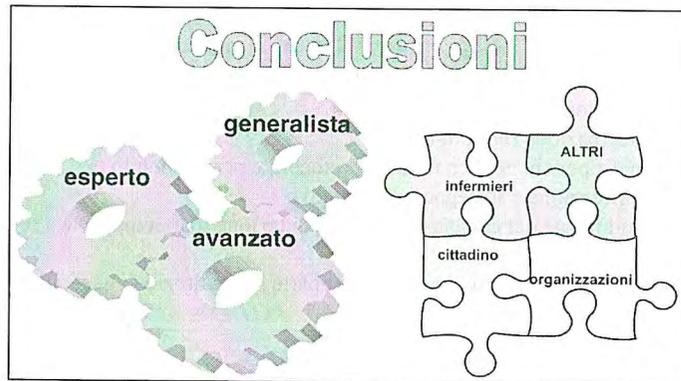


20

I cambiamenti: l'organizzazione

- Nuovi sistemi di valutazione
- Nuovi sistemi di integrazione (generalista-esperto-avanzato)
- Aprire nuovi confini verso altri sistemi professionali
- Capacità di negoziare nuove posizioni

21



I MASTER DI 1° E DI 2° LIVELLO, LA LAUREA MAGISTRALE E IL DOTTORATO DI RICERCA NELLE SCIENZE INFERMIERISTICHE: PER QUALE INFERMIERE, PER QUALE EVOLUZIONE PROFESSIONALE

E. DRIGO⁽¹⁾, L. SASSO⁽²⁾

⁽¹⁾ Udine, Infermiere Coordinatore - Presidente Aniarti

⁽²⁾ Genova, Infermiera DAI, Dirigente dell'U.O. Formazione e Aggiornamento Ospedale San Martino, Genova - Segretaria della Federazione Nazionale IPASVI

Questo intervento verterà su: «Il titolo di master di I e II livello, la laurea magistrale, il tutorato di ricerca e la scienza infermieristica. Per quali infermieri e per quale evoluzione professionale.»

Parliamo di formazione avanzata degli infermieri. Quello che gli infermieri hanno ottenuto in questo periodo.

Parlare di formazione significa prendere necessariamente in considerazione gli scenari che vedono una evoluzione normativa che riguarda gli infermieri, il contesto professionale che si modifica nel tempo e che si è modificato rispetto al passato.

Significa considerare una formazione che deve necessariamente essere generativa di competenze nuove, poiché le esigenze continuano a cambiare, continuano ad evolvere.

I professionisti sono chiamati a dare le risposte migliori a queste esigenze. Una formazione relativa a professionisti deve essere di approfondimento significativo rispetto alla realtà e che comporti necessariamente dei cambiamenti.

Qual è stato il percorso normativo che riguarda sia l'esercizio professionale che la trasformazione che ha avuto la formazione degli infermieri nel nostro paese?

In questo ambito è comparsa tutta una serie di norme alle quali gli infermieri fanno riferimento.

Sono andate di pari passo le trasformazioni ed i cambiamenti delle norme che riguardano l'esercizio professionale, con quelle che riguardano la formazione.

Il decreto ministeriale 739/94 con la definizione, la determinazione dei profili è stato forse l'elemento illuminante di tutto quello che è arrivato in seguito.

Le normative hanno condotto all'autonomia professionale ed hanno istituito l'accesso degli infermieri all'università, nei suoi vari gradi.

Il codice deontologico, che la professione infermieristica ha riformulato rispetto al passato (in una maniera tra l'altro innovativa anche rispetto ad altre professioni), è mutato e per questo siamo anche invidiati.

Credo che questo sia stato un elemento di fondamentale importanza perchè

anche il codice deontologico oltre che sulla propria formazione e sulla competenza riconosciuta è uno degli elementi su cui l'infermiere viene valutato e chiamato a rispondere della sua professionalità.

Sono stati istituiti i diplomi universitari ed è stato istituito il tutorato.

L'infermiere non fa esclusivamente percorsi di studi, ma è un professionista che si forma affiancato ad altri professionisti esperti e con competenze avanzate.

Con la ratifica universitaria, la formazione è divenuta un percorso per il conseguimento del diploma di infermiere.

Vi furono introdotti due aspetti e due livelli: 1 aspetto formativo d'aula e 1 aspetto di apprendimento sul campo, che è estremamente importante per la nostra professione.

Il decreto ministeriale 509/99 è il regolamento che reca norme concernenti l'autonomia della didattica degli atenei e che ha fatto partire la laurea, i master di I e di II livello, la laurea specialistica e il dottorato di ricerca.

È il massimo percorso possibile per gli infermieri italiani.

Si parte dalla laurea per accedere ai master di I livello. Nella diapositiva è possibile vedere anche i crediti formativi universitari che devono essere acquisiti per ottenere la laurea di 3 anni e ottenere il master di 1° livello e poi a partire dalla laurea specialistica di 2 anni con crediti formativi e ancora il master di 2° livello con i crediti indicati.

Infine l'ultimo tassello che mancava e che è possibile attivare da questo momento in poi anche il dottorato di ricerca: 3 anni con 180 crediti formativi.

Questo è il percorso più elevato che gli infermieri potessero immaginare ed ottenere non solo in Italia ma anche in Europa ed è bene esserne consapevoli.

Altri documenti: la determinazione della classe delle lauree universitarie e delle professioni sanitarie; gli infermieri hanno fatto il loro percorso nell'ambito delle professioni sanitarie. Gli infermieri laureati sono operatori sanitari a cui competono le attribuzioni previste dal DM 739/94.

Questo decreto ha indicato la strada a tutte le altre normative che sono seguite.

Si faceva riferimento al codice deontologico: ha un riferimento importante anche la formazione.

L'aggiornamento delle competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica e l'esperienza e la ricerca, sono elementi fondamentali per la professione infermieristica.

A seconda del livello di competenza raggiunto, l'infermiere presta consulenza, richiede formazione e/o supervisione.

L'infermiere non si sente un elemento isolato all'interno del sistema ma deve fare riferimento ad altri. Gli aspetti della consulenza già accennati da Rasero, sono stati estremamente importanti, ma anche l'aspetto delle richieste della formazione e consulenza di altri è molto importante.

L'infermiere è un professionista responsabile; e responsabile significa anche ricorrere ad altri quando non si è in grado di risolvere un problema.

La legge 1 del gennaio 2002 porta disposizioni urgenti in materia di personale sanitario e dell'accesso ai corsi di laurea specialistica, ai master e agli altri

corsi di formazione post base col decreto 311/99 n. 509, attivabili dalle università e anche i successivi passi per la professione infermieristica.

Esaminiamo brevemente i problemi prioritari di salute e la sfida delle malattie croniche che sono elementi di fondamentale importanza e che sostengono anche la necessità di una formazione esperta ed avanzata per la professione infermieristica.

Vediamo come le malattie cardiovascolari siano e abbiano una grandissima rilevanza nella nostra società, le malattie infettive, i tumori, gli incidenti, le patologie respiratorie, le patologie cronico degenerative, le infezioni al loro interno, il diabete, le patologie psichiatriche, ecc.

Vediamo come tutti questi contesti e queste evoluzioni anche della epidemiologia influiscano sull'essere della nostra società e come tutto ciò richieda necessariamente competenze che possono essere acquisite solo con una formazione strutturata e avanzata.

La modificazione della domanda di salute è l'altro e parallelo elemento che spinge in questa direzione.

Vi è maggiore attenzione del cittadino rispetto a ciò che riguarda la propria salute. Pertanto è più attento e maggiormente consapevole di quello che sono i propri diritti e oltre a tutto c'è la necessità del suo coinvolgimento nel processo di assistenza e delle figure di riferimento.

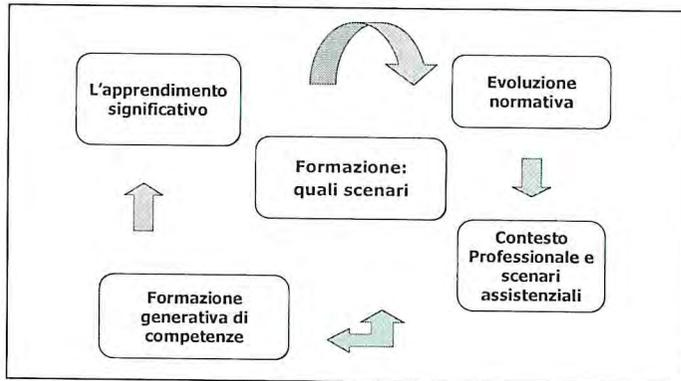
Questo rappresenta un elemento di significativa novità all'interno di un sistema sanitario come quello italiano, che direi abbastanza chiuso rispetto ad altre esperienze che ci sarebbero vicine. Ma abbastanza chiuso in un sistema che si pensa autonomo in cui il medico e l'infermiere sono gli unici attori della risoluzione dei problemi della persona.

Ebbene la maggiore attenzione delle persone, la maggiore consapevolezza della propria dignità, obbligano fortunatamente il sistema a coinvolgere i cittadini e le persone di riferimento del cittadino malato, alla soluzione del problema di salute e anche perché questo traina di conseguenza una maggiore responsabilizzazione della persona rispetto al problema della salute.

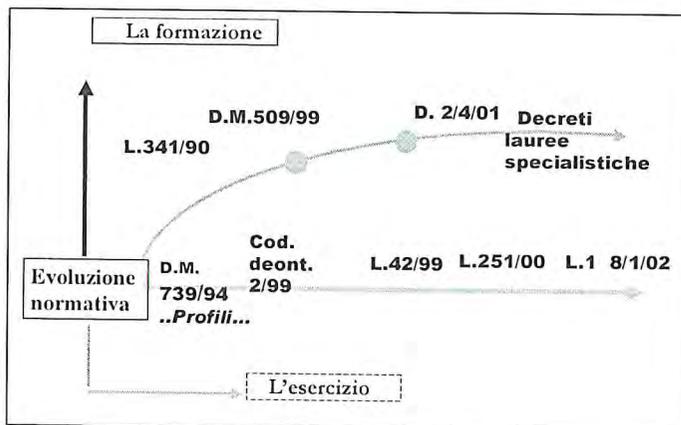
Molto frequentemente ci troviamo a riflettere come troppo pochi si preoccupino dei reali problemi di salute del nostro paese, di cosa questi implicino, ecc.

Il fatto di coinvolgere le persone nella soluzione dei problemi sicuramente porterà a vantaggi nella conoscenza più approfondita del sistema stesso e di conseguenza nella consapevolezza e determinazione relativamente alle decisioni che devono essere prese anche a livello politico per quanto riguarda il sistema sanitario al fine di riuscire a sostenere un sistema sanitario nazionale che garantisca la salute dei cittadini.

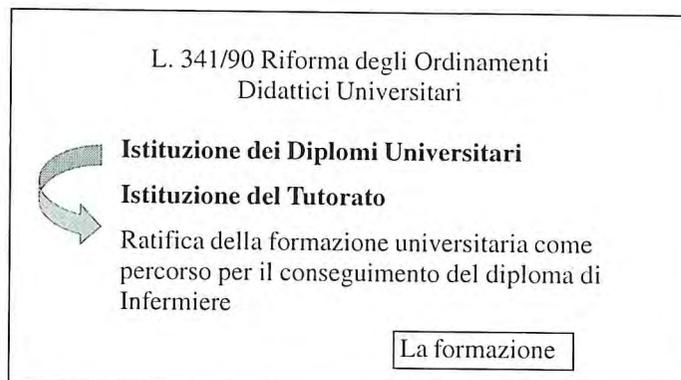
Questo è un passaggio fondamentale che gli infermieri ritengono prioritario e rispetto al quale devono imparare ad attrezzarsi quanto a competenze e capacità di comunicazione.



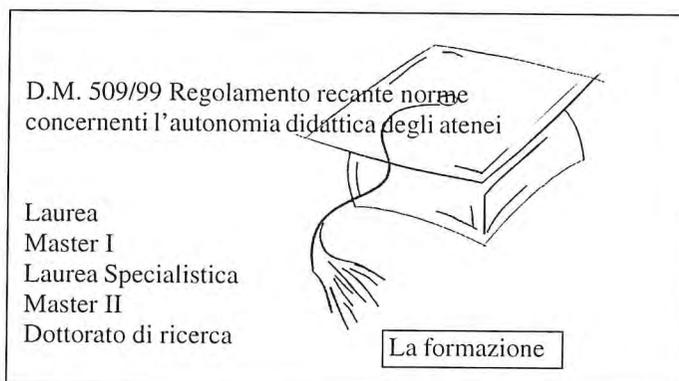
1



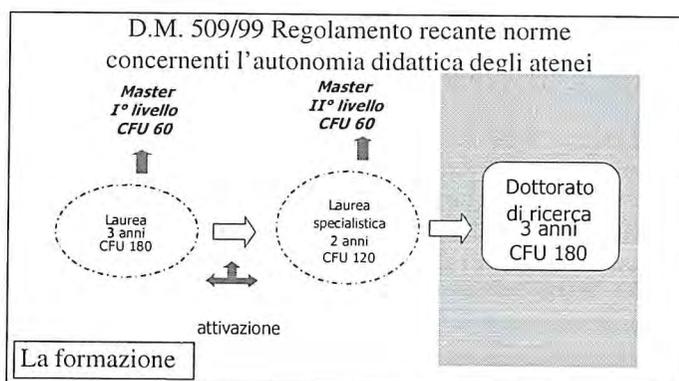
2



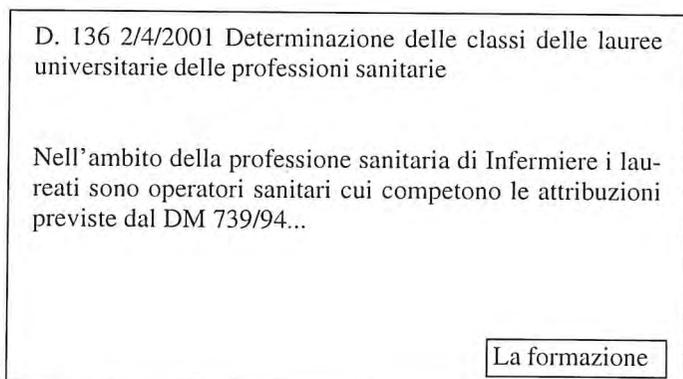
3



4



5



6

Codice Deontologico
Art. 3

Aggiornamento delle competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca.

A seconda del livello di competenza raggiunto, l'infermiere presta consulenza, richiede formazione e/o supervisione ...

7

Legge 1 8/1/2002
Disposizioni urgenti in materia di personale sanitario

I diplomi conseguiti in base alla normativa precedente, degli appartenenti alle professioni sanitarie di cui alle leggi 26/2/99 n. 42, 10/8/00 n. 251, e i diplomi di assistente sociale sono validi ai fini dell'accesso ai corsi di laurea specialistica, ai master e agli altri corsi di formazione post-base di cui al D. 3/11/99 n. 509 attivati dalle università.

L'esercizio

8

Contesto Professionale e scenari assistenziali

**I problemi prioritari di salute ...
la sfida delle malattie croniche ...**

- Malattie cardiovascolari
(coronaropatie e cerebrovasculopatie)
- ✓ Malattie infettive (HIV...)
 - ✓ Tumori (trachea bronchi, colon retto, stomaco, mammella)
 - ✓ Incidenti (stradali, domestici)
 - ✓ Patologie respiratorie (infezioni e patologie croniche ostruttive)
 - ✓ Diabete (turbe dismetaboliche)
 - ✓ Patologie psichiatriche

9

Contesto Professionale e scenari assistenziali

Modificazione della domanda di salute

Maggior attenzione del cittadino rispetto a ciò che riguarda la propria salute

Maggior consapevolezza del cittadino rispetto ai propri diritti

Necessità del coinvolgimento nel processo di assistenza della persona interessata e delle figure di riferimento

10

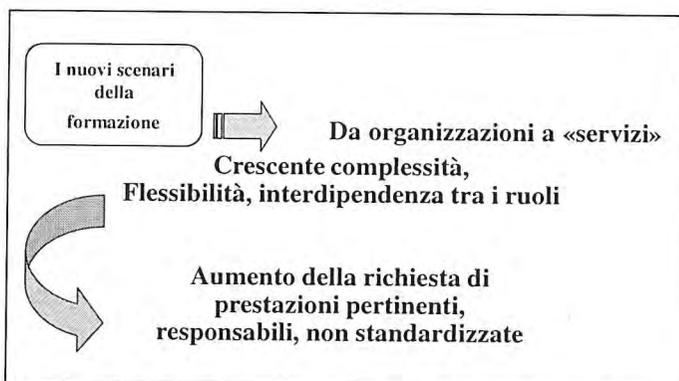
Contesto Professionale

Nuovi scenari assistenziali

Una sfida per gli infermieri che sono chiamati a sviluppare funzioni e settori scarsamente esplorati:

**assistenza domiciliare
educazione terapeutica
relazione e counselling
ricerca**

11



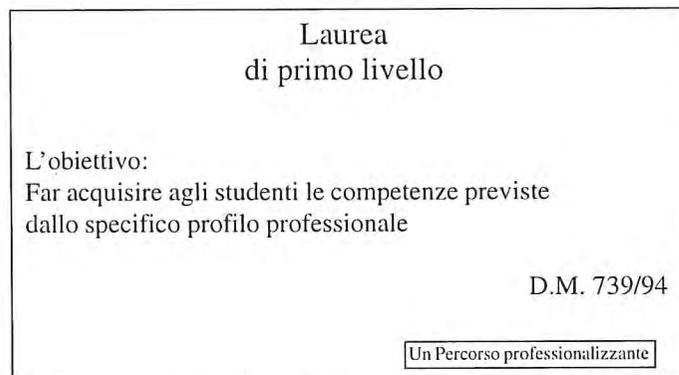
12



13



14



15

Master primo livello

Gli obiettivi:

Far approfondire competenze professionali in specifici settori dell'assistenza in cui è necessario gestire strategie assistenziali infermieristiche globali, continue, tempestive, intensive e di elevata qualità

Un Percorso professionalizzante

16

Caratteristiche del master

Un Percorso professionalizzante

60 crediti formativi
1500 ore articolate in moduli

**È un percorso formativo
post-laurea altamente specialistico
e professionalizzante**

17

Gli obiettivi
del master

Un Percorso professionalizzante

**Garantire una
competenza professionale avanzata
in risposta ai problemi
di salute dei cittadini**

18

Il tirocinio:

- *Collegato* ai corsi integrati teorici
- *Personalizzato* attraverso i «contratti di apprendimento» individuali
- *Pianificato* sulla base di una «offerta formativa» che responsabilizzi le sedi ed i tutor

19

Aree di attivazione

Management infermieristico per le funzioni di coordinamento

Infermieristica in sanità pubblica

Infermieristica in area pediatrica

Infermieristica in area critica

Infermieristica in area geriatrica

Infermieristica in area psichiatrica

20

Laurea specialistica

«Gli infermieri laureati specialisti ... (omissis) possiedono una formazione professionale avanzata per intervenire con elevate competenze nei processi assistenziali, gestionali, formativi e di ricerca...»

Un Percorso professionalizzante

21

**L'infermiere formato
con Laurea specialistica**

È un professionista che esercitando competenze avanzate, è in grado di identificare, progettare, negoziare e realizzare in una logica multiprofessionale soluzioni a problemi non risolti.

IL CONCETTO DI COMPLESSITÀ NELL'ORGANIZZAZIONE, NELL'ASSISTENZA, NELL'INTENSITÀ DI CURE: UNA DIVERSA LETTURA DEL MODO DI «STARE» IN SANITÀ

S. SCALORBI⁽¹⁾, M. MARSEGLIA⁽²⁾

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

⁽²⁾ Infermiere AFD, Coordinatore Anestesia e Rianimazione Cardiocirurgica Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna - Policlinico S. Orsola-Malpighi - Componente del Comitato Direttivo Aniarti

Per sviluppare questo tema la scelta è partire dalla riflessione su alcuni termini chiave contenuti nel titolo, rappresentati da «complessità» e «diversa lettura del modo di stare in sanità».

Ci si soffermerà quindi su quegli aspetti che si ritiene contribuiscano a rendere «complesso» il nostro essere infermieri nelle odierne organizzazioni sanitarie, con particolare riferimento all'ambito di cui l'Aniarti si fa portavoce, cioè l'area critica.

Nel fare questo si intende dare risalto agli aspetti di «diversità», nel suo significato di « essere volti o procedere in un' altra direzione», intesa quindi come discontinuità rispetto all'oggi e al passato riferita agli atteggiamenti, alle conoscenze, ai comportamenti che ci possono consentire di stare là dove la complessità esiste.

La parola stare, in questo caso, non significa solo essere collocati, ma essere consapevolmente protagonisti dei processi che si realizzano nelle organizzazioni, esprimere competenza in un ambito di professionalità ben definito e distinto da tutti gli altri, in modo tale che la propria specificità sia riconosciuta sia dai vari professionisti che dagli utenti.

Stare significa essere valore aggiunto, essere visibili, «durare» nel tempo, consistere, cioè avere il proprio fondamento in qualcosa ed essere costituiti da qualcosa: i valori propri della professione, la sua storia interna ed esterna, i contenuti disciplinari infermieristici e quelli mutuati da altre discipline e declinati in un agire professionale integrato nell'organizzazione.

Uno dei punti critici su cui il convegno porta ad interrogarsi è «Gli infermieri non sono: fanno.» L'intento è di aiutare la riflessione in tal senso.

Ripartiamo quindi dal concetto di complessità.

Complesso può essere definito «ciò che risulta dall'unione di varie parti o di diversi elementi, che si manifesta sotto molteplici e contrastanti aspetti, difficile da comprendere».

Il campo materiale e l'oggetto di studio dell'infermieristica è l'essere umano, complesso in quanto tale.

Le varie discipline che fanno parte del nostro patrimonio culturale profes-

sionale si sono occupate di ciò che è complesso, ma si intende partire da qualcosa che è proprio dell'infermieristica ed usarlo come guida per tutto l'intervento.

Osservando quindi il modello per la lettura della complessità assistenziale, aderente al valore della centralità della persona nell'assistenza infermieristica, abbiamo più volte osservato come l'asse salute/malattia richieda elevata capacità di integrazione, soprattutto con il personale medico anche se più in generale è fondamentale l'integrazione socio-sanitaria.

Se integrazione, seguendo la definizione qui proposta, è «virtualizzazione del rapporto fra uguaglianze e differenze, equilibrio fra bisogni individuali e del gruppo...» e se è vero che ciascuno porta nel gruppo il proprio esclusivo contributo, allora affinché si abbia sviluppo, cioè crescita del sistema di competenze sia individuale che del gruppo, apprendimento e trasformazione, l'integrazione deve andare di pari passo con la differenziazione. Questo significa per noi infermieri non abdicare a modelli e linguaggi non propri, bensì rendere disponibili il nostro patrimonio e la nostra ricchezza culturale per raggiungere un risultato che è diverso dalla somma di quelli raggiunti dall'agire delle singole professionalità.

In caso contrario più che di integrazione si tratterebbe di colonizzazione, subita, ovviamente, dagli infermieri, che crea confusione nell'utente e all'interno dell'organizzazione nell'individuazione delle responsabilità.

È necessario vigilare attentamente, anche nell'ambito della formazione, affinché nessuno si appropri di quanto è nostro.

Per potersi integrare è necessario essere in primo luogo consapevoli rispetto al «profilo di competenze professionali posseduto».

Su questo aspetto ci si soffermerà più avanti, ma voglio solo sottolineare quanto la nostra consapevolezza debba essere forte rispetto a chi siamo ed a quale esclusivo servizio offriamo, anche a fronte della nascita di «nuove professioni», che a volte possono sembrarci quasi l'ampliamento e lo sviluppo di funzioni un tempo proprie dell'infermiere.

Quando ci saremo spogliati di tutto il superfluo, dovrà rimanere qualcosa che nessun'altro sa e può fare, e rispetto a quello dovremo essere forti e inattaccabili dal punto di vista culturale, tecnico e relazionale.

La società odierna può dirsi complessa per una serie di ragioni, tra le quali quella di risultare costituita da una «rete» di organizzazioni.

A loro volta le organizzazioni sanitarie rappresentano sistemi organizzativi complessi, anche in ragione della loro origine a partire da una serie eterogenea di strutture ed enti.

All'integrazione fra professionisti non può allora non accompagnarsi l'integrazione fra i Servizi, nei dipartimenti, e ancora fra ospedale e territorio, al fine di garantire la continuità delle cure e dell'assistenza tanto più necessaria tanto più le tecnologie e le cure intensive consentono la sopravvivenza delle persone ma non sempre la guarigione o l'autosufficienza.

Dobbiamo ricordare che la persona assistita appartiene alla propria famiglia, al proprio contesto sociale, in cui noi infermieri, dobbiamo aiutarla a ri-

tornare utilizzando tutti gli strumenti che abbiamo a disposizione (ad esempio i fogli di dimissione infermieristica e la consulenza che può essere prestata da infermieri esperti anche a domicilio)

Il fatto che la persona abbia superato la fase critica, quando residuano importanti bisogni sanitari e sociali, esprime che l'obiettivo dell'équipe assistenziale è stato raggiunto solo parzialmente ed è perciò necessario proseguire secondo la logica della continuità socio-assistenziale.

L'altro elemento che richiama l'asse salute/malattia è l'applicazione di tecnologie complesse per il sostegno delle funzioni vitali.

Sicuramente questo è un aspetto di complessità dell'assistenza intensiva; ma esiste il pericolo che gli strumenti si trasformino da mezzi a fini, «all'agire...», subentra il fare come mera produzione di risultati che procedono dalla corretta esecuzione di operazioni tecniche» (P. Androni 2005), che è un altro modo di dire «gli infermieri non sono, fanno».

Le cure intensive, molto onerose sul piano economico e psicologico, possono avere (es. anziani, terminali) un effetto scarso sul prolungamento della vita ed un effetto addirittura negativo sulla qualità di vita.

La sanità rischia di seguire l'andamento generale legato al rapporto produzione/consumo.

Non si produce per rispondere ad un bisogno, ma si deve consumare tutto ciò che è possibile produrre (con la tecnica si deve fare tutto ciò che si può fare) ed i cittadini sono consapevoli dello sviluppo tecnologico ma non sempre dei suoi limiti.

Credo che pian piano dovremo imparare a svolgere una funzione regolatrice in tal senso, sia nei confronti degli utenti che degli altri professionisti, anche medici.

Un breve accenno all'argomento spesa sanitaria: dobbiamo ricordare che ognuno di noi, ogni giorno, consuma un'elevata quantità di risorse, per realizzare interventi prescritti dagli infermieri stessi o da altri professionisti.

Oltre a «quanto» spendiamo per queste risorse, chiediamoci «come» le spendiamo, «per che cosa», e quanto noi infermieri siamo coinvolti nelle decisioni che riguardano questi aspetti, nelle scelte e nella gestione delle risorse che vengono messe in campo per tutelare la salute dei cittadini.

Pensiamo anche a come impieghiamo il nostro tempo/lavoro, risorsa preziosa che va dedicata a quanto di esclusiva pertinenza infermieristica, allo scopo di non lasciare un bisogno insoddisfatto come affermava già V. Henderson.

L'asse comprensione/scelta richiama l'elevata competenza relazionale ed educativa che l'infermiere esprime sia nei confronti della persona che della famiglia, ed anche la dimensione etica dell'infermiere, che, in situazioni quali quella critica, assume su di sé le scelte della persona e realizza l'assistenza facendosi garante dei valori e dei desideri della stessa.

Per quanto la tecnica sia indispensabile, essa non può sostituire l'uomo nel prendersi cura, nella relazione.

Prendiamo in esame ora altri elementi di complessità.

L'asimmetria informativa che caratterizza il mercato sanitario dovrebbe

essere compensata dal rapporto di fiducia che si instaura con il professionista, es. l'infermiere, ma anche quest'ultimo, inevitabilmente, non possiede tutte le informazioni per agire tenendo conto esclusivamente dell'interesse del proprio assistito.

A volte la mancata erogazione di alcune prestazioni da parte del Servizio Sanitario Nazionale può essere interpretata dagli utenti come necessità di risparmiare risorse e non di utilizzare le stesse secondo criteri di efficacia ed appropriatezza.

Altro aspetto riguarda il ruolo della comunità, formata dai singoli e dalle famiglie, nel mantenimento della salute. L'infermieristica deve sapersi porre come partner delle famiglie e delle comunità per aumentare la loro abilità di gestire e mantenere la salute; ciò si ricollega al concetto di promozione della salute.

Il prolungamento della durata della vita non dipende affatto solo dal risultato degli interventi sanitari, anzi, la salute si conquista e si mantiene in un ambiente idoneo, attraverso comportamenti sani.

Va mantenuta alta l'attenzione sulla prevenzione e sulla possibilità che ognuno possa controllare i determinanti della salute.

Inoltre va garantita l'assistenza di lungo periodo per cronici e non autosufficienti, la cui domanda sarà sempre maggiore in futuro.

Attraverso la promozione della salute i cittadini godono di uguali diritti ma si devono assumere una responsabilità diretta nei confronti del loro benessere, per aumentarlo.

Per questo è necessario sviluppare le proprie abilità di negoziazione, non solo nel gruppo di lavoro, quindi, ma anche con la persona, in una situazione di partnership e non di subordinazione o paternalismo correlato al potere dato dalle conoscenze.

Questi concetti richiamano quello di responsabilità sociale (accountability), ricoperto dalle aziende sanitarie in base al loro fine ultimo, il cosiddetto core business, cioè la tutela della salute (come interesse sia individuale che collettivo).

Da un lato le organizzazioni sanitarie sono responsabili delle modalità con cui impiegano le risorse pubbliche e dei risultati che raggiungono; dall'altro, i cittadini sono sempre più consapevoli rispetto al tipo di servizi che il SSN deve erogare, alla loro qualità ed all'utilizzo delle risorse a tal scopo, soprattutto in relazione al sistema del federalismo fiscale (Vagnoni, 2004).

Due dovrebbero essere, quindi, le leve di fondo che guidano il comportamento organizzativo degli operatori sanitari: la responsabilità dei singoli nei confronti dei risultati ottenuti rispetto agli obiettivi definiti e l'accountability, cioè la responsabilità degli stessi nei confronti della collettività e degli stakeholders (coloro che sono portatori di interessi nei confronti dell'azienda) sull'utilizzo delle risorse e sui risultati conseguiti.

Non si intende un processo formale (formal accountability) ma un coinvolgimento profondo della responsabilità degli operatori ed è evidente il legame con quanto affermato a partire dall'asse salute/malattia.

Le aziende sanitarie sono perciò tenute a rendere conto dei risultati otte-

nuti e dei criteri in base ai quali vengono operate le scelte sulla base delle priorità, ma questo vale anche per i professionisti e quindi anche per gli infermieri.

Per concludere questa seconda parte, il concetto di responsabilità sociale si ricollega a quello di equità.

Il concetto di equità o giustizia distributiva non è definito in modo univoco, lo dimostra il fatto che esistono diverse teorie che mirano a descriverlo e spiegarlo.

Alcune teorie, ad esempio, si concentrano sul reddito o sulla distribuzione delle risorse materiali.

Secondo Sen l'obiettivo di una società giusta dovrebbe essere l'uguaglianza delle capacità dei suoi membri, intese come l'insieme di azioni e condizioni che una persona ritiene importanti per la propria vita, es. essere in buona salute, sapere leggere e scrivere, ecc. tra le quali deve poter scegliere, anche se la responsabilità individuale ha un ruolo forte nell'effettiva realizzazione delle stesse.

Chi ha problemi di salute vede ridotto l'insieme di tali capacità, lo stato di salute rappresenta perciò uno degli elementi di valutazione multidimensionale dell'equità secondo questo modello.

Una società equa non dovrebbe quindi concentrarsi sulla distribuzione delle risorse ma sul fatto che quelle risorse permettano ad ognuno di fare o essere in un certo modo.

Soprattutto rispetto all'asse autonomia/dipendenza, ma in realtà anche rispetto agli altri, si mette in luce l'esclusiva competenza infermieristica nell'effettuazione del processo diagnostico infermieristico, nella pianificazione dell'assistenza, nella sua attuazione diretta o demandata, nella supervisione di quanto da altri effettuato, nella valutazione del raggiungimento degli obiettivi assistenziali e del processo.

Gli elementi di complessità relativi a questi aspetti sono molteplici, ad es. spesso non siamo in grado di attribuire un nome, che abbia significato univoco per tutti noi infermieri, ai problemi assistenziali che trattiamo.

Se non ci impegniamo per fare questo, allora sarà sempre difficile spiegare perché noi siamo indispensabili, perché facciamo determinate cose e a quale scopo.

Se poi adottiamo modelli che non sono nostri, la confusione e la dipendenza aumentano anziché diminuire. Non siamo più ausiliari, siamo autonomi, ma nel fare che cosa?

E nel farlo come? La mancanza di uniformità nell'erogazione delle prestazioni può essere una ricchezza, ma ciascuno dovrebbe effettuare interventi di provata efficacia, secondo le modalità che si sono dimostrate più appropriate e sicure.

È importante valutare la pratica clinica assistenziale; diversità nelle pratiche assistenziali possono infatti portare ad esiti diversi.

Va riconosciuta l'importanza dell'efficacia clinica, della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate ai cittadini; a volte le prestazioni sono addirittura inutili, anche nel campo assistenziale, pensiamo a tutte quelle che si erogano di routine a tutti i soggetti, anche in assenza dell'identificazione di un bisogno o forse proprio a causa di ciò.

È evidente allora l'importanza della ricerca infermieristica purché possa essere libera dai condizionamenti che attanagliano altri ambiti.

Inoltre i cambiamenti imposti dalla finanza pubblica possono trasformarsi in occasioni per orientarsi verso trattamenti più efficaci e di qualità.

Va però riconosciuto come sia difficile valutare l'efficacia degli interventi infermieristici quando gli indicatori sono qualitativi e quando è forte la ricaduta della componente relazionale, comunicativa ed educativa, soprattutto nel lungo periodo.

La difesa dell'ambito di esclusività si deve necessariamente accompagnare alla cessione di quelle attività non proprie, sia per utilizzare al meglio la risorsa umana infermieristica, sia per aiutare tutta la professione a rendere più netti i confini fra noi e gli altri, noi che veniamo confusi con gli operatori di supporto, i volontari, le aiutanti familiari - badanti, ecc.

Rispetto alla risorsa infermieristica, E. Vagnoni afferma in un recentissimo testo: «Dall'analisi dei costi per assistenza ospedaliera emerge che il 51,8% (dati riferiti al 2002) è da considerarsi costi del personale. Tra questi, il 45,1% è da ascrivere al personale infermieristico e il 46,2% al personale medico. La componente di costo riferita al personale infermieristico è molto consistente seppure scarsa sia l'attenzione dedicata ai processi di impiego e ai modelli di misurazione dei risultati di tale risorsa».

Usare bene la risorsa infermieristica significa allora andare oltre la logica dell'infermiere unico – apparentemente semplice – che ancora ci blocca, rispettare le competenze specifiche dei colleghi, utilizzare e valorizzare la funzione di consulenza in ambito infermieristico-logica apparentemente complessa.

L'infermiere di area critica, come si è detto, è un consulente prezioso, ed al suo interno troviamo tipi di competenze diverse (dialisi, analgesia, ecc.).

Oggi anche la formazione infatti è finalmente più articolata e consente uno sviluppo di competenze sia a livello orizzontale che verticale (master, laurea specialistica, ecc.).

Possono essere delineate due conclusioni, la prima di tipo più manageriale e l'altra di natura più propriamente assistenziale.

Un'organizzazione che non cambia è destinata a morire.

Poiché un'azienda è sempre e fondamentalmente il derivato di interazioni fra persone, l'obiettivo è rendere le persone capaci di «performare congiuntamente», far sì che le loro forze siano efficaci e le loro debolezze irrilevanti.

Non si possono però svolgere le proprie funzioni senza potere ed autonomia decisionale sufficiente (U. Montaguti, 2005).

Le organizzazioni traggono quindi vantaggio dall'aver professionisti autonomi e «potenti»; tutti devono sapere di essere «padroni» del loro lavoro; a volte però qualcuno preferisce pensare che la responsabilità è di altri, e non vedere che le proprie attività portano comunque ad un risultato, e non sono semplicemente delle azioni fini a se stesse.

L'indifferenza, la mancanza di coinvolgimento, le lacune di competenze rappresentano barriere all'eccellenza.

Gli aspetti che abbiamo esaminato possono apparire complessi, però «non

sono le cose in sé ad essere semplici o complesse. Sono chi le osserva ed il suo sistema di interpretazione a redigerle come tali. La complessità mette, positivamente, l'uomo in rapporto con sé stesso, con la sua finitezza in un approccio di continua investigazione, nel gioco continuo fra chiarezza ed oscurità, fra certezza ed incertezza». (P. Androni, 2005)

Cosa ci può aiutare? Ci può aiutare mettere davvero al centro la persona assistita, sforzandoci di soddisfare i suoi bisogni e non quelli dell'organizzazione e cercando di liberarci per primi dall'immagine negativa della professione che a volte noi stessi portiamo dentro le organizzazioni, mettendo al centro, insieme alla persona, la professione.

Forse, «essere volti o procedere in un'altra direzione», essere diversi, può voler dire tornare alle radici più profonde del nostro essere infermieri

Soffermiamoci su cosa significhino per noi, oggi, le parole infermiere ed assistenza, e ricominciamo da questo, per potere attribuire a questi termini un significato sempre congruente con quanto ci richiedono gli utenti e con quanto noi sentiamo di potere offrire loro in modo esclusivo.

«Molte persone, oggi, anche nelle professioni scientifiche o di più alto livello, hanno paura delle proprie radici, del significato profondo delle parole, della loro filologia, della loro ontogenesi» (P. Androni, 2005)

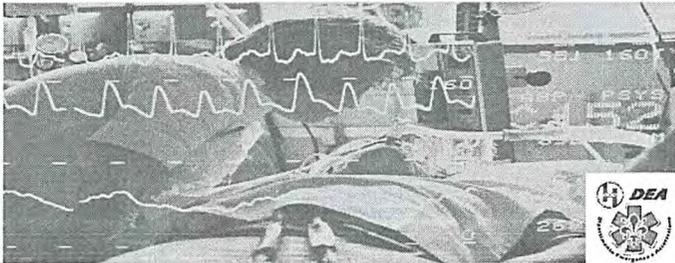
Bibliografia

- ANDREONI PIERENRICO, *Tempo e lavoro, Storia, psicologia e nuove problematiche* Bruno Mondadori, Milano, 2005.
- BALDINI MASSIMO e TOSO STEFANO, *I fondamenti etici della redistribuzione, Materiali per il corso di Economia Pubblica*, A.A. 2004-05.
- BIZIER NICOLE, *Dal pensiero al gesto. Un modello concettuale di assistenza infermieristica*, Sorbona, Milano, 1990.
- BRANDOLI M., SCALORBI S., «*Esame di un caso di dolore da cancro: Analisi clinica ed assistenziale utilizzando la variabile della complessità*, Scenario 2004; 21(3):7-12.
- CAPODIFERRO P., SCALORBI S., *Intensività assistenziale alla persona instabile*, Scenario 2003; 20 (4):23-28.
- MONTAGUTI UBALDO, *Memoria didattica delle lezioni di Sociologia dei processi culturali e comunicativi* A.A. 2004/2005 Corso di Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche ed ostetriche, Università degli studi di Ferrara.
- QUAGLINO GIAN PIERO, CASAGRANDE SANDRA, CASTELLANO ANNA MARIA, *Gruppo di lavoro, Lavoro di gruppo. Un modello di lettura della dinamica di gruppo Una proposta di intervento nelle organizzazioni*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1992.
- VAGNONI EMIDIA, *La direzione delle aziende sanitarie Criticità di contesto, economicità e tutela della salute* Franco Angeli, Milano, 2004.
- VINEIS PAOLO, DIRINDIN NERINA, *In buona salute. Dieci argomenti per difendere la sanità pubblica*, Einaudi, Torino, 2004.

IL FABBISOGNO ASSISTENZIALE ED IL NUMERO E TIPOLOGIA DEGLI OPERATORI ATTRAVERSO IL CONCETTO/VALORE DELL'EQUITÀ DISTRIBUTIVA E DELLA PERTINENZA OPERATIVA

E. LUMINI

Infermiere, Master Anestesia e Cure Intensive - Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi - Firenze



1

Prima di parlare di equità e pertinenza, serviamo a qualcosa?



- Impatto sulla spesa sanitaria
- Maggiore attenzione alla qualità delle cure
- Carenza infermieri
- Crescita responsabilità
- Normativa italiana all'avanguardia
- Abbondante bibliografia dagli anni '80

2

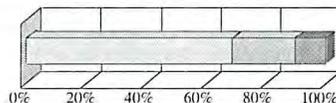
NURSE-STAFFING LEVELS AND THE QUALITY OF CARE IN HOSPITAL

JACK NEEDELMAN, PH.D., PETER BUEHHAUS, PH.D., R.N., SOEREN MATTKE, M.D.,
M.H.P., MAUREEN STEWART, B.A., AND KATIA ZELEVINSKY

N Engl J Med 2002;346:1715-22

- Dati amministrativi da 799 Ospedali di 11 stati (USA)
- 5.075.969 dimissioni pazienti con diagnosi medica
- 1.104.659 dimissioni di pazienti chirurgici

Ripartizione ore
assistenza
infermieristica



■ Infermieri ■ Personale supporto ■ Infermieri con formazione avanzata

3

NURSE-STAFFING LEVELS AND THE QUALITY OF CARE IN HOSPITAL

JACK NEEDELMAN, PH.D., PETER BUEHHAUS, PH.D., R.N., SOEREN MATTKE, M.D.,
M.H.P., MAUREEN STEWART, B.A., AND KATIA ZELEVINSKY

N Engl J Med 2002;346:1715-22

Outcome (*Legati anche al numero totale di ore di assistenza)	p
*Degenza più breve	<0,01
*Riduzione Infezioni vie urinarie	< 0,003
*Riduzione emorragie digestive tratto superiore	<0,03
Riduzione incidenza polmoniti nosocomiali	< 0,001
Riduzione arresti cardiaci o stati di shock	< 0,007
Riduzione eventi critici	= 0,05

Non osservati miglioramenti della qualità delle cure aumentando la percentuale di infermieri con formazione avanzata o di personale di supporto!!!

7



The future nurse: evidence of the impact of registered nurses

West E., Rafferty A.M., 2004



Revisione sistematica della letteratura:

- inclusi 15 studi recenti (dal 2002 in poi) di elevata qualità metodologica con strumenti di analisi statistica avanzati;
- pur non potendo parlare di evidenza scientifica appare incontrovertibile che numero e qualità degli infermieri hanno un impatto rilevante su:
 - Indipendenza funzionale dei pazienti
 - Cadute dei pazienti
 - Lesioni da compressione
 - Errori terapeutici
 - Infezioni delle ferite, delle vie respiratorie ed urinarie;
 - Percezione qualità delle cure

8

Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality

AIKEN L.H., CLARKE S.P., CHEUNG R.B., SLOANE D.M., SILBER J.H., *JAMA*. 2003;290:1617-1623

- Studio longitudinale condotto sui dati di 232.342 pazienti chirurgici da 168 ospedali (USA)
- Maggiore è la percentuale di infermieri con formazione universitaria e minore è il rischio di mortalità e l'incidenza di eventi critici (ritardo nel soccorso)
- Un aumento del 10% della percentuale di infermieri con formazione universitaria è in grado di ridurre del 5% la mortalità a 30 giorni e l'incidenza di eventi critici (OR 0,95 IC95% 0,91-0,99)

9

Equità e pertinenza

Equità distributiva

- La retribuzione dei professionisti sanitari dovrebbe essere fondata su formazione, responsabilità, esperienza, risultati ottenuti e carico di stress derivato dall'occupazione.

Ma anche ...

- Soddisfazione rispetto ai risultati anziché rispetto al sistema
- Erogazione di servizi sanitari omogenea sostenuta da un prelievo fiscale equo sui cittadini

13

Equità e pertinenza

Pertinenza operativa

- Congruenza tra attività espletate, conoscenze, competenze ed obiettivi di salute.

Cioè ...

- Dobbiamo fare gli infermieri (né i medici, né gli OSS né tantomeno gli amministrativi o gli addetti alle pulizie).
- Nell'essere e nel fare gli infermieri dobbiamo rivolgere i nostri sforzi su obiettivi di salute, di assistenza rilevanti.

14

Le sfide per la sanità del futuro

- L'evoluzione demografica
- La transizione epidemiologica
- L'evoluzione della tecnologia medica
- L'efficacia clinica
- L'evoluzione delle tecnologie della informazione e della comunicazione (ICT)
- Il riequilibrio dei settori
- La domanda crescente e la contrazione delle risorse
- Il decremento dei benefici al crescere degli investimenti
- Le sfide delle politiche sanitarie in Europa
- *Il muro della spesa*



15

È possibile perseguire nel futuro una assistenza sanitaria caratterizzata dalla copertura universale e dall'equità?

- Assistenza sanitaria in grado di conseguire una condizione di stabilità economicamente sopportabile, equamente accessibile e psicologicamente sostenibile, tale cioè da soddisfare la maggior parte (ma di necessità non tutti) dei bisogni e delle aspettative ragionevoli concernenti la salute.

D. CALLAHAN, *La medicina impossibile*, 1998

16

Alcuni consigli utili...

Il miglior servizio sanitario non sarà quello che fornisce tutto a tutti ma quello che stabilisce ciò che la società desidera spendere per l'assistenza sanitaria e che di conseguenza eroga con criteri espliciti servizi basati su prove di efficacia in modo umano e trasparente e senza chiedere l'impossibile al personale sanitario

Richard Smith, BMJ, 1999

Entro la cornice dei fattori genetici, climatici e legati ad altre forze naturali, ogni nazione sceglie il proprio tasso di mortalità in base all'importanza relativa che attribuisce alla salute rispetto ad altri obiettivi

Victor Fuchs, 2002

17

E per la Professione Infermieristica?

BMJ 2000;320:1085

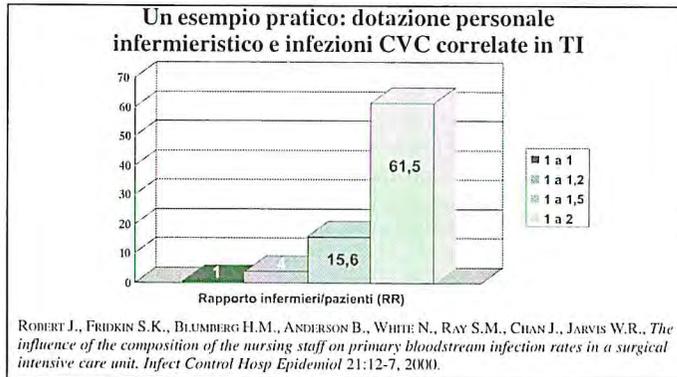
**Doctors and nurses:
new game, same result.**

«A missed opportunity for nursing
and a bit of a bore for doctors»
«The frailty of nursing in the modern
world is born of its intangibility»



MARK RADCLIFFE, *Nursing Times deputy features editor*

18



19

Il parere degli esperti

0025-7974/02/8106-0466\$0
 MEDUSA 81:466-79, 2002
 Copyright © 2002 by Lippincott Williams & Wilkins, Inc.

Vol. 81, No. 6
 Printed in U.S.A.

A Review of Risk Factors for Catheter-Related Bloodstream Infection Caused by Percutaneously Inserted, Noncuffed Central Venous Catheters

Implications for Preventive Strategies

NASIA SAFDAR, M.D., DANIEL M. KLUGER, M.D., AND DENNIS G. MAKI, M.D.

intensive care units (50). We believe that wider use of novel technology, such as chlorhexidine-impregnated site dressings or CVCs with anti-infective coatings, holds the greatest promise to prevent CVC-related bloodstream infections in an era of critical nursing shortages, especially in intensive care units (156).

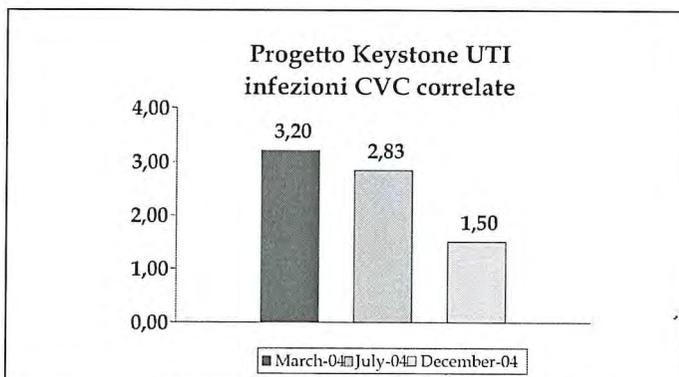
20

La risposta degli infermieri

- Creazione Rete 122 UTI in Michigan
- Controllo degli errori
- Utilizzo ed implementazione interventi di provata efficacia (EBN)
- Raccolta dati rigorosa
- Azione concentrata sui interventi rilevanti: riduzione infezioni CVC correlate e polmoniti da VM



21



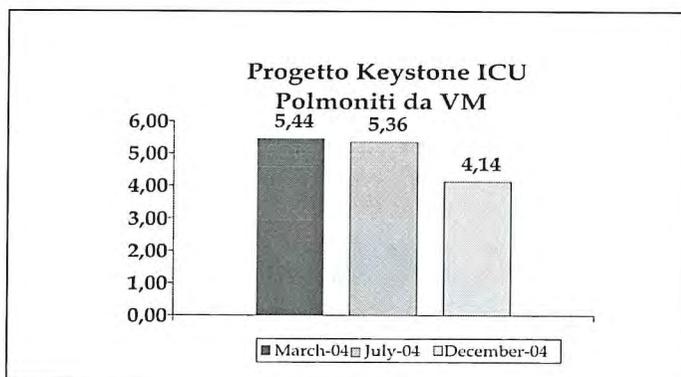
22

I Risultati



March - December BSI Prevention	Keystone
Days Saved	261
Deaths Prevented	4
Dollars Saved	\$730,400

23



24

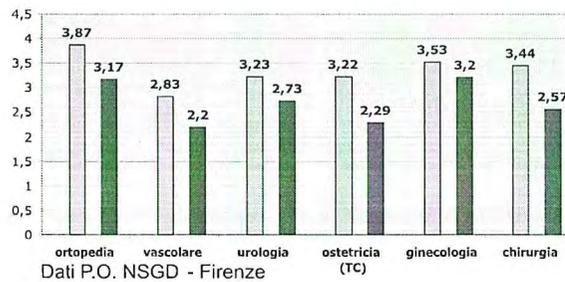
I Risultati

March - December VAP Prevention	Keystone
Days Saved	2130
Deaths Prevented	73
Dollars Saved	\$1,916,900

25

E in Italia?

**VAS MEDIO Pre e Post APS
(FEB-APR/MAG-DIC 2004)**



26

E la formazione?

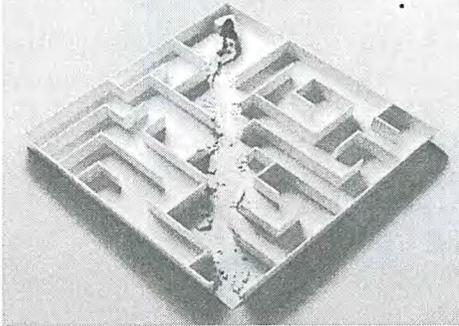
Controllo delle nascite ...



... dei MASTER

27

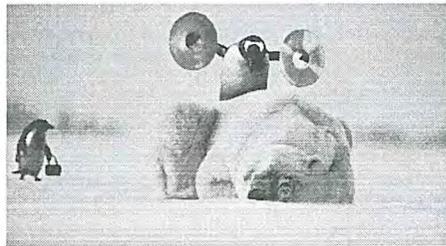
Conclusioni



- 10% dotazione organica per formazione e ricerca
- Prendersi cura della sicurezza dello stare in ospedale.
- Mettersi in rete
- Misurare
- Fare ricerca
- Utilizzare l'EBN
- Confrontarsi con i risultati
- Integrazione
- Reclutamento
- Formazione definita e controllata

28

È il momento di essere uniti e coraggiosi!



- Cosa? Se non questo!
- Quando? Se non adesso!
- Chi? Se non Noi!!!

29

Grazie per l'attenzione...



30

PROGETTO DI RICERCA: «LA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE»

M.A. CHICHIZOLA

Infermiera Coordinatore, Ufficio Qualità del Servizio Infermieristico, Ostetrico, Tecnico Sanitario e Riabilitativo Azienda Ospedaliera Perugia



Azienda Ospedaliera di Perugia

SCHEDA VALUTAZIONE PROGETTO "MISURA"

scheda n°		data rilevazione		
Reparto		CdC		
data di ricovero		SDO		
<input type="checkbox"/>		M	F	
data di nascita				
Dimensione A valutazione autonomia/dipendenza (Barthel modificata)				
ATTIVITA'		autonomo	parz. dipendente	dipendente
MANGIARE	Indipendente	0		
	Ha bisogno di aiuto		5	
	Deve essere alimentato			10
LAVARSI	Indipendente	0		
	Ha bisogno di aiuto		5	
	Completamente dipendente			10
VESTIRSI	Indipendente	0		
	Ha bisogno di aiuto		5	
	Completamente dipendente			10
CONTROLLO FECI	Autonoma	0		
	Occasionale evacuazione involontaria		5	
	Evacuazione involontaria			10
CONTROLLO VESCICA	Autonoma	0		
	Occasionale incontinenza		5	
	Incontinenza			10
UTILIZZO TOILETTE	Autonoma	0		
	Ha bisogno di aiuto		5	
	Allettato, completamente dipendente			10
TRASFERIMENTO LETTO/SEDIA	Autonomo	0		
	Ha bisogno di aiuto		5	
	Completamente dipendente			10
CAPACITA' DI MOVIMENTO	Autonoma	0		
	Necessita di ausili e/o supporto		5	
	Allettato			10
criticità evidente: intervento chirurgico giorno 0				

Dimensione B valutazione salute/malattia						
PARAMETRO	Stabilità	0	Instabilità	5	Criticità	10
P.A.Sist.	110-170		90-109		<90 - >190	
			171-190		Diast >120	
F.C.	45 – 85		40-44		<40	
			'86-120		'>120	
F.R.	12 – 20		8-11		<8	
			'21-30		'>30	
Sat O2	>94%		89-94%		<89%	
T° C (ascellare)	36 – 38		38,1 – 39,5		>39,5 <35 (rettale)	
glicemia (basale)	60 – 150		151 – 300		>300	
			'40 – 59		<40	
ammoniemia	<75		75 – 120		>120	
bilirubina tot	0,5 – 1,2		1,3 – 4		>4	
Na	135 – 155		119 – 134		<119	
			'156 – 166		'>166	
K (valutabile solo in assenza di emolisi)	3,6 – 5,5		2,5 – 3,5		<2,5	
			5,6 – 6,9		>6,9	
creatininemia	=1,4		1,5 – 3		>3	
diuresi/24 ore	600 – 2000		200 – 600 >3000		<200	
Hb	12 – 17		7,9 -11,9		<7,9	
leucociti	4500 – 11000		2500 – 4500		<2500	
			'11500 – 25000		'>25000	
TP (terapia con W)	INR 1 - 1,7				INR > 4,5	
PTT (eparina sodica ev)	Ratio 1 – 1,9		Ratio 2 – 4		Ratio > 4	
troponina	< 0,1		0,1 = 2 (trend?)		= 2 (trend ?)	
dolore (scala numerica)	0 – 1		2 – 3 – 4 – 5 – 6		7 – 8 - 9 - 10	

criticità evidente (non occorre rilevazione analitica)		
sanguinamento massivo		politrauma: torace e/o addome e/o cranio
funzione respiratoria vicariata		assistenza circolatoria supportata (meccanica o farmacologica con dopamina e/o inotropi)
Altro _____		

Dimensione C: valutazione comprensione / scelta**Dimensione C:**

capacità reale o potenziale della persona assistita di interagire efficacemente con l'ambiente

La misura della dimensione C è data da:	analizzando:	sistema di punteggio:
la capacità di relazionarsi la capacità di decidere per sé di disporre del supporto familiare / di riferimento	capacità cognitiva capacità sensoriale comunicazione verbale comportamento capacità decisionale capacità di sostegno della famiglia e/o persone di riferimento	è basato su livelli d'impegno assistenziale richiesti nelle diverse variabili verificata

CRITERI		minimo	medio	altissimo	alto
Capacità Cognitiva	Integra (comprensione ed elaborazione)	0			
	Con limitazioni (lievi deficit)		5		
	Gravemente compromessa (gravi deficit)			15	
	Stato di coma				10
Capacità sensoriale	Integra	0			
	Con limitazione parziali		5		
	Perdita totale funzione visiva/uditiva			15	
	Non valutabile, stato d'incoscienza				10
Comunicazione (verbale)	Integra	0			
	Con limitazioni parziali		5		
	Gravi limitazioni			15	
	Non comprensione né produzione				10
Comportamento	Equilibrata, tranquilla, collaborante	0			
	Ansiosa, preoccupata, con sbalzi d'umore		5		
	Depressa, instabile, agitata o incontenibile			15	
	Indifferente all'ambiente (incoscienza/altro)				10
Capacità decisionale	Integra	0			
	Persona insicura / indecisa		5		
	Regredita /passiva / delegante			15	
	Sostituita da altri (familiari-sanitari)				10
Situazione familiare	Tranquilla e partecipativa	0			
	Ansiogena, persona di rif. Impreparata		5		
	Scars. collabor., non persona di riferimento			15	
	Famiglia non presente				10

Il progetto

Ricerca scientifica finalizzata alla programmazione socio-sanitaria regionale supplemento ordinario BUR dell'Umbria n. 44-2003 approvata con D.D. n. 7581 del 7 settembre 2005

Analisi della **complessità assistenziale** dei degenti e della **performance infermieristica** nell'Azienda Ospedaliera di Perugia, come strumento per la clinica governance

1

Il modello della complessità assistenziale

Nasce per dare una risposta professionale alla difficoltà che l'organizzazione sanitaria ha nel reperimento d'infermieri...

... e per evitare che si possa pensare di risolvere sostituendo acriticamente gli infermieri con OSS

Pitacco G., Silvestro A., La complessità assistenziale. Scenario 2003;20 (4):9-12

2

La ricerca

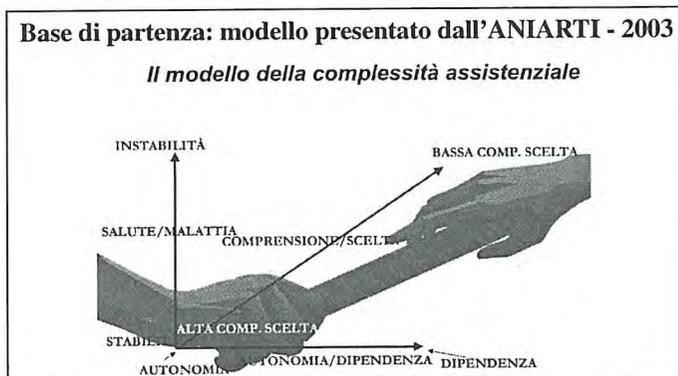
Finalità:

applicare il modello di analisi del modello di **complessità assistenziale come strumento di clinica governance**

Metodologia:

valutazione/misurazione delle condizioni della persona assistita ribadendo la **centralità** del singolo utente nel processo di assistenza infermieristica

3



Obiettivo della ricerca: C.A.

- Valutare le persone ricoverate attraverso la **misurazione** delle dimensioni della C.A. con l'utilizzo di specifiche schede per ogni dimensione da studiare

5

Obiettivo specifico: C.A.

Individuare criteri/parametri per valutare le 3 dimensioni della C.A.:

- Scheda A: autonomia - dipendenza
- Scheda B: salute - malattia
- Scheda C: comprensione e scelta



6

Tempi dello studio:

- 1ª fase: costruzione delle (criteri e parametri)
 Scheda A: autonomia/dipendenza
 Scheda B: salute/malattia
 Scheda C: comprensione/scelta
- 2ª fase: sperimentazione delle schede, correzione ed elaborazione dati
- 3ª fase: analisi sperimentale della performance
- 4ª fase: procedere allo studio vero e proprio
- 5ª fase: elaborazione dati, presentazione report

7

Metodologia

- **Formazione** del gruppo metodologico e dei sottogruppi operativi per struttura operativi per struttura complessa
- **Ricerca bibliografica**
- **Corso E.C.M.** sulla C.A. e sulla performance
- **Costruzione** delle schede di analisi per singola dimensione da studiare
- **Studio sperimentale** per «fotografare» l'utenza dei reparti partecipanti (15)

8

Metodologia 2

- Costruzione del **programma informatico** per analisi dei dati
- **Sperimentazione concorrente** della osservazione della performance infermieristica allo studio del paziente osservato
- Predisposizione di **schede sintetiche** per la raccolta degli interventi infermieristici

9

Analisi della letteratura

La complessità dell'assistenza infermieristica
Insieme degli interventi che si riferiscono alle diverse dimensioni
dell'assistenza infermieristica espresso in termini
di intensità dell'impegno e quantità-lavoro dell'infermiere

Parole chiavi:

Acuity, complexity, nursing intensity,
nursing performance,
nursing performance,
nursing classification,
nursing management

- Pubmed
- Cochrane library
- Cinahl
- Anarti
- IPASVI
- altro...

10

Bibliografia essenziale sul modello di Complessità Assistenziale

- CAVALIERI e SUSMEL, *Nursing oggi* (2) 2001 20-3.
- IPASVI, *Le scale di valutazione: strumenti per la rilevazione dei dati clinici nell'assistenza infermieristica*, quaderno n. 6, 09/2003.
- PITACCO e SILVESTRO, *Riv. Scenario* 2003, 20(4) 9-12.
- MOISET C. ed altri, *Misurare l'assistenza*, McGraw-Hill 2003.
- PALESE A. ed altri, *Riv. AIR* 2004, 23 (4) 212-220.

11

Come siamo andati avanti?



12

Scheda autonomia-dipendenza**• Scheda dimensione A:**

- Scala di Barthel
- Scala ADL di Katz
- Scheda BINA

• Punteggio totale:

- 1° livello 0
- 2° livello 5-30
- 3° livello 35-60
- 4° livello ≥ 65

• Punteggio:

- Autonomo punti 0
- Parzialmente dipendente punti 5
- Dipendente punti 10

Scheda A



Azienda Ospedaliera di Perugia

SCHEDA VALUTAZIONE PROGETTO "MISURA"

scheda n°		data rilevazione		
Reparto		CdC		
data di ricovero		SDO		
<input type="checkbox"/>		M F		
data di nascita				
Dimensione A valutazione autonomia/dipendenza (Barthel modificata)				
ATTIVITA'		autonomo	parz. dipendente	dipendente
MANGIARE	Indipendente	0		
	Ha bisogno di aiuto		5	
	Deve essere alimentato			10
LAVARSI	Indipendente	0		
	Ha bisogno di aiuto		5	
	Completamente dipendente			10
VESTIRSI	Indipendente	0		
	Ha bisogno di aiuto		5	
	Completamente dipendente			10
CONTROLLO FECI	Autonoma	0		
	Occasionale evacuazione involontaria		5	
	Evacuazione involontaria			10
CONTROLLO VESCICA	Autonoma	0		
	Occasionale incontinenza		5	
	Incontinenza			10
UTILIZZO TOILETTE	Autonoma	0		
	Ha bisogno di aiuto		5	
	Allettato, completamente dipendente			10
TRASFERIMENTO LETTO/SEDIA	Autonomo	0		
	Ha bisogno di aiuto		5	
	Completamente dipendente			10
CAPACITA' DI MOVIMENTO	Autonoma	0		
	Necessita di ausili e/o supporto		5	
	Allettato			10
criticità evidente: intervento chirurgico giorno 0				

Scheda salute-malattia	
<ul style="list-style-type: none"> • Scheda dimensione B: <ul style="list-style-type: none"> - Scala Apache II e III - Scala SAPS II - Scala MPM II 	<ul style="list-style-type: none"> • Punteggio totale: <ul style="list-style-type: none"> - 1° livello 0 - 2° livello 5-15 - 3° livello 20-30 - 4° livello ≥ 35
<ul style="list-style-type: none"> • Punteggio: <ul style="list-style-type: none"> - Stabilità punti 0 - Instabilità punti 5 - Criticità punti 10 	

Scheda B

 15 Dimensione B
 valutazione salute/malattia

PARAMETRO	Stabilità	0	Instabilità	5	Criticità	10
P.A.Sist.	110-170		90-109		<90 - >190	
			171-190		Diast >120	
F.C.	45 - 85		40-44		<40	
			'86-120		'>120	
F.R.	12 - 20		8-11		<8	
			'21-30		'>30	
Sat O2	>94%		89-94%		<89%	
T° C (ascellare)	36 - 38		38,1 - 39,5		>39,5 <35 (rettale)	
glicemia (basale)	60 - 150		151 - 300		>300	
ammoniemia	<75		'40 - 59		<40	
ammoniemia	<75		75 - 120		>120	
bilirubina tot	0,5 - 1,2		1,3 - 4		>4	
Na	135 - 155		119 - 134		<119	
			'156 - 166		'>166	
K (valutabile solo in assenza di emolisi)	3,6 - 5,5		2,5 - 3,5		<2,5	
			5,6 - 6,9		>6,9	
creatininemia	=1,4		1,5 - 3		>3	
diuresi/24 ore	600 - 2000		200 - 600 >3000		<200	
Hb	12 - 17		7,9 - 11,9		<7,9	
leucociti	4500 - 11000		2500 - 4500		<2500	
			'11500 - 25000		'>25000	
TP (terapia con W)	INR 1 - 1,7				INR > 4,5	
PTT (eparina sodica ev)	Ratio 1 - 1,9		Ratio 2 - 4		Ratio > 4	
troponina	< 0,1		0,1 = 2 (trend?)		= 2 (trend ?)	
dolore (scala numerica)	0 - 1		2 - 3 - 4 - 5 - 6		7 - 8 - 9 - 10	

criticità evidente (non occorre rilevazione analitica)

sanguinamento massivo	politrauma: torace e/o addome e/o cranio
funzione respiratoria vicariata	assistenza circolatoria supportata (meccanica o farmacologica con dopamina e/o inotropi)

Altro _____

Scheda comprensione-scelta	
<ul style="list-style-type: none"> • Scheda dimensione C: <ul style="list-style-type: none"> - Scala Glasgow - Scala di Ramsey - Scala GEFI - Scala SPMQ (mini mental abbreviato) 	<ul style="list-style-type: none"> • Punteggio totale: <ul style="list-style-type: none"> - 1° livello 0 - 2° livello 5-30 - 3° livello 35-60 - 4° livello ≥ 65
<ul style="list-style-type: none"> • Punteggio: <ul style="list-style-type: none"> - Minimo punti 0 - Medio punti 5 - Alto punti 10 - Altissimo 15 	

17

SchedaC

Dimensione C: valutazione comprensione / scelta

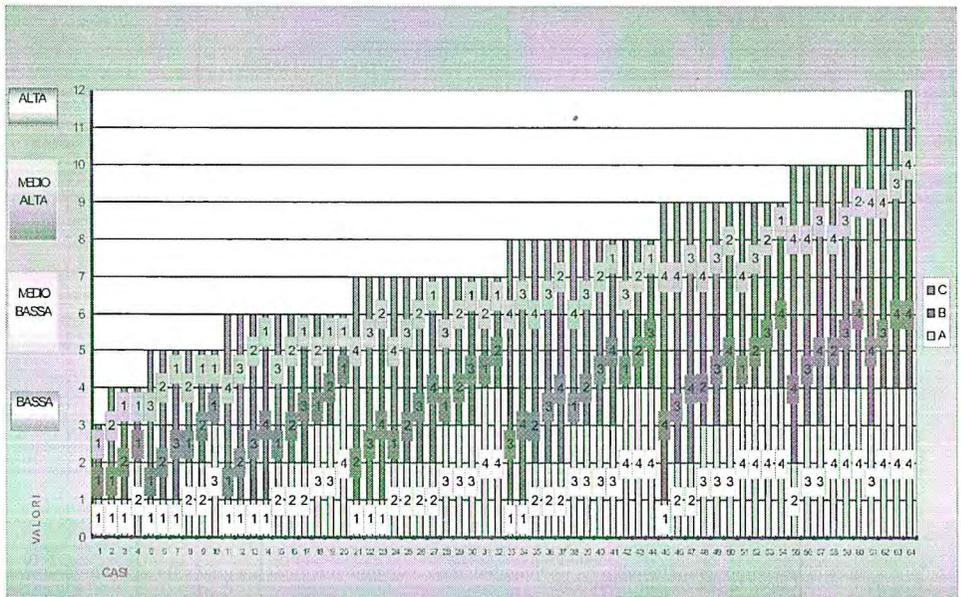
Dimensione C: capacità reale o potenziale della persona assistita di interagire efficacemente con l'ambiente		
La misura della dimensione C è data da: la capacità di relazionarsi la capacità di decidere per sé di disporre del supporto familiare / di riferimento	analizzando: capacità cognitiva capacità sensoriale comunicazione verbale comportamento capacità decisionale capacità di sostegno della famiglia e/o persone di riferimento	sistema di punteggio: è basato su livelli d'impegno assistenziale richiesti nelle diverse variabili verificata

CRITERI		minimo	medio	altissimo	alto
Capacità Cognitiva	Integra (comprensione ed elaborazione)	0			
	Con limitazioni (lievi deficit)		5		
	Gravemente compromessa (gravi deficit)			15	
	Stato di coma				10
Capacità sensoriale	Integra	0			
	Con limitazione parziali		5		
	Perdita totale funzione visiva/uditiva			15	
	Non valutabile, stato d'incoscienza				10
Comunicazione (verbale)	Integra	0			
	Con limitazioni parziali		5		
	Gravi limitazioni			15	
	Non comprensione né produzione				10
Comportamento	Equilibrata, tranquilla, collaborante	0			
	Ansiosa, preoccupata, con sbalzi d'umore		5		
	Depressa, instabile, agitata o incontenibile			15	
	Indifferente all'ambiente (incoscienza/altro)				10
Capacità decisionale	Integra	0			
	Persona insicura / indecisa		5		
	Regredita /passiva / delegante			15	
	Sostituita da altri (familiari-sanitari)				10
Situazione familiare	Tranquilla e partecipativa	0			
	Ansigena, persona di rif. Impreparata		5		
	Scars. collabor., non persona di riferimento			15	
	Famiglia non presente				10

Livelli di Complessità			Dimensione B		
Dimensione A			Dimensione C		
BASSA	1	0	BASSA	1	0
MEDIO - BASSA	2	5 - 30	MEDIO - BASSA	2	5 - 30
MEDIO - ALTA	3	35 - 60	MEDIO - ALTA	3	35 - 60
ALTA	4	≥ 65	ALTA	4	≥ 65

19

SCALA DELLA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE



20

Analisi della performance

Classificazione del nursing: standardizzazione e codifica del linguaggio infermieristico

- **Diagnosi NANDA** - North American Nursing Diagnosis Association
- **NIC/NOC** - Nursing Intervention Classification - Nursing Outcomes Classification
- **ICNP** - International Classification for Nursing Practice
- **RIM** - Résumé Infermier Minimum
- **NIPE** - Normalización de la Práctica Profesional

21

NIC: definizione di INTERVENTO

“qualsiasi trattamento, basato su criteri e conoscenze cliniche, realizzato da un infermiere professionista per migliorare la salute del paziente”

(totalità delle competenze di tutto il personale di assistenza, dalle cure intensive alle cure di lunga degenza da quelle ambulatoriali alle domiciliari)

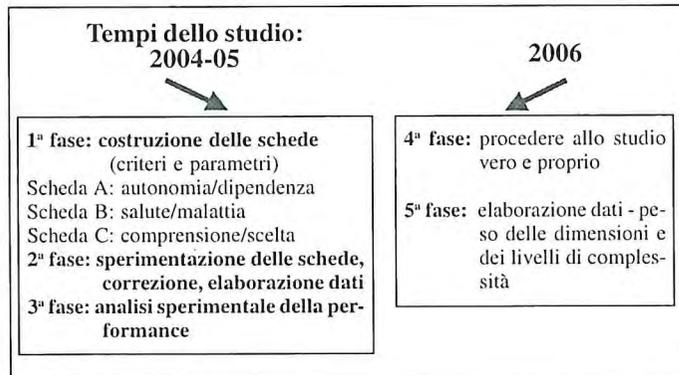
Da: McCLOSKEY D.J. e BULECHECK G.M., *Nursing Intervention Classification*
4 Ed. Mosby Elsevier Española

22

Sperimentazione studio performance

- **Scelta** del paziente concorrente all'analisi della C.A.
- **Registrazione** di tutte le attività - azioni - procedure erogate nelle 24 ore di studio
- **Sintesi** delle attività sulla scheda sinottica di derivazione NIC

23



24

Quali risultati ci attendiamo?

- **Acquisire dati** circa la C.A. dei pazienti (grado di dipendenza, stato di salute e comprensione/scelta)
- **Ottenere dati** circa le procedure, interventi, azioni educative, di pianificazione e di valutazione messe in atto dagli infermieri
- **Ri-disegnare il fabbisogno** di personale professionale e di supporto per ogni S.C.
- Offrire un **metodo sintetico di analisi e di applicazione** per calcolare necessità di infermieri e personale di supporto

25

Grazie



Ospedale S.M. della Misericordia
Monteluce



Ospedale "R. Silvestrini"
Polo Unico

26

LE PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE NELL'ASSISTENZA INTENSIVA: LA SPECIFICITÀ, L'ESCLUSIVITÀ, LA DEMANDABILITÀ, LA RESPONSABILITÀ

M. BENETTON ⁽¹⁾, F. MOGGIA ⁽³⁾, A. DI NUCCIO ⁽²⁾

⁽¹⁾ Infermiera AFD, Tutor e docente Corso di Laurea in Infermieristica Generale dell'Università di Padova, sede di Treviso - Componente direttivo Aniarti

⁽²⁾ Relatore, Infermiera AFD, Coordinatore Infermieristico, Blocco Operatorio Ospedale «S. Rocco» di Sessa Aurunca, Caserta - Componente del Comitato Direttivo Aniarti

⁽³⁾ Infermiere DDSI, U.O. Formazione e Aggiornamento Ospedale San Martino, Genova - Componente del Comitato Direttivo Aniarti

Ritorniamo a questa mattina in cui abbiamo rivisitato, nel tempo, come l'Aniarti sia stata promotrice di cultura ed abbia anche permesso di definire i concetti di alcuni termini che sono poi divenuti terminologia quotidiana.

Anche il concetto di prestazione è stato spesso analizzato e studiato sin dai primissimi Congressi; la prestazione è il risultato conseguito mediante lo svolgimento di un complesso di azioni fra loro coordinate per la risoluzione di un bisogno specifico manifestatosi in un paziente¹.

Ma allora, nel 1987 la discussione era soprattutto finalizzata a comprendere la differenza tra prestazione semplice e complessa e a definire quando questa potesse essere considerata autonoma o ad autonomia limitata.

- Nella prestazione semplice il processo decisionale, che conduce al risultato assistenziale è noto, le alternative sono limitate e vi è una certezza nell'esecuzione delle azioni.

- Nella prestazione complessa il processo decisionale presenta possibilità di alternative e pertanto, maggiore dovrà essere l'attenzione, ma anche capacità di osservazione, informazione e discrezionalità professionale. Alti sono i rischi, come alta l'incertezza sul risultato.

- Una prestazione è autonoma quando sono individuate precise competenze infermieristiche, l'interdipendenza con altre professioni nell'ottenimento del risultato è assente o bassa, mentre la responsabilità dell'infermiere sul risultato è piena e diretta.

- La prestazione è ad autonomia limitata quando il risultato della prestazione è garantito da decisioni prese da diversi professionisti, l'interdipendenza è quindi media o medio-alta e la responsabilità del risultato è di conseguenza parziale, mentre vi è responsabilità sulla specifica azione infermieristica che ha portato al risultato.

¹ A. MASSEI, *L'autonomia professionale nel concetto di prestazione*, Atti VI Congresso Nazionale Aniarti, 1987.

Se queste sono state le fondamenta, ci ritroviamo adesso a dover analizzare criticamente le prestazioni infermieristiche secondo altri criteri. Nel caso di una prestazione, l'operatore è, nello stesso tempo, colui che esegue direttamente l'attività lavorativa ma alla funzione *esecutiva* che si concretizza nell'azione infermieristica, si aggiungono anche quelle di *programmazione* cioè stabilisce gli obiettivi e nella fattispecie pianifica l'assistenza, di *organizzazione* cioè di valutazione delle risorse, scelta dei metodi, strumenti e tempi, e di *controllo* per la valutazione dei risultati e apportandovi le opportune correzioni².

In questa lettura perciò la prestazione assume *completezza* e *autonomia*, e ne scaturisce *controllo* e *responsabilità*. Si mira ad introdurre una maggiore varietà di prestazioni e a far sì che siano compiti completi, non frazionati, per cercare di dare una visione globale e complessiva dei bisogni del paziente e una minore tecnicità all'azione.

L'ulteriore evoluzione nell'analisi del concetto di prestazione è stato quello di definire cosa si intende in questo momento storico per specificità, esclusività, demandabilità, responsabilità.

Specificità

La specificità risiede nella caratteristica di erogare prestazioni che si basano innanzitutto in un approccio alla globalità alla persona; la nostra stessa disciplina, e il paradigma su cui si fonda, richiama ad una visione completa della persona (uomo, salute, contesto, assistenza); e così anche le nostre prestazioni, che definiamo specifiche, devono essere caratterizzate da questo³.

Nel definire che una prestazione è *specifica* di alcuni professionisti bisogna tener conto che essa è tale perché è agita da persone che hanno determinati caratteri o competenze o abilità che li distinguono da altri.

La *specificità* della prestazione risiede nel riconoscere se ci sono questi elementi aggreganti.

Una prestazione è specifica di un professionista se si oggettiva:

1. c'è una disciplina di riferimento?
2. c'è una conoscenza teorica derivata da un percorso formativo documentato?
3. c'è una abilità pratica riconosciuta con casistica?
4. c'è un riconoscimento da parte della comunità professionale che si è in grado di agire quella prestazione o c'è una prassi operativa accettata?
5. c'è una capacità di gestione delle complicanze che ne possono derivare?

La specificità della prestazione non è elemento esclusivo della professione infermieristica; altri professionisti della salute hanno competenze e abilità comuni.

² M. CANTARELLI, *Il Modello delle Prestazioni Infermieristiche*, Collana di Scienze Infermieristiche, Masson, Milano 1997.

³ E. DRIGO, *L'infermieristica nell'intensività assistenziale: quale il valore aggiunto*, Atti XXII Congresso Nazionale Aniarti, 2003.

Per esemplificare potremmo prendere il caso, estremamente comune, di un intervento informativo sanitario (non educativo) al paziente.

Questa prestazione è *specifica* dell'infermiere in quanto egli ha:

1. una disciplina di riferimento. Questo gli permette di assumere un approccio globale alla persona impegnandosi a conoscere a priori la condizione fisica, cognitiva e psicologica di colui che viene informato;
2. conoscenze derivate da percorsi di studio riconosciuti. Possiede infatti conoscenze scientifiche e tecniche, conoscenza delle tecniche appropriate di comunicazione, conoscenza delle alternative da proporre e delle condizioni organizzative che vincolano, ecc.;
3. abilità nel gestire la comunicazione esercitata nella pratica professionale quotidiana e nel periodo di tirocinio nella formazione di base;
4. espresso riconoscimento da parte della comunità scientifica e sociale di essere veicolo di informazione sanitaria;
5. capacità nel gestire i disturbi nella comunicazione.

Questa è una prestazione specifica dell'infermiere ma può essere agita anche da un medico, da uno psicologo, da una assistente sanitaria.

La *specificità* della prestazione deve tener conto, particolarmente in una logica organizzativa di utilizzo di risorse, a quale figura professionale conviene affidare la prestazione; a parità di competenze, abilità pratiche, casistica, va considerato quale valore aggiunto può dare una professione rispetto un'altra, considerando che comunque si opera con alte competenze e capacità, e la sicurezza del paziente è comunque garantita.

Esclusività

Esclusivo significa che non compete ad altri. L'esclusività deriva dalle indicazioni di leggi e regolamenti o da formazione specifica documentata con percorsi riconosciuti dallo Stato.

Nell'ambito dell'*esclusività* della prestazione, riconosciamo anche l'autonomia e l'eccellenza della professione infermieristica.

La prestazione esclusiva per antonomasia è la pianificazione assistenziale. Solo l'infermiere ha la competenza per identificare i bisogni assistenziali, progettare e gestire gli interventi utili alla loro risoluzione e valutarne i risultati. La dipendenza fisica o psichica dei pazienti non è un indice di esclusività della prestazione, mentre lo è individuare i bisogni assistenziali di questa tipologia di pazienti. Forse è perché si parte da un criterio sbagliato (la dipendenza) che c'è la percezione sociale (e di alcuni politici) che manchino così tanti infermieri.

L'esclusività è data dai seguenti criteri:

1. l'infermiere, e solo lui, ha avuto una formazione di base specifica e prolungata nello studio della tematica;
2. questa conoscenza è prevista e riconosciuta da ordinamenti didattici;
3. la conoscenza è diventata competenza in quanto si è acquisito anche abilità pratica e relazionale nell'applicarla;

4. c'è un riconoscimento che quella competenza non appartiene ad altri, dichiarato e legittimato da normative in vigore;
5. c'è un riconoscimento da parte della comunità professionale che quella competenza agita come esclusiva è a tutela e garanzia del cliente;
6. il professionista risponde in toto della prestazione e non può demandarla ad altre figure;
7. il professionista è autonomo nella gestione della prestazione.

Noi infermieri abbiamo molte importanti aree di esclusività; ciò comporta che agiamo varie prestazioni esclusive ma forse non ne abbiamo ancora compreso la loro importanza e peculiarità e soprattutto non abbiamo compreso come dobbiamo invece difenderle, agirle il più possibile ed implementarle, nella prospettiva che non sono attività aggiuntiva ma attività in cui la professione infermieristica opera in completa autonomia, autorevolezza e introducendo elementi di qualità per i pazienti.

Non segnaleremo mai abbastanza quanto siamo distratti dall'operare su prescrizione o facendo attività improprie, sottovalutando invece la necessità di pianificare l'assistenza infermieristica che eroghiamo, anzi considerando questa una attività aggiuntiva!

Ma abbiamo anche altre aree in cui si riconosce l'esclusività della prestazione. Altri esempi sono la formazione clinica del personale infermieristico o di supporto, o la gestione e supervisione del personale di supporto.

Rispetto a queste aree, c'è una *esclusività* della prestazione che l'infermiere agisce. Nessuno può sostituirlo; egli è autonomo nella prestazione e responsabile.

Demandabilità

Nel dibattito che la professione sta vivendo ormai da anni si è persa la dicitura (non sempre corretta) di delega per portarsi verso il concetto di trasferibilità ed ora di demandabilità.

Il concetto di delega indica l'attribuzione, da parte di chi ha autorità/responsabilità più elevata, a qualcun altro di un'attività che comunque, è propria anche del delegante. Il delegato viene riconosciuto ed autorizzato a svolgere un'attività all'interno di un processo di lavoro in modo completo ed assumendosene la responsabilità.

Delegare una competenza propria è un atto illecito sia per chi delega sia per chi pone in essere la delega.

Nel caso dei rapporti infermiere/OTA-OSS, non possiamo parlare *tout-cour* di delega, perché ci riferiremmo anche alle attività specifiche ed esclusive dell'infermiere

Certo, vi sono alcune attività per le quali anche l'OTA-OSS è autorizzato, ma sempre in un piano assistenziale definito dall'infermiere e sotto la responsabilità di quest'ultimo; la delega presupporrebbe anche il passaggio della responsabilità complessiva all'operatore di supporto che invece non avviene.

Il concetto di *demandabilità* indica l'affidamento, da parte di chi ha competenza e responsabilità per una funzione, ad altri di alcune attività; queste attivi-

tà però sulla base di considerazioni proprie, possono essere avocate a sé da parte di chi demanda.

Le attività per le quali l'OTA-OSS è autorizzato sono, di fatto, demandate dall'infermiere, cioè attribuite per l'esecuzione. La responsabilità della scelta, della decisione e del risultato complessivo di quelle attività resta dell'infermiere.

Il concetto di trasferimento sembra troppo esclusivamente organizzativo e non introduce (rispetto al termine "demandare") l'idea del mandato cioè, indicazione autorevole, comando.

Invece il concetto della *demandabilità* contiene e trasmette l'idea che dietro c'è un mandato, cioè il conferire facoltà ad altri di fare qualcosa per la quale c'è stato un ordine, un'indicazione specifica. La linea della responsabilità rimane chiarissima e nel demandare dobbiamo avere un approccio vigilante.

Inoltre noi non diamo mandati, non demandiamo, qualunque azione a chiunque: analizziamo, scegliamo, valutiamo se la persona è in grado di eseguire il mandato, se ne ha le conoscenze, le abilità, le capacità fisiche e psichiche.

Il concetto della *demandabilità* perciò diventa più completo e ricco del semplice trasferire, e rende anche più evidente il ruolo dell'infermiere di decisore, valutatore dei criteri per l'assegnazione del mandato, della supervisione in itinere e del risultato finale.

Queste sono prestazioni esclusive dell'infermiere e rientrano negli ambiti della propria responsabilità professionale.

Responsabilità

Il contenuto della *responsabilità* professionale è continuamente in evoluzione; cambiano le conoscenze, cambiano le abilità o le competenze complesse richieste, cambia quindi il modo e la misura in cui l'infermiere risponde delle proprie e delle altrui azioni⁴.

L'essere investiti di sempre nuove responsabilità porta ad entrare in uno stato di forte carica emotiva tanto da porsi la domanda: «chi mi aiuta a capire? Quanto sono responsabile?».

L'aiuto a comprendere qual è l'assunzione di responsabilità viene dato da regolamenti, norme ma un ulteriore appoggio ci viene dalle indicazioni delle organizzazioni professionali che danno indicazioni ed interpretazioni.

Vorremmo quindi fare un'analogia che l'infermiere inserito e partecipe alla vita culturale della propria professione ha una visione più completa e attuale del concetto di responsabilità e dei suoi elementi caratterizzanti.

Responsabilità significa

- conoscere;
- saper cosa fare e come fare;
- saper valutare.

⁴ D. RODRIGUEZ, A. APRILE, *Medicina legale per infermieri*, Carocci Faber, Roma 2004.

Assunzione di responsabilità significa anche recuperare l'interezza del processo assistenziale.

Il lavoro per mansioni porta ad una percezione di frammentazione di responsabilità, ma è un falso sentire; per nostra natura professionale, formazione, e ruolo legittimato dalle norme, noi rispondiamo dell'assistenza infermieristica globale e quindi del processo assistenziale.

Questo non può portare ad una reazione del tipo «faccio tutto io» ma deve ci deve rendere consapevoli su quali prestazioni demandare, a chi e come mantenere il controllo, e quali prestazioni eseguire personalmente assumendosi la responsabilità diretta.

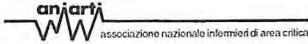
Non dobbiamo scordare, e non smetteremo mai di ricordarlo in ogni occasione, che saper gestire la responsabilità professionale implica l'obbligo di informarsi, di scegliere i collaboratori più idonei, di controllare gli stessi, di saper efficacemente comunicare e di saper documentare. Per quanto riguarda quest'ultimo obbligo, il documentare, va richiamato che esso è una parte essenziale della quotidiana attività infermieristica, ed inoltre può ridurre i rischi di una chiamata in giudizio.

Il vecchio adagio «non scritto, non fatto» va applicato ora più di un tempo; ciò richiama a meticolosa e continua documentazione del nostro operato.

In conclusione diremmo che il nostro agire deve dimostrare che come infermieri abbiamo:

- chiarezza di obiettivi professionali e chiari riferimenti di politica sanitaria e giurisprudenziale
- disponibilità ad orientarsi agli obiettivi aziendali attraverso la condivisione, la motivazione, mantenendo alta l'attenzione sulla relazione tra la persona che eroga il servizio e la persona che ne ha bisogno;
- adottare sistemi che rendano visibile il nostro operato sia come quantità ma soprattutto come qualità di lavoro. È importante dichiarare le scelte, le criticità, le decisioni assunte, gli indicatori di verifica.

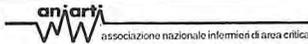
Dobbiamo sapere come professionisti dove andare perché, citando Seneca, «non esiste vento favorevole per il marinaio che non sa dove andare».



Prestazione semplice

- processo decisionale noto
- alternative limitate
- certezza nell'esecuzione delle azioni

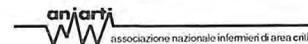
1



Prestazione complessa

- processo decisionale presenta possibilità di alternative
- maggiore attenzione e capacità di osservazione
- informazione e discrezionalità professionale
- alti i rischi e alta l'incertezza sul risultato

2



Prestazione autonoma

- sono individuate precise competenze infermieristiche
- interdipendenza professionale assente o bassa
- responsabilità sul risultato piena e diretta

3

 associazione nazionale infermieri di area critica

Prestazione ad autonomia limitata

- risultato della prestazione garantito da decisioni prese da diversi professionisti
- interdipendenza media o medio-alta
- responsabilità del risultato è di conseguenza parziale
- responsabilità sulla specifica azione infermieristica che ha portato al risultato

4

 associazione nazionale infermieri di area critica

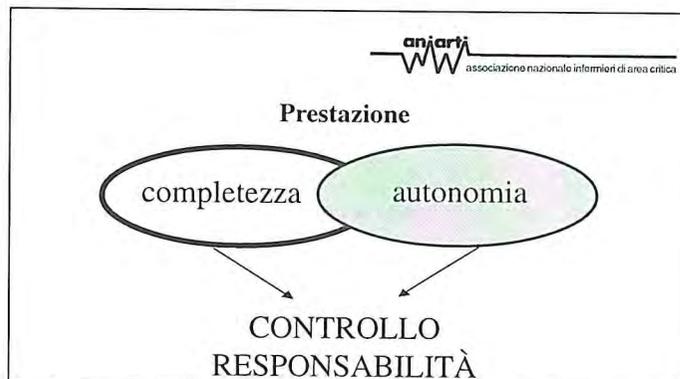
Prestazione:

↓

Funzione

*di esecuzione
di programmazione
di organizzazione
di controllo*

5



6



SPECIFICITÀ

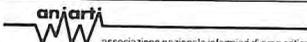
caratteristica di erogare prestazioni che si basano innanzitutto in un approccio alla globalità alla persona

7



Una prestazione è specifica di alcuni professionisti perché è agita da persone che hanno determinati caratteri o competenze o abilità che li distinguono da altri

8



Specificità: ci sono questi elementi aggreganti?

- 1) c'è una disciplina di riferimento?
- 2) c'è una conoscenza teorica derivata da un percorso formativo documentato?
- 3) c'è una abilità pratica riconosciuta con casistica?
- 4) c'è un riconoscimento da parte della comunità professionale che si è in grado di agire quella prestazione o c'è una prassi operativa accettata?
- 5) c'è una capacità di gestione delle complicità che ne possono derivare?

9

 associazione nazionale infermieri di area critica

L'ESCLUSIVITÀ

*L'esclusività significa
che non compete ad altri*

Deriva dalle indicazioni di leggi e regolamenti
o da formazione specifica documentata
con percorsi riconosciuti dallo Stato

10

 associazione nazionale infermieri di area critica

Esclusività: quali i criteri?

- 1) formazione di base specifica e prolungata nello studio della tematica
- 2) la conoscenza è prevista e riconosciuta da ordinamenti didattici
- 3) la conoscenza è diventata competenza in quanto si è acquisita abilità pratica e relazionale nell'applicarla
- 4) c'è riconoscimento che quella competenza non appartiene ad altri, dichiarato e legittimato da normative in vigore

11

 associazione nazionale infermieri di area critica

Esclusività: quali i criteri?

- 5) c'è riconoscimento da parte della comunità professionale che quella competenza esclusiva è a tutela e garanzia del cliente
- 6) il professionista risponde in toto della prestazione e non può demandarla ad altre figure
- 7) il professionista è autonomo nella gestione della prestazione

12



Are di esclusività

- Pianificazione dell'assistenza
- Formazione clinica degli infermieri e del personale di supporto
- Gestione e supervisione del personale di supporto
- ...

13



DEMANDABILITÀ

Affidamento, da parte di chi ha competenza e responsabilità per una funzione, ad altri di alcune attività;

Queste attività, sulla base di considerazioni proprie, possono essere avocate a sé da parte di chi demanda

14



Delega

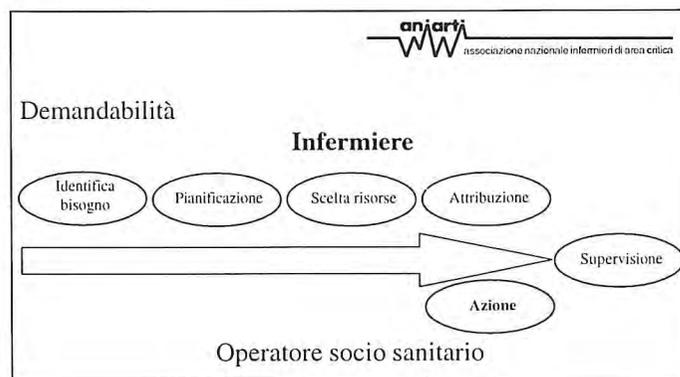
Indica l'attribuzione, da parte di chi ha autorità/responsabilità più elevata, a qualcun altro di attività che comunque, sono proprie del delegante

15

 associazione nazionale infermieri di area critica

**Delegare una competenza propria
è un atto illecito sia per chi delega,
sia per chi pone in essere la delega**

16



17

 associazione nazionale infermieri di area critica

RESPONSABILITÀ

Rispondere delle proprie e altrui azioni
È definita da:

- regolamenti
- norme
- indicazioni ed interpretazioni delle organizzazioni professionali

18

 associazione nazionale infermieri di area critica

Responsabilità...

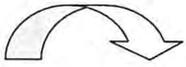
- **Conoscere**
- **Saper cosa fare e come fare**
- **Saper valutare**

19

 associazione nazionale infermieri di area critica

RESPONSABILITÀ

Rispondiamo
dell'assistenza
infermieristica
globale



**RECUPERARE
L'INTEREZZA
DEL PROCESSO
ASSISTENZIALE**

20

 associazione nazionale infermieri di area critica

LA RESPONSABILITÀ IMPLICA

- informazione
- conoscenza scientifica e organizzativa
- capacità relazionale
- scelta
- controllo
- documentazione

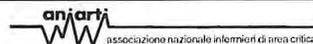
21



Gli Infermieri pensano, per essere, per fare...

- avere chiarezza di obiettivi professionali, nonché di politica sanitaria e giurisprudenziale
- disponibilità ad orientarsi agli obiettivi attraverso la condivisione, la motivazione
- rendere visibile il nostro operato come quantità, ma soprattutto come qualità

22



*Non esiste vento favorevole
per il marinaio che non sa
dove andare*

Seneca

23

LE PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE NELL'ASSISTENZA INTENSIVA: LA SPECIFICITÀ, L'ESCLUSIVITÀ, LA DEMANDABILITÀ, LA RESPONSABILITÀ

Assistenza alla persona adulta

S. SPANGARO

Infermiera, UCIC Ospedale «S.M. della Misericordia» Udine, Componente del Consiglio nazionale Aniarti

Riprendendo i concetti finora espressi possiamo ribadire che l'infermiere è il professionista che con l'emanazione del Decreto Ministeriale 739/1994 è il responsabile dell'assistenza generale infermieristica. Ne scaturisce che nell'ambito del percorso assistenziale assume responsabilità anche del management infermieristico.

La legge n. 42/99 abroga il mansionario e la professione supera definitivamente l'ausiliarità.

Sempre con la stessa legge viene attribuita la diretta responsabilità e gestione dell'assistenza infermieristica agli infermieri.

Questo comporta, che il professionista deve conoscere:

1) l'intero processo di lavoro, il che significa conoscere gli atti e azioni che compongono la prestazione infermieristica: **specificità**;

2) deve saper coordinare autonomamente il proprio processo di lavoro in quanto conosce metodi, strumenti risorse che consentono di erogare una prestazione infermieristica: **demandabilità**;

3) deve saper valutare i risultati conseguenti alla prestazione in quanto conosce la disciplina specifica che gli consente di definire la prestazione infermieristica che risponde al bisogno specifico rilevato: **esclusività**;

4) deve rispondere dei risultati conseguiti, responsabile delle azioni messe in atto per il raggiungimento degli obiettivi di cura anche se tale risultato è stato raggiunto con la collaborazione di diverse figure: **responsabilità**.

Riagganciandomi così ai concetti appena esposti dai relatori che mi hanno preceduto presenterò un caso clinico.

Caso clinico

Donna di 73 anni con diagnosi medica di accoglimento: edema polmonare in infarto acuto anteriore esteso, con severa compromissione della funzionali-

tà di pompa, insufficienza ventricolare sinistra; la paziente si presenta cosciente e collaborante.

La paziente sostiene i primi esami di accertamento quali ecocardiografia, elettrocardiogrammi seriati, esami ematochimici.

Vengono praticati i primi trattamenti farmacologici.

Vista la situazione di instabilità clinica, la paziente viene sottoposta ad uno studio coronarografico urgente.

Durante l'esecuzione dell'esame si rende necessario posizionare, al fine di migliorare la funzione di pompa, il contropulsatore intraortico.

La paziente rientra in reparto di terapia intensiva cardiologia.

La presa in carico di questa paziente seguirà il seguente *iter*:

1) consultazione di strumenti informativi, quali la cartella clinica, la cartella infermieristica o il diario infermieristico. Lo scopo di ciò è valutare quali sono le possibili complicanze e a riconoscere subito i segni di instabilità emodinamica;

2) raccolta dati attraverso una monitoraggio continua dei parametri vitali della persona, è responsabilità dell'infermiere contestualizzare il dato al tipo di situazione clinica, e quindi mettere in atto tutte quelle manovre per prevenire possibili situazioni di criticità vitale;

3) l'osservazione permette di stabilire una relazione con la persona assistita, per poter capire quando la paziente si trova in difficoltà e riconoscere fenomeni quale ansia, paura, irrequietezza, agitazione ed eventuale disorientamento;

4) le informazioni che riusciamo a raccogliere e a valutare, ci permettono di prevedere l'insorgenza del problema, il quale può essere espresso o inespresso. Le conoscenze di base ed esperte ci permettono di pianificare gli interventi, valutando costantemente la possibilità di utilizzare risorse materiali e di chiedere la collaborazione di altro personale.

5) l'attuazione degli interventi implica conoscere procedure, avere abilità per manovre assistenziali, padronanza della tecnologia;

6) infine la valutazione del processo attraverso il monitoraggio costante, la verifica del risultato ottenuto attraverso il miglioramento costante della situazione stessa.

Innanzitutto bisogna chiarire alcuni termini che verranno citati durante questo percorso; quali la criticità vitale che richiede l'impegno rapido e sicuro di tutti gli operatori e dove il medico ha un ruolo rilevante, l'instabilità clinica durante la quale possono verificarsi eventi pericolosi per la vita della persona in cura, non sempre precocemente prevedibili, ma dove l'infermiere con competenze avanzate ha un ruolo rilevante ed infine l'intensività assistenziale in cui il processo curativo medico-infermiere costante e continuativo a forte impegno assistenziale vede ancora l'infermiere con un ruolo rilevante.

Nell'esposizione del caso, ho utilizzato il modello di analisi della complessità assistenziale.

Modello di analisi per la complessità assistenziale, professionalità e competenze infermieristiche



La situazione di instabilità clinica del paziente comporta per l'infermiere

Bassa discrezionalità decisionale sul processo diagnostico-terapeutico

Caratteristiche professionali:

1. Alta capacità di interpretare segni/sintomi
2. Alta capacità tecnica
3. Alta capacità nel prevedere problemi
4. Alta capacità di attivare risorse

Il modello preso in considerazione ci aiuta a leggere una situazione di criticità vitale, di instabilità clinica, rispetto ad una situazione di stabilità clinica.

Gli assi che compongono questo modello sono tre; rispettivamente quello della salute/malattia, comprensione/scelta, e quello dell'autonomia/dipendenza.

L'asse della salute/malattia che si allontana dal suo punto d'origine, indica una situazione di instabilità clinica.

Nella situazione di instabilità clinica, e quindi nella gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici, il medico ha un ruolo rilevante. L'infermiere ha bassa discrezionalità decisionale sul processo, contribuisce alla realizzazione di questi percorsi con alta capacità di interpretare segni/sintomi, alta capacità tecnica, alta capacità nel prevedere problemi, alta capacità di attivare risorse in termini di efficacia ed efficienza.

Asse della comprensione o scelta, quanto più la persona è in una situazione di criticità vitale più si trova in grado di non potere scegliere cosa è meglio per se stessa in quella determinata situazione, difficoltà nel comprendere o essere in grado di decidere o scegliere in autonomia. La persona ha bisogno di essere supportata nel prendere una decisione, l'infermiere gestisce le relazioni e inizia a governare i processi assistenziali.

L'ultimo asse quello riferito all'autonomia/dipendenza, vede una situazione di stabilità clinica che tende verso la dipendenza della persona in cui troviamo la possibilità di pianificare e governare le prestazioni assistenziali.

Nella pianificazione dell'assistenza l'infermiere si avvale di metodi, strumenti e risorse.

L'infermiere deve saper valutare in autonomia le attività o prestazioni infermieristiche, deve dare delle priorità in alcune situazioni di criticità vitale rispetto ad altre situazioni di stabilità clinica.

Deve soprattutto salvaguardare ciò che è prettamente esclusivo da ciò che non lo è.

L'infermiere deve poter dare una prestazione di qualità dedicandosi solamente a ciò che è veramente esclusivo, demandando o attribuendo prestazioni non di esclusività infermieristica ad altre figure.

Durante l'assistenza alla persona che presenta una situazione di criticità vitale, l'infermiere monitorizza costantemente lo stato di salute della persona, attraverso i parametri vitali, supportando ed aiutando la persona nel rimanere tranquilla, evitando che si agiti ulteriormente, aiutandolo a mantenere una postura corretta, predisponendo le terapie farmacologiche prescritte e utilizzando i supporti tecnologici.

L'infermiere deve demandare ad altri, tutto ciò che in quel momento potrebbe distrarre la sua attenzione, non permettendo una costante e attenta concentrazione sulla persona da assistere.

Potranno essere demandate la preparazione di esami, la tricotomia in caso la paziente dovesse sostenere un esame invasivo, la preparazione per un trasporto protetto in urgenza.

Per un professionista demandare, significa possedere un notevole grado di competenza soprattutto quando si attribuiscono attività ad altri, garantendo una gestione dell'assistenza in modo globale, senza continue interruzioni.

Ciò significa attuare l'assistenza infermieristica completa alla persona, perduta a seguito della continua interruzione dovuta ad attività improprie, obiettivo indispensabile per il raggiungimento di quanto pianificato in termini di efficacia ed efficienza.

La responsabilità è civile e penale.

Nell'agire quotidiano l'infermiere ha la responsabilità di leggere ed interpretare i processi di cambiamento per garantire il massimo della qualità assistenziale.

L'infermiere è il garante del processo assistenziale, in quanto ne è il responsabile diretto.

Responsabilità vuole dire avere consapevolezza delle decisioni prese e delle ricadute che queste hanno sui processi assistenziali.

La responsabilità è direttamente collegata alla competenza acquisita e aggiornata attraverso la formazione permanente.

Responsabilità verso i cittadini e verso la professione stessa.

Responsabilità anche nella definizione dei ruoli per una più forte integrazione.

L'integrazione come possibilità ulteriore per far fronte ai problemi dell'assistito, stante la complessità delle situazioni assistenziali.

Responsabilità nell'aumentare l'autorevolezza della professione infermieristica.

Ognuno di noi può essere e deve essere parte dello sviluppo della professione.

Bibliografia

1. TIMMINS F., *Information Needs: Toward Theory, Conceptual Clarification and Application to Nursing Adults with Myocardical Infarction*. University of Glamorgan 2005.
2. TIMMINS F., KALISZER M., *Information needs of myocardical infarction patients*. European Journal of Cardiovascular Nursing, 2003 2: 57-65.
3. TIMMINS F., *A review of the information needs of patients with acute coronary syndromes*. Nursing Critical Care, 2005 vol. 10 n. 4.
4. GOODMAN B., *Ms and legal competence: interprofessional collaboration and nurse autonomy*. Nursing in Critical Care, 2004 vol. 9 n. 6.
5. HÜRLIMANN B., HOFER S., HIRTER K., *The role of the clinical nurse specialist*. International Nursing Review, 2001 48; 58-64.
6. JONSDOTTIR H., LITCHFIELD M., DEXHEIMER M., *The relational core of nursing practice as partnership*. Journal of Advanced Nursing, 2004 47(3), 241-250.
7. OWEN A., *Il monitoraggio in area critica*. Mac Graw-Hill Milano 1998.
8. *Codice Deontologico dell'infermiere* 12 maggio 1999.
9. D.M. 739/94 Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo Profilo Professionale dell'Infermiere.
10. *Accordo Stato Regioni* 16 gennaio 2003 G.U. n. 51 del 3 marzo 2003.
11. *Legge n.42 del 26 febbraio 1999* Disposizioni in materia di professioni sanitarie.
12. XXII Congresso Nazionale Aniarti «Criticità ed Intensività Assistenziale» Bologna novembre 2003.

L'infermiere esercita una professione sanitaria di carattere intellettuale fondata su competenze cognitive, comunicative-relazionali, gestuali... determinata dai contenuti del **Decreto Ministeriale**, ordinamenti didattici del **Corso di Laurea in infermieristica**, dalla **formazione post-base** (Master 1° livello, Laurea specialistica) e **Formazione Continua** (ECM)

• Questo comporta che il professionista **conosca**:

1. L'intero **processo di lavoro**, azioni, atti che compongono la **prestazione infermieristica**: **SPECIFICITÀ**
2. Deve saper valutare i risultati conseguenti alla prestazione in quanto conosce la **disciplina specifica** e definisce la prestazione infermieristica che risponde al bisogno specifico rilevato: **ESCLUSIVITÀ**
3. Deve **saper coordinare il proprio processo** di lavoro in quanto conosce metodi, strumenti e risorse: **DEMANDABILITÀ**
4. Deve **rispondere dei risultati** conseguiti, responsabile **delle azioni** messe in atto per il raggiungimento **degli obiettivi** di cura: **RESPONSABILITÀ**

1

Caso clinico

Donna di 73 anni con diagnosi medica di accoglimento: edema polmonare in infarto acuto anteriore esteso con severa compromissione della funzionalità di pompa, insufficienza ventricolare sinistra in paziente cosciente, collaborante.

La paziente sostiene esami quali:

- Ecocardiografia
- Elettrocardiogrammi seriati
- Esami ematochimici
- Trattamenti farmacologici



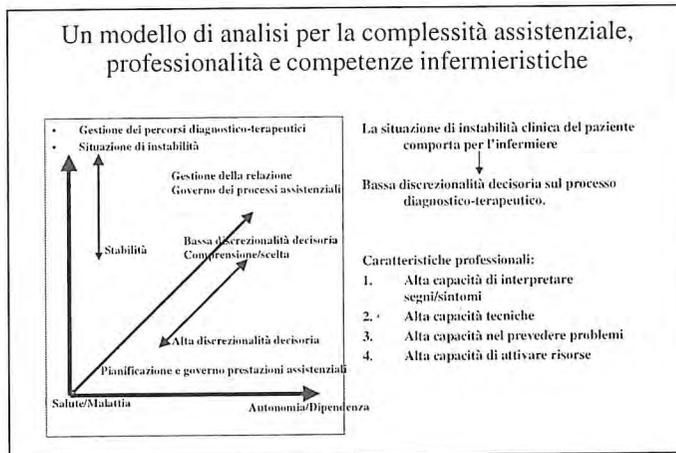
Coronarografia con
Impianto di
Contropulsatore
aortico

2

La presa in carico

- | | |
|---|--|
| • Consultazione di strumenti informativi | • La rilevazione del problema |
| • Raccolta dati attraverso monitoraggio continua | • Pianificazione degli interventi |
| • L'osservazione e relazione con la persona | • Attuazione degli interventi |
| | • Valutazione del processo |

3



4

Parole chiave

- **Criticità:** richiede l'impegno rapido e sicuro di tutti gli operatori, il medico ha un ruolo rilevante.
- **Instabilità:** possono verificarsi eventi pericolosi per la vita non sempre precocemente prevedibili, l'infermiere con competenze esperte ha un ruolo rilevante.
- **Intensività:** processo curativo medico-infermiere costante e continuativo impegno assistenziale, l'infermiere ha un ruolo rilevante.

5

Instabilità clinica/alta complessità assistenziale

<i>Situazione assistenziale/ problema di collaborazione interprofessionale</i>	<i>Priorità assistenziali</i>	<i>Specificità</i>	<i>Esclusività</i>	<i>Competenze</i>	<i>Demandabilità</i>
Possibile ipossimia in relazione alla congestione polmonare	Mantenere uno scambio gassoso ottimale	Riconoscere le caratteristiche definenti, i fenomeni di ulteriore instabilità, applicazione corretta del monitoraggio, applicazione corretta delle prescrizioni	Definire le prestazioni infermieristiche che rispondono al bisogno specifico rilevato attraverso un'osservazione del paziente, relazionandosi con la persona, mantenendo un'adeguata postura	Conoscenze esperte o avanzate, tecniche specifiche nella gestione delle tecnologie e nell'applicazione delle terapie	Le attività attribuibili sono: la preparazione di richieste per esami, il rifornimento di materiale, l'allestimento di un trasporto protetto, tricotomia
Possibile shock cardiogeno in ridotta contrattilità miocardica	Ottimizzare la gittata cardiaca	Riconoscere le caratteristiche definenti, controllare l'insorgenza di segni e sintomi quali ipotensione, tachicardia, oliguria, ridotto livello di coscienza	Identificazione dei bisogni di base pianificare l'assistenza secondo priorità, riconoscere bisogni urgenti/emergenti relazione d'aiuto con la persona	Competenze infermieristiche di base ed esperte	Preparazione del materiale per eventuale incannulamento di accessi venosi posizionamento di catetere vescicale
Alterazione della perfusione tissutale	Garantire una perfusione periferica ottimale	Riconoscere tempestivamente i segni e sintomi della riduzione di perfusione, utilizzando strumentazione, valutazione indice cardiaco, l'osservazione della persona assistita, valutando le informazioni raccolte	Sostenere la persona a causa del decorso del processo di malattia, garantire sostegno e rinforzi positivi	Competenze infermieristiche di base ed esperte	Recupero di materiale, ritiro di referti

Stabilità clinica/intensività assistenziale

Situazione assistenziale	Priorità assistenziali	Specificità	Esclusività	Competenze	Demandabilità
Interruzione dei processi familiari, correlata a natura critica della situazione	Garantire il supporto dei familiari	Mantenere i rapporti con la persona e i suoi familiari	Identificazione del bisogno di relazioni, pianificare gli incontri con i familiari, coinvolgere i familiari nel piano di cura	Alta capacità decisionale interventi educativi e di relazione	Educare i familiari a rapportarsi con la persona interagendo nelle cure
Ansia legata all'ambiente esami di routine, trattamenti sconosciuti	Guidare e sostenere la persona, incoraggiare la persona ad esprimere i suoi sentimenti	Orientare il paziente fornendo spiegazioni, presentando i membri dell'équipe, fornire orari precisi terapie e visite mediche	Dare informazioni precise, svolgere le proprie azioni in un clima di serenità e di tranquillità	Competenze di tipo relazionale	Sostegno del personale di supporto durante tutte le adl trascorrendo più tempo con il paziente
Deficit nella cura di sé	Garantire un'igiene ottimale	Mantenere la fisiologia della cute, garantendo un'accurata igiene, per il benessere della persona	Identificazione del bisogno pianificazione dell'intervento assieme alla persona	Competenze di base e avanzate	Alcune adl assieme all'operatore di supporto per altre in autonomia (lavaggio delle mani pulizia orale...)

Responsabilità

- Classiche civile e penale
- ... nel leggere ed interpretare i processi
- ... nella consapevolezza delle decisioni
- ... dimostrare la capacità nella presa in carico
- ... nel mantenere la competenza
- ... verso la persona come cittadino
- ... definizione di ruoli, per una forte integrazione
- ... aumentare l'autorevolezza della professione
- ... può e deve essere parte dello sviluppo della professione

8

Grazie per l'attenzione



9

LE PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE NELL'ASSISTENZA INTENSIVA: LA SPECIFICITÀ, L'ESCLUSIVITÀ, LA DEMANDABILITÀ, LA RESPONSABILITÀ

Assistenza al neonato

A. CULAON

Infermiera Neonatologia - Ospedale «S.M. della Misericordia» Udine

Il lavoro che propongo è finalizzato ad esemplificare come i concetti di responsabilità, esclusività, specificità e demandabilità possono tradursi in realtà operativa ed è strutturato in tre parti:

1. Premessa: il ruolo infermieristico nel contesto TIN (Terapia Intensiva Neonatale).
2. La situazione: nasce un bambino con problema respiratorio
3. Considerazione di tre obiettivi assistenziali.

Premessa: il ruolo infermieristico nel contesto TIN

Il ruolo infermieristico in una TIN consiste nel provvedere ad esperta e complessa *care*, rivolta ai neonati in condizioni critiche.

In collaborazione con l'intero team (composto da medici, infermieri con competenze avanzate, fisioterapisti, terapisti respiratori, assistenti sociali...) gli infermieri assistono i bambini con l'obiettivo di ottimizzare la loro crescita e sviluppo e mettono in campo la loro professionalità allo scopo di «fare la differenza» per i bambini ammalati e le loro famiglie (Marguire, 1999).

Il modello di pratica professionale enfatizza:

- l'importanza della presa di decisioni al letto dell'assistito;
- la condivisione dei valori della *family-centered-care*;
- la professionalità;
- il management partecipativo nella pratica di ogni giorno.

La pratica professionale degli infermieri in neonatologia si fonda su almeno 3 elementi:

1) implementazione della «terapia infermieristica», cioè degli interventi che l'infermiere autonomamente decide di attuare nel piano terapeutico (in seguito riprenderemo questo concetto e vedremo come si traduce nella realtà operativa);

- 2) collaborazione con altri professionisti ed operatori per la *care* della salute;
- 3) collaborazione e supporto per le cure mediche¹.

1. La situazione: nasce un bambino con problema respiratorio

«Nasce un bambino di 37 settimane: cesareo per sofferenza fetale, L.A. (liquido amniotico) tinto. Stanno portando la signora in sala operatoria».

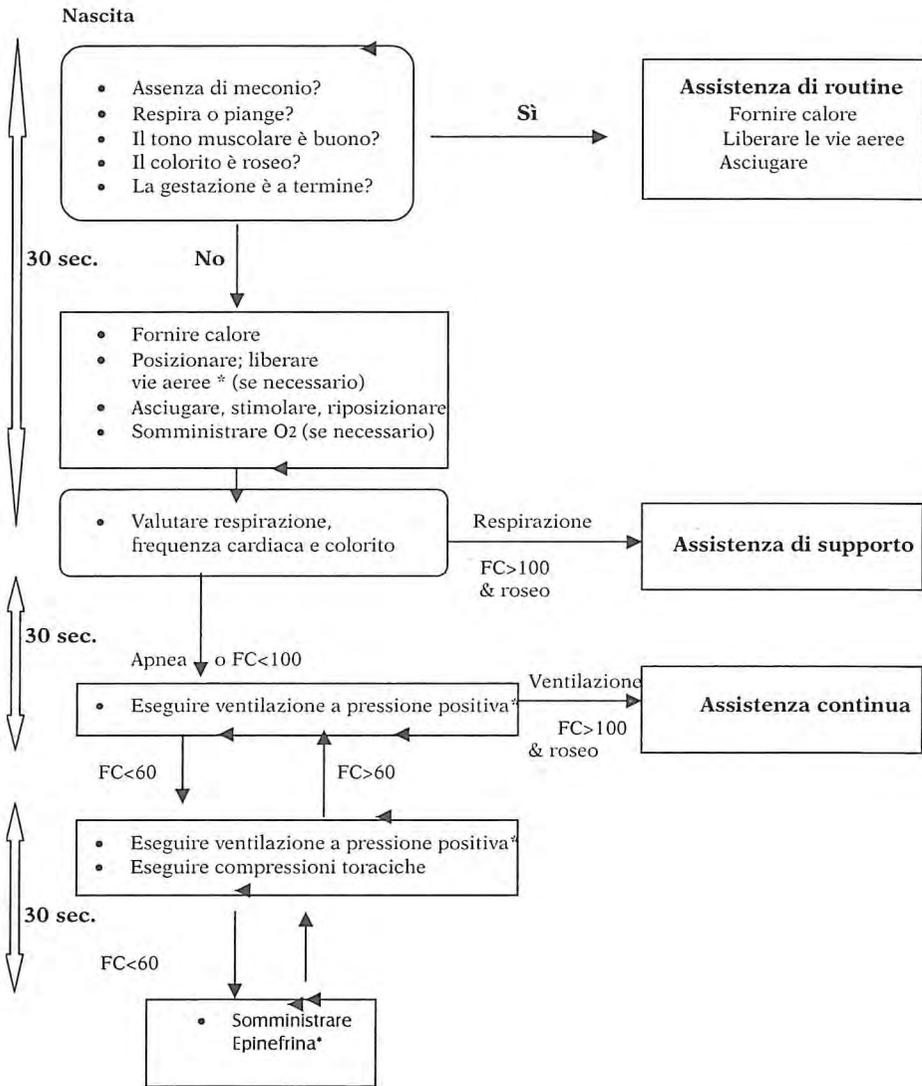
È una chiamata interna: rapidamente ci attiviamo perché tutto sia pronto per l'accoglimento di questo bambino che nasce «a rischio» per SAM (sindrome di aspirazione di meconio).

Un infermiere, dopo aver chiamato il neonatologo, controlla il corretto funzionamento dell'incubatrice da trasporto ed apparecchiature annesse, si accerta che siano disponibili tutti i presidi e materiali necessari. Contemporaneamente un collega predispone l'occorrente per l'assistenza e rianimazione neonatale in sala operatoria.

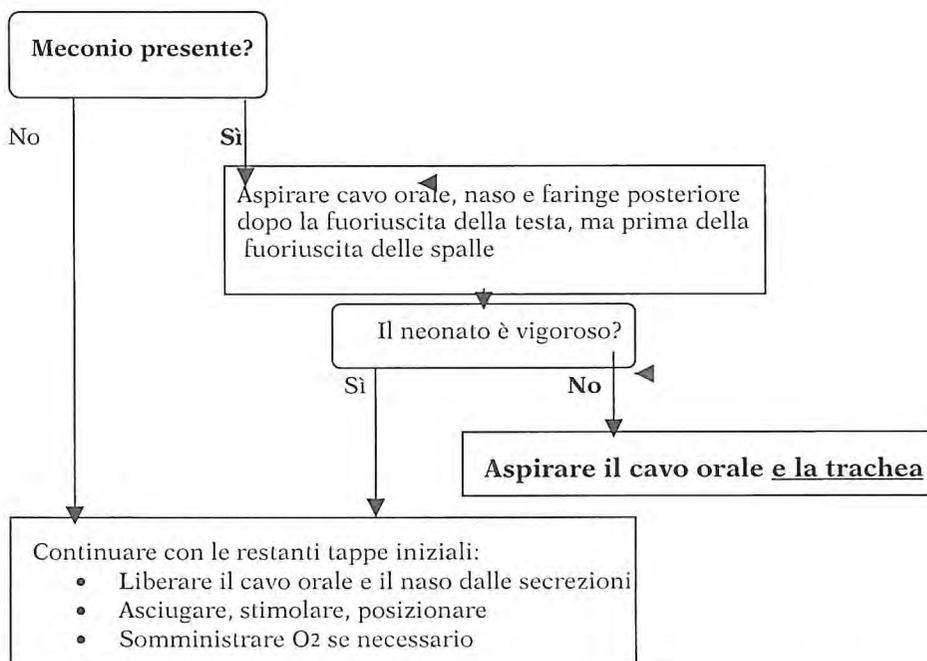
Il neonatologo ed i due infermieri costituiscono il team di assistenza alla nascita.

¹ R.C. HARRIGAN, D.J. PEREZ., *Neonatal Nursing in the New Health Care Delivery Environment*. In: C. KENNER, J. WRIGHT LOTT., *Comprehensive Neonatal Nursing*. SAUNDERS; 2003: 1-15.

L'assistenza in sala parto



* In questi frangenti si può prendere in considerazione l'intubazione endotracheale.



(si definisce vigoroso un neonato con sforzi respiratori intensi, un buon tono muscolare e una frequenza cardiaca superiore a 100 bpm)².

Nella situazione descritta interviene un team multiprofessionale (ostetrica/o, anestesista, neonatologo, infermieri) ai cui membri sono richieste elevate competenze tecniche e di integrazione con altri professionisti.

Il team assistenziale di TIN impegnato in questa prima fase del processo gestisce inoltre il trasporto del neonato ed il passaggio di informazioni:

- alla TIN sulle condizioni del neonato ed il tipo di supporto respiratorio necessario prescritto dal neonatologo (infermiere);
- ai genitori del neonato (medico + infermiere).

In U.O., nel frattempo, un infermiere gestisce la predisposizione dell'unità di degenza a garanzia della massima sicurezza per l'accoglimento del bambino.

Analizziamo insieme alcuni aspetti della situazione descritta cercando di definire gli ambiti di esclusività infermieristica, specificità e demandabilità.

Esclusività:

- nel decidere in ambito assistenziale: Chi fa? Che cosa? (ossia la decisione di attribuire gli interventi sulla base della loro complessità e della differente competenza degli infermieri);
- nella gestione e supervisione del personale di supporto;

² *Linee guida internazionali rianimazione neonatale*, American Academy of Pediatrics, 2000.

Riflessioni:

Siamo promotori della formazione «sul campo» nei confronti dei colleghi neoassunti o meno esperti?

Siamo impegnati nel predisporre/adottare strumenti di integrazione organizzativa per facilitare l'erogazione di prestazioni efficaci/efficienti? (Es: procedure/ceck list per il personale di supporto all'assistenza, protocolli e linee guida per i professionisti)

Come sono documentate le prestazioni che facciamo?

Specificità:

Esempio 1

L'infermiere, essendo il professionista che gestisce il processo assistenziale, è competente nell'attivare ed organizzare le risorse necessarie per l'accogliamento del neonato, organizza la diagnostica, prevede la redistribuzione dei volumi di attività che l'intero processo comporta per il personale operante in TIN. Pertanto, molto probabilmente, è il professionista che meglio di altri sa decidere quale unità di accoglimento/degenza risulta appropriata per il servizio da garantire.

Esempio 2

«A ogni parto deve essere presente personale in grado di avviare una rianimazione. Almeno una persona con queste caratteristiche deve essere responsabile esclusivamente dell'assistenza al neonato (...) quando si prevede un parto ad alto rischio deve essere presente più di una persona esperta. (...). Ogni team di rianimazione deve identificare un responsabile e tutti i membri devono ricoprire ruoli specificatamente definiti»³.

Le linee guida internazionali parlano di ruoli ben definiti ma non ne specificano l'assegnazione ai professionisti.

Nel contesto attuale la rianimazione continua ad essere una specificità agita prevalentemente dal medico con la collaborazione dell'infermiere. Il responsabile della rianimazione nel caso considerato è il medico neonatologo ed almeno uno dei due infermieri è esperto. Il team è in grado di garantire la sicurezza del bambino e la qualità della prestazione.

Tale prestazione può essere erogata da altri medici (anestesista, ostetrico) e/o personale ostetrico. Va stabilito quale team ha maggiori competenze e capacità, a garanzia del miglior servizio possibile.

Demandabilità (supervisione e controllo dell'infermiere esperto):

- ad un collega «non esperto»:
 - per la predisposizione del respiratore, altra tecnologia;
 - per il trasporto del neonato;

³ *Linee guida internazionali*. Pediatrics Vol. 106 No. 3 september 2000.

- per collaborare nell'assistenza in sala parto;
- ... etc. ...
- al personale di supporto:
 - per la preparazione dell'unità di accoglimento e dei presidi necessari;
 - per la pulizia, disinfezione, sterilizzazione delle apparecchiature e materiale impiegato;
 - per il ripristino dei presidi e materiale utilizzato;
 - per reperire il materiale cartaceo di pratiche burocratico-amministrative, documentazione clinica, richieste di indagini diagnostiche;
 - ... etc...

Riprendiamo il caso considerato: prima del suo ingresso in reparto sappiamo che il bambino è nato da taglio cesareo in anestesia spinale, L.A. fortemente tinto, corpuscolato, verde. Era cianotico e depresso, è stato intubato entro il 1° minuto di vita ed aspirato, non sono stati somministrati farmaci. Apgar 4-7-9. Necessita di IPPV (Ventilazione Pressione Positiva Intermittente).

Fra i dati anamnestici: i genitori sono sani, Marco è il primo figlio, pesa 2820 g., la gravidanza ha avuto decorso regolare.

Per esigenze di sintesi non è possibile un'analisi dettagliata delle varie fasi del processo assistenziale e pertanto ci limiteremo a considerare rapidamente tre obiettivi assistenziali tramite i quali, comunque, cercheremo di evidenziare il cuore della nostra professione.

2. Considerazione di tre obiettivi assistenziali

- 1) Garantire ABC.
- 2) Ridurre lo stress – promuovere l'autoregolazione.
- 3) Promuovere e sviluppare le competenze dei genitori come caregivers del loro bambino.

I tre obiettivi sono sempre presenti nel prendersi cura di Marco, ovviamente con priorità diversa e modulazione degli interventi ad esso correlati in base alle condizioni del neonato e dei suoi genitori nelle diverse fasi:

- elevata instabilità clinica/criticità vitale (fino a 48 ore di vita);
- instabilità clinica (3°- 4° giorno);
- stabilità clinica/predimissione (5°-11° giorno).

La raccolta dati derivante dall'anamnesi, dall'osservazione, dall'interpretazione dei parametri vitali, orienta la pianificazione assistenziale. Essa è volta a risolvere ma anche a prevenire problemi e complicanze correlate.

Per la SAM possibili complicanze sono: polmonite, pneumotorace (incidenza 15-33%), ipertensione polmonare persistente. È nota l'associazione tra SAM ed esiti neurologici⁴.

⁴ C. MORETTI, D.A. COZZI, C. GIZZI, M. SOMASCHINI, *La clinica*. In: C. MORETTI, *Disturbi respiratori del neonato*. Masson; 2002:451-487.

1. Obiettivo assistenziale: garantire ABC

Il più importante aspetto nel monitoraggio dei neonati con patologia respiratoria è la stretta e continua osservazione di segni e sintomi⁵. Si ribadisce l'importanza della raccolta dati e valutazione sistematica dei problemi: è sempre il bambino che guida le nostre azioni.

Gli interventi infermieristici sono fundamentalmente finalizzati:

– alla raccolta ed interpretazione dei dati con relativa segnalazione di variazioni patologiche;

– a mantenere la pervietà delle vie aeree;

– a ridurre il dispendio di ossigeno e calorie al minimo (es: riscaldare il neonato e garantire un ambiente termico neutro è un'azione *core* dell'assistenza infermieristica neonatale).

Non approfondiamo questa parte: dando per scontato che l'infermiere di TIN ha le competenze per garantire l'ABC, concentriamoci su come può «fare la differenza» per il bambino che assiste.

Riferendoci al Modello della complessità assistenziale sappiamo che «man mano che aumenta l'instabilità del paziente vi è una diminuzione della capacità decisoria e della discrezionalità dell'infermiere (...) Nonostante l'aumentata instabilità clinica produca una bassa capacità decisoria per l'infermiere, a quest'ultimo è comunque richiesta un'alta capacità di interpretare segni e sintomi»⁶.

L'esperienza professionale consente di affermare che un infermiere esperto nella maggioranza dei casi viene ascoltato e/o è interpellato per la presa di decisioni mediche.

L'estubazione di Marco è avvenuta quando l'infermiere ha riassunto al medico la propria valutazione affermando: «Sembra pronto per farcela». A 60 ore di vita il bambino è stato messo in CPAP con tubo nasofaringeo. Questo passaggio ha richiesto notevole impegno assistenziale infermieristico per supportare la funzionalità respiratoria (cure posturali – prioritaria la posizione prona –, aspirazione delle secrezioni, non stress) e garantire al bambino l'evoluzione verso l'autonomia.

2. Obiettivo assistenziale: ridurre lo stress – promuovere l'autoregolazione

Pensare, predisporre, «fare» un ambiente che riduce lo stress e promuove l'autoregolazione del neonato diventa di per se stesso una terapia.

Il mantenimento di un ambiente terapeutico è un'importante funzione infermieristica⁷.

⁵ J. CIFUENTES, A.H. SEGARS, W.A. CARLO, *Respiratory System Management and Complications*. In: C. KENNER, J. WRIGHT LOTT, *Comprehensive Neonatal Nursing*. SAUNDERS; 2003: 348-362.

⁶ G. PITACCO, A. SILVESTRO, *La complessità e l'assistenza infermieristica: significati e modalità di analisi per la composizione dell'équipe assistenziale*. Atti del XII Congresso ANIARTI, Bologna 12-14 novembre 2003.

⁷ D. HOLDICHT DAVIS, S. TUCHER BLACKBURN, K. VANDENBERG, *Newborn and Infant Neurobehavioral Development*. In: C. KENNER, J. WRIGHT LOTT, *Comprehensive Neonatal Nursing*. SAUNDERS; 2003:236-284.

Il neonato malato spesso ha una instabile vascolarizzazione polmonare e può essere soggetto a vasocostrizione polmonare da ipossia (agitazione-pianto possono essere fattori scatenanti).

È stato dimostrato che il neonato agitato ha maggiori difficoltà nell'ossigenazione e che un ambiente con minime stimolazioni permette una più stabile ossigenazione (5).

Als ed altri autori con i loro studi hanno evidenziato che modificando con cura l'ambiente di ciascun neonato e mettendo in atto strategie guidate da una valutazione individuale si ottengono risultati migliori. In luce di questo si comprende l'importanza di elaborare e rendere operativo un piano assistenziale personalizzato. Il NIDCAP (Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program) proposto da Als è un sistema organizzato di cure per i neonati ricoverati in TIN⁸.

Permettere al neonato lunghi periodi di riposo/sonno indisturbato e rispettare il più possibile i suoi «stop» risulta terapeutico per risolvere il problema respiratorio (riduzione dello stress) e contemporaneamente protegge e favorisce il suo sviluppo neurocomportamentale. Relativamente a questo aspetto l'attività di ricerca è tuttora impegnata per evidenziare i migliori outcomes correlati alla personalizzazione delle cure⁹.

*Ridurre lo stress-promuovere l'autoregolazione.
Modifiche ambientali (macro e microambiente).*

- Attenuare e modulare luci, rumori, attività.
- Offrire adeguato contenimento cutaneo e corporeo.

Modifiche organizzative

- Programmazione interdisciplinare.
- Pianificazione assistenziale*.
- Riorganizzazione del team assistenziale

***Attuare un programma di assistenza personalizzata ed evolutiva (8, 9)^{10 11 12}.**

- Clustering care nella soddisfazione dei bisogni del neonato e nell'applicazione di prescrizioni mediche.
- Minimal Touch.

⁸ H. ALS, *Developmental care in the newborn intensive care unit. Current opinion in Pediatrics* 1998. 10: 138-142.

⁹ B. WESTRUP et al., *Neonatal individualized care in practice: a Swedish experience*, *Semin Neonatol* 2002; 7: 447-457.

¹⁰ A. DAVIDSON, G. RAPISARDI, GP DONZELLI, *L'intervento abilitativo al neonato: la cura personalizzata ed evolutiva nella terapia intensiva neonatale. Quaderni AITR*, suppl. n. 9, anno XVIII-1° trim. 1995.

¹¹ W. INGA, *Guidelines for Infant Developmental in the Neonatal Nursery*. Winnicot Baby Unit, London, 2000.

¹² AM FEARY, *Touching the fragile baby: looking at touch in the special care nursery (SCN)*. *Aust J Holist Nurs*. 2002 Apr;9(1): 44-8.

- garanzia di periodi di riposo/sonno.
- Cura posturale.
 - privilegio della funzione prioritaria (es: posizione prona per il problema respiratorio);
 - adattamento alle caratteristiche individuali;
 - facilitazione della flessione fisiologica;
 - facilitazione di grasping, bracing;
 - alternanza tra le diverse posture;
- Handling
 - movimenti armoniosi nel contatto corporeo e nello spostamento spaziale;
 - uso di contenimento cutaneo e corporeo (holding, wrapping, nido);
- Analgesia
 - suzione di soluzione glucosata + wrapping;
 - stimolazione multisensoriale;
 - terapia farmacologica.
- Promozione dell'interazione relazionale neonato-genitori.
- Offerta di facilitazioni.
 - dell'organizzazione dei ritmi alimentari e sonno-veglia;
 - della transizione da uno stato all'altro;
 - suzione non nutritiva;
 - feeding (uso del ciuccio durante l'alimentazione per gavage, desensibilizzazione orale/promozione di stimolazioni piacevoli, wrapping per l'allattamento).
- Coinvolgimento dei genitori nel prendersi cura del loro bambino.

3. *Obiettivo assistenziale: promuovere e sviluppare la competenza dei genitori come caregivers del loro bambino*

Punti chiave per la relazione con i genitori:

- comunicazione autentica;
- chiarezza e rispetto reciproco dei ruoli;
- coinvolgimento precoce nel prendersi cura del bambino.

Le esigenze fondamentali di una madre sono sintetizzate molto bene in questa frase: «Bisognerebbe che fossimo prese in considerazione come quelle che possono fare qualcosa di importante per il proprio figlio ma nello stesso tempo ci dobbiamo aiutare fra noi (madri, genitori) e ci devono aiutare loro (medici e infermieri) perché il peso è proprio tanto grande». Far sentire «bene accolti» i genitori migliora il rapporto con noi operatori e rafforza il senso di fiducia nelle loro competenze¹³.

In ambito relazionale/educativo non dimentichiamo che nel corso del nostro agire quotidiano siamo continuamente educatori: i genitori osservano at-

¹³ G. COLOMBO, N. SILIPRANDI, *La «care» dei genitori in Terapia Intensiva Neonatale*. *Neonatalogica* 1998; 3: 173-7.

tentamente come siamo noi con il bambino ed apprendono. Questo spesso conta più delle nostre parole e condiziona fortemente la fiducia che hanno in noi.

Per i genitori di Marco il significato di coinvolgimento precoce, sin dal primo ingresso in TIN, (nella fase di elevata instabilità clinica) si traduce in azioni quali: parlargli, accarezzarlo, holding. La mamma viene incoraggiata a gestire la spremitura e conservazione del latte.

Col passare dei giorni i genitori imparano ad osservare il comportamento del neonato ed a comprenderlo sempre di più.

Nella fase di instabilità clinica, la mamma collabora con l'infermiere nell'handling e nell'offerta di facilitazioni: si rende conto che la sua presenza è utile per aiutare il figlio a stare meglio.

A 5 giorni di vita Marco viene estubato e con una minima supplementazione di ossigeno (0,05 L/m') mantiene una buona funzione respiratoria. Nei due giorni seguenti l'ossigenoterapia viene ridotta fino a sospensione.

Fin dal 5° giorno di vita il neonato inizia l'alimentazione al seno (decisione infermieristica): per sua madre sarà importante scoprire che è il modo di nutrirsi a lui più congeniale e dal 7° giorno rimarrà con lui fino alla dimissione (11° giornata).

Per riassumere cercherò di riportare quanto illustrato per i 3 obiettivi considerati ai concetti di esclusività, specificità e demandabilità.

Esclusività:

- nella pianificazione, gestione, valutazione degli interventi assistenziali infermieristici;
- nella formazione e supervisione dei caregivers;
- nell'erogazione di prestazioni assistenziali di qualità^{14 15 16}.

Cosa dobbiamo e vogliamo garantire? Che orientamento diamo ai nostri collaboratori?

I contenuti del piano assistenziale sono stabiliti da noi infermieri.

Abbiamo focalizzato l'attenzione su obiettivi «abilitativi», relazionali-educativi e possiamo lavorare ancora molto su questo, da protagonisti, senza trascurare il mantenimento e l'implementazione delle elevate competenze tecniche richieste in ambito intensivo.

Specificità:

Garantire l'ABC è «agito» da medici ed infermieri. La fase di elevata instabilità clinica/criticità vitale comporta, più che nelle successive, un notevole impegno infermieristico nella corretta applicazione degli interventi diagnostici e terapeutici prescritti.

¹⁴ DM 14 settembre 1994 n. 739. Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere.

¹⁵ DM 17 gennaio 1997 n. 70. Regolamento concernente l'individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'infermiere pediatrico.

¹⁶ Codice Deontologico approvato dal Comitato Centrale e presentato al Consiglio Nazionale il 27 febbraio 1999.

Le elevate competenze tecniche necessarie si coniugano alle capacità di collaborazione col medico, estrema nella fase di accoglimento e stabilizzazione delle condizioni cliniche.

Quale il valore aggiunto che diamo?

L'arte e la scienza del *caring* richiede individualizzazione e flessibilità nella capacità di giudizio e presa di decisioni¹⁷.

L'infermiere esperto che si confronta col medico riesce ad implementare o ridurre «in itinere» le prescrizioni, modificarne i tempi di esecuzione, renderle maggiormente appropriate alle esigenze dell'assistito.

Nella fase di instabilità clinica, superata la fase acuta o comunque quando il medico si allontana dal letto del bambino, l'infermiere riveste un ruolo decisivo per garantire l'ABC ed un'assistenza olistica rivolta anche alla famiglia.

È l'infermiere che si prende cura del bambino e dei suoi genitori ed ha la responsabilità di chiedere l'intervento medico qualora necessario od utile.

L'obiettivo assistenziale «ridurre lo stress del neonato – promuovere l'autoregolazione» (con i relativi interventi) è condiviso e perseguito dal gruppo multiprofessionale, dal personale di supporto all'assistenza, dai genitori ed i relativi interventi possono essere agiti da tutti i caregivers nell'ambito del piano assistenziale.

Però, soprattutto in fase di criticità ed instabilità clinica, quando è estremamente importante modulare continuamente le azioni in risposta alle condizioni cliniche ed ai segnali comportamentali del bambino, l'infermiere esperto è la figura professionale con maggior competenza per dare valore aggiunto.

Gli infermieri di neonatologia sono in una posizione unica ed efficace per influenzare la vita dei bambini e delle loro famiglie¹⁸.

La peculiarità della nostra professione, la presenza competente che garantiamo agli assistiti, ci pone in una posizione privilegiata anche nel garantire il miglior servizio possibile per l'intervento relazionale-educativo rivolto ai genitori.

Noi infermieri, dapprima protagonisti nel prenderci cura di Marco, abbiamo apprezzato le risorse dei suoi genitori, siamo stati gli educatori per lo sviluppo delle loro competenze, abbiamo lavorato con loro, soprattutto con la madre.

Abbiamo capito quando era il momento di assumere il ruolo di supervisori e quando «metterci in disparte». Siamo diventati i consulenti dei genitori e abbiamo valutato l'autonomia della famiglia nel prendersi cura del bambino.

Riflessioni:

Non è anche tutto questo che «fa la differenza»?

Non significa, a fronte di un forte impegno relazionale ed educativo iniziale, demandabilità ai genitori nella cura del bambino?

Non significa, oltre che qualità assistenziale, riduzione della durata di degenza, outcomes migliori? La ricerca sembra rispondere affermativamente a queste domande (7, 8, 9, 17).

¹⁷ G. LAWTON, *Integrated Nursing Care: vital issues important in the humane care of the newborn*. Semin Neonatol 2002; 7: 441-446.

¹⁸ J.M. McGRATH, *Family centered care*. In: C. KENNER, J. WRIGHT LOTT. *Comprehensive Neonatal Nursing*. SAUNDERS; 2003: 89-107.

Sarebbe importante, ad esempio, utilizzare strumenti oggettivi di rilevazione per l'osservazione del neonato e dei genitori, (es: Neonatal Behavioral Assessment Scale NBAS -Brazelton & Nugent, 1995- Assessment of Preterm Infant Behavior APIB -Als et al, 1982- Family and Infant Relationship Support Training FIRST -Brownw et al, 1996-Linee guida per riconoscimento di comportamenti materni (18) e documentare quanto stiamo facendo.

Demandabilità (supervisione e controllo dell'infermiere esperto):

- Collegli meno esperti sulla base delle competenze acquisite.
- Personale di supporto. Oltre ai compiti descritti nella prima parte relativa all'accoglimento, in tutte le fasi del processo assistenziale l'infermiere esperto può avvalersi del personale di supporto chiamato a collaborare nell'erogazione dell'assistenza (es: l'infermiere può essere affiancato dall'OSS per l'igiene del neonato, per l'esecuzione di prelievi ematici).

- Genitori.

Quanto demandato ai genitori per l'assistenza diretta, in fase di stabilità clinica-predimissione può essere affidato anche al personale di supporto adeguatamente formato e di riconosciuta competenza.

Riflessione:

Talvolta discutibili «estensioni di ruolo» o comunque l'esecuzione di prestazioni che sono anche mediche, ci privano di spazio mentale e tempo per dedicarci a funzioni più specifiche, se non esclusive, della nostra professione.

Potrebbe essere utile riesaminare quanto ci viene demandato dai medici ed avere un chiaro orientamento per lo sviluppo della nostra professione, sempre a garanzia del migliore servizio possibile per le persone assistite. Si tratta, sostanzialmente, di scegliere dove concentrare le energie e l'impegno: *extended-role practices* (performance di pratiche prima considerate mediche) o *expanded role* (affinare ed innovare entro il nursing)?

Risulta cruciale la collaborazione con altri professionisti per interventi che anche loro possono compiere (es. fisioterapisti per il programma di assistenza personalizzata ed evolutiva).

Con la consapevolezza che l'assistenza personalizzata e centrata sulla famiglia è quanto di meglio possiamo offrire, come infermieri ci impegnamo per pensare alle strategie e per attivare tutte le risorse possibili finalizzate a realizzarla.

È fondamentale lo sviluppo di una vision che ci guidi nell'esercizio professionale:

- realistiche aspettative di ruolo;
- accettazione della responsabilità;
- riconoscimento delle limitazioni;
- risoluzione delle aree grigie sulle competenze (1).

Ci stiamo impegnando a farlo. Buon lavoro a tutti.

Bibliografia di riferimento

1. R.C. HARRIGAN, D.J. PEREZ, *Neonatal Nursing in the New Health Care Delivery Environment*. In: C. KENNER, J. WRIGHT LOTT, *Comprehensive Neonatal Nursing*. SAUNDERS; 2003: 1-15.
2. *Linee guida internazionali rianimazione neonatale*, American Academy of Pediatrics, 2000.
3. *Linee guida internazionali*. PEDIATRICS Vol. 106 No. 3 september 2000.
4. C. MORETTI, D.A. COZZI, C. GIZZI, M. SOMASCHINI, *La clinica*. In: C. MORETTI, *Disturbi respiratori del neonato*, MASSON; 2002:451-487.
5. J. CIFUENTES, A.H. SEGARS, W.A. CARLO, *Respiratory System Management and Complications*, In: C. KENNER, J. WRIGHT LOTT, *Comprehensive Neonatal Nursing*. SAUNDERS; 2003: 348-362.
6. G. PITACCO, A. SILVESTRO, *La complessità e l'assistenza infermieristica: significati e modalità di analisi per la composizione dell'équipe assistenziale*. Atti del XII Congresso ANIARTI, Bologna 12-14 novembre 2003.
7. D. HOLDICHT DAVIS, S. TUCHER BLACKBURN, K. VANDENBERG, *Newborn and Infant Neurobehavioral Development*. In: C. KENNER, J. WRIGHT LOTT, *Comprehensive Neonatal Nursing*. SAUNDERS; 2003:236-284.
8. H. ALS, *Developmental care in the newborn intensive care unit*. *Current opinion in Pediatrics* 1998. 10: 138-142.
9. B. WESTRUP et al. *Neonatal individualized care in practice: a Swedish experience*. *Semin Neonatol* 2002; 7: 447-457.
10. A. DAVIDSON, G. RAPISARDI, GP DONZELLI, *L'intervento abilitativo al neonato: la cura personalizzata ed evolutiva nella terapia intensiva neonatale*. *Quaderni AITR*, suppl. n. 9, anno XVIII-1° trim. 1995.
11. W. INGA, *Guidelines for Infant Developmental in the Neonatal Nursery*. Winnicot Baby Unit, London, 2000.
12. AM FEARY, *Touching the fragile baby: looking at touch in the special care nursery (SCN)*. *Aust J Holist Nurs*. 2002 Apr;9(1): 44-8.
13. G. COLOMBO, N. SILIPRANDI, *La «care» dei genitori in Terapia Intensiva Neonatale*. *Neonatologica* 1998; 3: 173-7.
14. DM 14 settembre 1994 n. 739. *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relative profile professionale dell'infermiere*.
15. DM 17 gennaio 1997 n. 70. *Regolamento concernente l'individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'infermiere pediatrico*.
16. Codice Deontologico approvato dal Comitato Centrale e presentato al Consiglio Nazionale il 27 febbraio 1999.
17. G. LAWHON, *Integrated Nursing Care: vital issues important in the humane care of the newborn*. *Semin Neonatol* 2002; 7: 441-446.
18. J. M. McGRATH, *Family centered care*. In: C. KENNER, J. WRIGHT LOTT, *Comprehensive Neonatal Nursing*. SAUNDERS; 2003: 89-107.

Presentazione

- Premessa: ruolo infermieristico in TIN
- La situazione: nasce un bambino con problema respiratorio
- Considerazione di 3 obiettivi assistenziali

1

Ruolo infermieristico in TIN (1)

- Provvedere ad esperta e complessa care
- In collaborazione con l'intero team gli infermieri mettono in campo la loro professionalità allo scopo di «fare la differenza» per i bambini ammalati e le loro famiglie (Marguire, 1999)

2

Ruolo infermieristico in TIN (2)

- **Modello di pratica professionale**
importanza della presa di decisioni
condivisione dei valori *family centered care*
professionalità
- **3 elementi fondamentali**
implementazione «terapia infermieristica»
multiprofessionalità nel *care*
collaborazione e supporto per cure mediche
(HARRIGAN, PEREZ, *Neonatal Nursing in the New Health Care Delivery Environment*, in KENNER, WRIGHT
LOTT, *Comprehensive Neonatal Nursing*, SAUNDERS; 2003: 1-15).

3

**La situazione:
nasce un bambino con problema respiratorio**

Team multiprofessionale

«... Ad ogni parto dev'essere presente personale in grado di avviare una rianimazione. Almeno una persona con queste caratteristiche deve essere responsabile esclusivamente dell'assistenza al neonato ...quando si prevede un parto ad alto rischio deve essere presente più di una persona esperta... Ogni team di rianimazione deve identificare un responsabile e tutti i membri devono ricoprire ruoli specificatamente definiti...».

(Linee guida internazionali per la rianimazione neonatale. PEDIATRICS Vol. 106 No. 3 Set. 2000)

4

1. Esclusività

2. Specificità

3. Demandabilità

1. Esclusività

Decidere in ambito assistenziale: chi fa-che cosa
attribuire interventi in base a complessità e differenti competenze degli infermieri
Gestione e supervisione personale di supporto

Riflessioni:

- Siamo promotori della formazione «sul campo»?
- Siamo impegnati nel predisporre strumenti di integrazione organizzativa?
- Come documentiamo le prestazioni?

5

2. Specificità

3. Demandabilità

2. Specificità

Competenza nella gestione del processo assistenziale per attivazione e organizzazione risorse, previsione volumi di attività = decisione unità accoglimento
Competenza nell'assistenza al parto-rianimazione (rianimazione = specificità agita prevalentemente dal medico, ruolo forte dell'infermiere esperto, **collaborazione**)

3. Demandabilità (supervisione-controllo infermiere esperto)

Infermiere «non esperto»
Personale di supporto

6

3. Obiettivi assistenziali

1. Garantire ABC
2. Ridurre lo stress - promuovere l'autoregolazione
3. Promuovere e sviluppare le competenze dei genitori come caregivers

I tre obiettivi assumono priorità diversa e modulazione degli interventi in base alle condizioni del neonato e dei suoi genitori nelle diverse fasi:

- Elevata instabilità clinica/criticità vitale (48 ore)
- Instabilità clinica (3°-4° gg.)
- Stabilità clinica/predimissione (5°-11° gg.)

7

1. Garantire ABC

L'aspetto più importante del monitoraggio dei neonati con patologia respiratoria è la stretta e continua osservazione di segni e sintomi.

Interventi:

- Raccolta e interpretazione dati, segnalazione variazioni patologiche
- Mantenimento pervietà vie aeree
- Riduzione al minimo del dispendio di ossigeno e calorie (es. riscaldare il neonato, mantenere ambiente termico neutro)
- ...

(J. CIBUENES, A.H. SEGARS, W.A. CARLO, *Respiratory System management and Complications*. In: C. KENNER, J. WRIGHT LOTT, *Comprehensive Neonatal Nursing*. SAUNDERS; 2003: 348-362).

8

2. Ridurre lo stress promuovere l'autoregolamentazione

Pensare, creare, mantenere un ambiente che riduce lo stress e promuove l'autoregolazione del neonato diventa terapeutico
Importante funzione infermieristica

- Modifiche ambientali
- Modifiche organizzative
- Programmazione interdisciplinare
- **Pianificazione assistenziale***
- **Riorganizzazione del team assistenziale**

* Programma di assistenza personalizzata ed evolutiva

(H. ALS, *Developmental care in the newborn intensive care unit*. *Current opinion in Pediatrics* 1998. 10:138-142. D. HOLDICHT DAVIS, S. TUCHER BLACKBURN, K. VANDENBERG, *Newborn and Infant Neurobehavioral Developmental in: KENNER, WRIGHT LOTT, Comprehensive Neonatal Nursing*. SAUNDERS; 2003:236-284).

9

Programma di assistenza personalizzata ed evolutiva

- **Clustering care - Minimal touch**
- **Cura posturale**
- **Handling**
- **Analgesia**
- **Promozione interazione neonato-genitori**
- **Offerta di facilitazioni**
- **Coinvolgimento genitori nella care del bambino**

I tre obiettivi assumono priorità diversa e modulazione degli interventi

In base alle condizioni del neonato e dei suoi genitori nelle diverse fasi:

- Elevata instabilità clinica/criticità vitale (48 ore)
- Instabilità clinica (3°-4° gg.)
- Stabilità clinica/predimissione (5°-11° gg.)

10

3. Promuovere e sviluppare la competenza dei genitori come caregivers

«... Bisognerebbe che fossimo prese in considerazione come quelle che possono fare qualcosa di importante per il proprio figlio ma nello stesso tempo ci dobbiamo aiutare fra noi e ci devono aiutare loro perché il peso è proprio tanto grande...».

Far sentire bene accolti i genitori migliora il rapporto con noi operatori e rafforza il senso di fiducia nelle loro competenze

- Comunicazione autentica
- Chiarezza e rispetto reciproco dei ruoli
- Coinvolgimento precoce nella care

(G. COLOMBO, N. SILIPRANDI, *La «care» dei genitori in Terapia Intensiva Neonatale*, *Neonatalogica* 1998; 3:173-7).

11

Esclusività

- **Pianificazione assistenziale**
- **Formazione e supervisione caregivers**
- **Erogazione di prestazioni assistenziali di qualità**

Contenuti del piano assistenziale stabiliti da noi infermieri

Condivisione degli obiettivi nel gruppo multiprofessionale

Ambiente terapeutico, obiettivi relazionali, educativi, abilitativi: sviluppo e valore aggiunto dato dalla professione infermieristica

Importanza di strumenti e documentazione

Neonatal Behavioral Assessment Scale NBAS (Brazelton & Nugent, 1995) Assessment of Preterm Infant Behavior APIB (Als et al., 1982) Family and Infant Relationship Support Training FIRST (Brown et al., 1996) ecc.

12

Specificità

- **Garantire ABC è «agito» da medici e infermieri**
 Quale valore aggiunto?
 L'infermiere esperto si confronta col medico: garanzia di appropriatezza degli Interventi.
 - **Ruolo chiave dell'infermiere nella fase di instabilità clinica**
 Garantire ABC + valutare tutti i bisogni del bambino e dei genitori + prendersi cura + chiedere l'intervento medico qualora necessario ed utile.
 Es. Gli interventi per ridurre lo stress e promuovere l'autoregolazione possono essere agiti da altri caregivers ma è l'infermiere esperto il professionista più competente per farsi guidare dal bambino nella scelta degli interventi.
 - **Gli infermieri sono in una posizione unica ed efficace per influenzare la vita dei bambini e delle loro famiglie***
 Intervento relazionale-educativo
- * (G. LAWSON, *Integrated Nursing Care: vital issues important in the humane care of the newborn*. *Semin Neonatol* 2002; 7: 441-446).

13

Demandabilità (supervisione-controllo infermiere esperto)

- Colleghi meno esperti sulla base delle competenze acquisite
- Genitori
- Personale di supporto
- ...

**Demandabilità ed anche richiesta di aiuto
ad altri professionisti**

14

Cosa ci viene demandato?

Talvolta discutibili «estensioni di ruolo» o comunque l'esecuzione di prestazioni che sono anche mediche ci privano di spazio mentale e tempo per dedicarci a funzioni più specifiche, se non esclusive, della nostra professione.

Si tratta di scegliere dove concentrare le nostre energie ed impegno: performances di pratiche prima considerate mediche o affinare ed innovare entro il nursing?

15

Vision per l'esercizio professionale

- Realistiche aspettative di ruolo
- Accettazione delle responsabilità
- Riconoscimento delle limitazioni
- Risoluzione delle aree grigie sulle competenze

(HARRIGAN, PEREZ, *Neonatal Nursing in the New Health Care Delivery Environment*, in KENNER, WRIGHT LOTT., *Comprehensive Neonatal Nursing*, SAUNDERS; 2003: 1-15).

LA DISTINZIONE TRA LA LINEA CLINICA E LA LINEA ASSISTENZIALE E L'IDENTIFICAZIONE DELLE RESPONSABILITÀ DEL MEDICO E DELL'INFERMIERE: È POSSIBILE? È UTILE? VALORIZZA L'INFERMIERE?

P. CHIARI

Ricercatore - Università di Bologna - Responsabile Centro Studi EBN - Direzione del Servizio Infermieristico e Tecnico - Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna - Policlinico S. Orsola - Malpighi

In premessa devo dire che ciò a cui faccio riferimento è un'esperienza specifica, e come tale non è detto che sia riproducibile e esportabile ad altri contesti.

Parto da questa riflessione, su quello che è il percorso clinico e il percorso assistenziale: già da questa definizione ci sarebbe da discutere, perché non ho ancora capito quale è il percorso clinico che non è anche assistenziale, e il percorso assistenziale che non è anche clinico.

In realtà il riferimento diventerebbe molto più preciso se parlassimo di quello che sono le attribuzioni dal punto di vista del medico, dell'infermiere e di altri professionisti.

Ma anche se utilizzassimo questa distinzione di tipo professionale, potremmo avere delle difficoltà a chiarire esattamente ciò che è di uno e ciò che è dell'altro.

Sicuramente uno degli strumenti che ci aiuta ad affrontare questa tematica sono quelli che vengono chiamati strumenti d'integrazione, che qualcuno avrà sentito definire come percorsi clinico-assistenziali, oppure percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, profili di cura, ecc, (ci sono molte definizioni che sottendono questo strumento che è, sostanzialmente, un potente strumento d'integrazione), dove, su una matrice definita, viene costruita dagli esperti (e quindi da tutti i professionisti coinvolti) la migliore sequenza temporale e spaziale possibile, sulla base delle conoscenze tecniche, scientifiche e teoriche, e delle risorse professionali e tecnologiche, e che in qualche modo consente di strutturare quello che è il percorso e il riferimento ideale.

Non sarà mai così vero, nella realtà, ma ci aiuta ad indirizzare questo tipo di attività.

(Nella diapositiva n. 4 vi è un esempio).

Nonostante che, parliamo di integrazione, devo chiarire un altro aspetto: nell'ambito sanitario c'è una forte integrazione di professionisti, ogni professione ha un suo mandato, e tale mandato deve essere rispettato.

Ma il mandato deriva comunque, da un problema di salute, perché, noi siamo operatori sanitari e il nostro mandato è questo: ed è il focus che caratterizza tutti i professionisti sanitari, nessuno escluso.

Dire ciò che è mio e ciò che è tuo a volte può portare delle differenze.

Il ragionamento clinico assistenziale che viene applicato per rispondere ad un problema di salute, è quello che poi va a definire i livelli di responsabilità e i livelli di autonomia dei soggetti che interagiscono con quel problema di salute.

Nel mio contesto, il ragionamento clinico-assistenziale si sviluppa su quattro dimensioni che rappresentano da una parte l'evidenza scientifica (e quindi le migliori prove di efficacia che ho a disposizione per gestire un particolare problema di salute), dall'altra la mia esperienza che mi permette di far sì che quelle conoscenze teoriche diventino agire, diventino azione, passino sul paziente che in quel momento ho di fronte.

Inoltre (nel contesto italiano è ancora poco diffuso, ma nel mondo anglosassone è molto presente), ci sono le preferenze del paziente: perché alla fine chi sceglie, chi partecipa al processo di scelta in modo determinante è il paziente, ma anche la formazione e la manutenzione continua, perché l'interazione di queste tre dimensioni non è sufficiente se non mantengo aggiornato il mio sapere, la capacità di sapere gestire queste situazioni.

Tutto questo avviene in un contesto particolarmente difficile, complesso: è demografico, sociale, economico, finanziario, politico, istituzionale e questo complica molto le cose.

L'interazione, comunque, di queste quattro dimensioni è quello che mi porta a definire quello che sono i livelli di autonomia.

Se prendo in considerazione una professione forte, come ad esempio l'avvocato, quest'ultimo è chiaramente identificato nel suo livello di autonomia, perché nella risoluzione dei problemi la risposta è solo sua, la decisione è una scelta individuale: quindi è facilmente identificabile ciò che caratterizza l'autonomia dell'avvocato, del notaio, di queste professioni forti.

Nella sanità, in realtà, anche quella del medico, non è una professione così forte, perché non è chiaramente identificabile come si genera la decisione per rispondere ad un problema di salute: c'è sempre un'interazione di un'équipe, di un team, in cui ciascuno porta dei contributi, a volte più rilevanti da parte di una professione rispetto ad un'altra; ma non è possibile in sanità, gestire situazioni in totale autonomia.

Perché nel modello decisionale, la decisione che viene assunta non è mai legata ad una singola fase del processo decisionale, ma per poter assumere, effettuare una scelta c'è bisogno che qualcuno raccolga le informazioni corrette. Eventualmente queste informazioni devono essere supportate da eventuali consigli, quindi riferimenti ulteriori, che mi portano a riflettere su quella situazione, e quindi al momento in cui si sceglie una soluzione. La scelta a volte richiede l'autorizzazione: è evidente a tutti soprattutto nell'ambito dell'emergenza, quando si parla dell'applicazione di determinati protocolli, in cui l'operatore è libero di agire, è autonomo, ma l'autorizzazione di quel protocollo, è assegnato a qualcun altro: dopo di che segue l'azione.

Questi elementi fra di loro devono esistere tutti per poter caratterizzare la decisione, ma chi controlla, anche esclusivamente, la fase di raccolta delle informazioni, condiziona l'intero processo decisionale.

Quindi indipendentemente dai soggetti che interagiscono in questo processo, (che siano esclusivamente raccoglitori d'informazioni, o erogatori di consigli o autorizzatori), hanno comunque la capacità di influenzare nettamente questo processo. La decisione che viene raggiunta nell'ambito della sanità è spesso una decisione congiunta: decisione che matura nell'integrazione fra professionisti.

Quindi da una parte ho evidenziato la sfera della diagnosi e della terapia che sicuramente è una sfera medica, ma c'è anche l'area del nursing e dell'assistenza: tenete presente che spesso queste due aree hanno dei momenti forti d'integrazione.

A tutti voi che operate nell'ambito dell'area critica, vi saranno capitate situazioni in cui voi avete dovuto effettuare interventi che potremmo definire sicuramente di tipo medico, a volte ci sono situazioni in cui il medico stesso assume degli interventi e delle funzioni che potremmo definire assistenziali, perché in quel caso la situazione d'emergenza assegna o toglie la responsabilità al professionista perché comunque la situazione va risolta. Tutti voi avete affrontato situazioni di questo tipo e quindi concorderete con me che non sempre è facile distinguere questi due aspetti. Quando facciamo riferimento a prestazioni autonome, molto spesso il limite di queste prestazioni sfuma e diventa indistinto e quindi particolarmente complesso decidere.

Quali sono le premesse affinché possiamo ragionare in termini di integrazione, per renderla evidente e quindi gestibile?

La prima premessa che ho evidenziato è la fiducia: c'è un sociologo (Luckman) che dice una cosa bellissima: «qual è il motivo per cui al mattino ognuno di noi si alza, si lava, si veste ed esce per incontrare il mondo?» La risposta è: «perché ha fiducia del mondo», perché se non fosse così, non si alzerebbe, non uscirebbe ad incontrare gli altri.

C'è un problema di fiducia, ma c'è anche un problema di riconoscere la diversità. Questa è un'altra grande battaglia.

Deve essere chiaro che l'infermiere, il medico, l'OTA, l'OSS, la dietista, il fisioterapista, sono soggetti diversi che, all'interno di un disegno comune (quello della difesa della salute), apportano contenuti e interessi diversi.

Per fare questo è importante che ci sia (fra questi diversi professionisti che interagiscono), fiducia e reciprocità, che si vada a costituire un capitale sociale.

Reciprocità vuol dire che ciascuno deve riconoscere quelle che sono le competenze, le capacità dell'altro, perché se non c'è riconoscimento che l'altro è diverso da me, non c'è nessuna possibilità d'integrazione.

L'integrazione è possibile solo dove c'è diversità riconosciuta.

Quali sono gli strumenti che possono facilitare i percorsi d'integrazione?

Un primo esempio può essere il sistema di accreditamento professionale. In tal proposito, nella slide n.11, ho citato la Joint Commission, (ma ci sono anche altri modelli di accreditamento), tutti si basano sostanzialmente su questo aspetto che è l'integrazione: non esiste nella definizione dei sistemi di accreditamento, l'accREDITAMENTO mono professionale, perché non porterebbe da nessuna parte.

Il secondo grande esempio di integrazione tra professionisti è il Risk Management: la gestione del rischio.

Noi viviamo in una struttura che è quella sanitaria dove non esiste nessuna prestazione che sia esente da rischi.

Il problema sarà di andare a bilanciare quelli che sono i possibili benefici che derivano da un determinato intervento, da quelli che sono i possibili rischi, e questo è ancora una situazione in cui il ruolo dell'infermiere è determinante, ma non può essere esercitato esclusivamente da solo.

La terza grande area d'integrazione sono i protocolli, le procedure, ma in particolare le linee guide, come strumento di indirizzo del professionista.

È uno strumento, per definizione, multi professionale.

Fino ad alcuni anni fa si vedevano le linee guida fatte «da quattro amici al bar», cioè fatti da alcuni soggetti che si trovavano e descrivevano dei processi, cose varie.... ma questa non è una linea guida. La linea guida deve mettere in discussione fra soggetti diversi, diversi conflitti d'interesse che comunque esistono perché ciascuno di noi è portatore di interessi particolari. Si portano interessi che derivano dal proprio esercizio professionale, dal proprio essere professionisti.

Quindi la linea guida diventa un potente strumento d'integrazione, ha le sue regole, così come i protocolli, e le procedure.

Il quarto esempio (l'ho citato all'inizio e lo riprendo), sono i percorsi clinico-assistenziali, dove è evidente che i risultati, gli esiti del percorso sono legati al contributo delle diverse professionalità. Se così non fosse, non saremmo in grado di raggiungere gli esiti previsti per quel percorso ideale. E soprattutto non saremmo in grado di trasformare quel percorso ideale in un percorso concreto che porta il soggetto al superamento del problema di salute.

Ultimo esempio, la clinical governance o governo clinico (e non il governo dei clinici come qualcuno ha tradotto anche su documenti legislativi, che poi sono stati ritirati).

Quando faccio riferimento a questo, faccio riferimento sostanzialmente, ad una struttura che ha il compito di coordinare tutte quelle attività che devono servire per gestire i rischi, i sistemi della qualità, gli audit, la valutazione degli interventi, la tecnologia sanitaria, ecc., che richiedono un unico substrato (che deriva dalle radici che affondano in quello che è l'evidence based nursing, l'evidence based practice, l'evidence based medicine), ma che affonda le sue radici nelle prove di efficacia rispetto al trattamento e anche nella costruzione del consenso, là dove le evidenze non esistono, e quindi con delle regole che impediscano che l'autorità abbia il sopravvento sull'autorevolezza.

Infine tutto questo potrebbe rappresentare un contributo notevole alla evoluzione del soggetto che da novizio, transitando verso la fase di esperto arriva alla funzione di avanzato, dove la capacità di gestire non esclusivamente il proprio specifico professionale, ma anche gli strumenti d'integrazione, potrebbe rappresentare un elemento molto importante.

Termino con le domande che avete visto nella slide iniziale : «La distinzione fra la linea clinica e linea assistenziale e l'identificazione della responsabili-

tà del medico e dell'infermiere». La sostanza era quella di chiedersi se ciò è possibile, ciò è utile, ciò è efficace.

Alla prima domanda: «È possibile?» Rispondo: «Non credo che sia possibile, ma credo che sia necessario, non perché è utile, ma perché l'assistenza sanitaria è fatta così, se no non parliamo di assistenza sanitaria, ma parliamo di difesa d'interessi mono-professionali».

È efficace? «Aumenterei l'utilizzazione di termini, spingendomi, anche, sul versante della sicurezza, dell'appropriatezza, dell'equità, e altri elementi che potremmo prendere in considerazione».

L'ultima domanda chiedeva: «Valorizza l'infermiere»? Avrei voluto interrompere la mia presentazione per lasciare a voi la risposta, ma ho incontrato molti colleghi che mi hanno stimolato a presentare il mio pensiero. Il mio pensiero è che l'infermiere deve agire, deve lavorare, deve ricercare, deve trovare evidenze, deve diffondere, ma soprattutto lo deve fare assieme ai colleghi, non deve mantenere quelle che sono le proprie conoscenze, le competenze nel cassetto, in tasca, ma le deve mettere a disposizione degli altri, perché questo porta alla valorizzazione dell'infermiere: questo porta all'affermazione di questa professione.



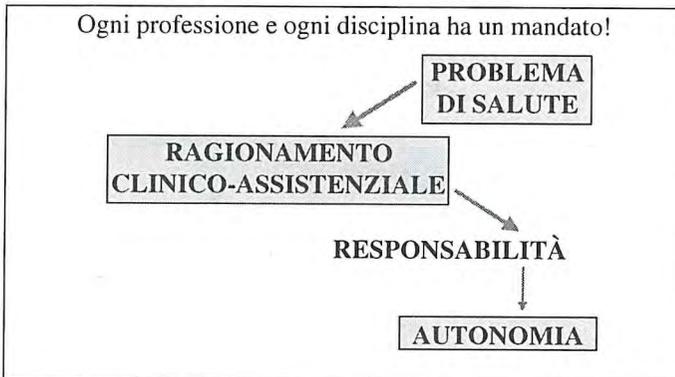
1

- Percorsi clinico-assistenziali
 - Percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali
 - Clinica pathway
 - Profili di cura
- Def. = la migliore sequenza temporale e spaziale possibile, sulla base delle conoscenze tecnico-scientifiche e delle risorse professionali e tecnologiche a disposizione, delle attività da svolgere per risolvere i problemi di salute del paziente.

2

Stage 1 (First shift)	
Assessment	Patient has been admitted by RMO / Registrar Document pain assessment on MR 77 Baseline TPR and BP Contact RMO if increased irritability & deterioration in condition Check IV site
Treatments	Book inpatient renal ultrasound as per request card (if child < 6 months unless clinically indicated) Send patient for renal ultrasound if required Maintain FBC if < 2 y.o. (or if indicated)
Nutrition	Encourage fluid intake Diet as tolerated
Activity & Hygiene	Mobilise as tolerated Maintain general hygiene Give parents / caregiver:
Teaching/ Discharge Planning	<ul style="list-style-type: none"> • Ward orientation and orientation folder provided • UTI information pamphlet and discuss Discuss expected plan of care & length of stay using the path as a guide Contact HACC Coordinator (HITH) if antibiotics TDS, BD or daily
OUTCOMES	Obs stable IV site checked and patent Antibiotics commenced Pain controlled Fluids tolerated Voiding

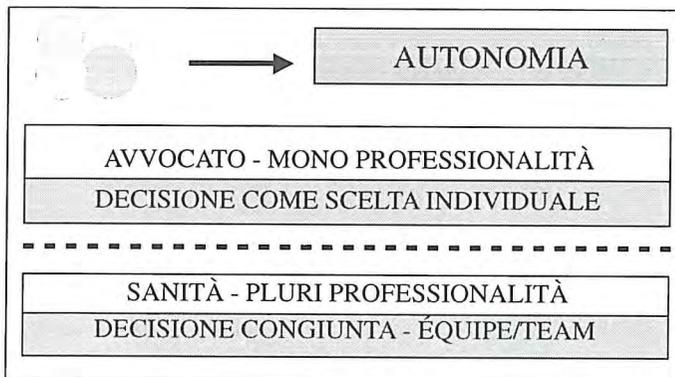
3



4



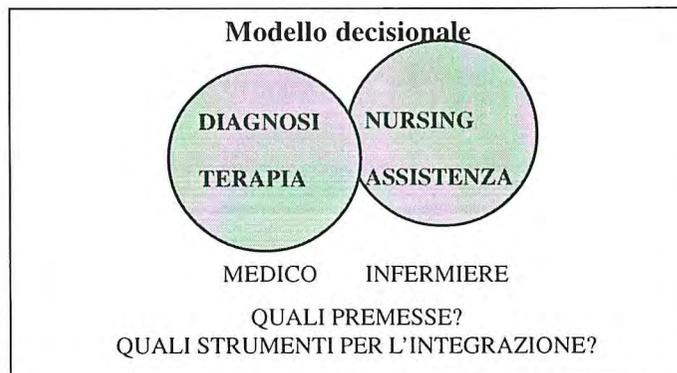
5



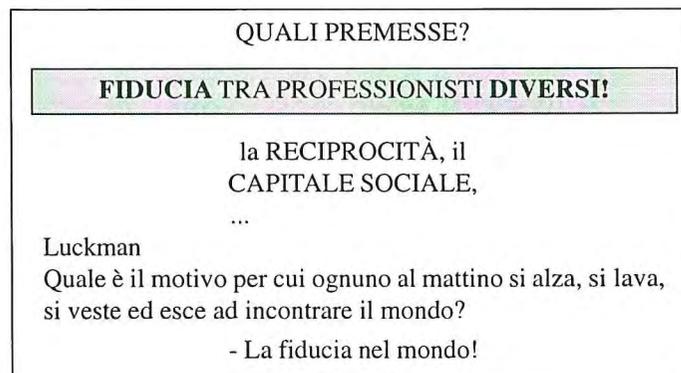
6



7



8



9

QUALI STRUMENTI PER L'INTEGRAZIONE?

1° esempio

ACCREDITAMENTO PROFESSIONALE

Setting the Standard for Quality in Health Care

Who Am I | Search | Sitemap | Contact Us | Careers | About us | "Jayco"



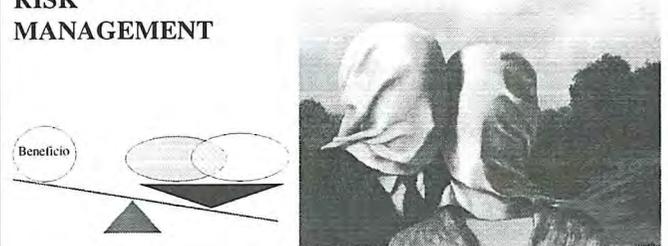
Accredited Organizations How to Become Accredited Certification General Public News Room Employers, Benefits Consultants & Unions Performance Measurement

10

QUALI STRUMENTI PER L'INTEGRAZIONE?

2° esempio

RISK MANAGEMENT



Beneficio

11

QUALI STRUMENTI PER L'INTEGRAZIONE?

3° esempio

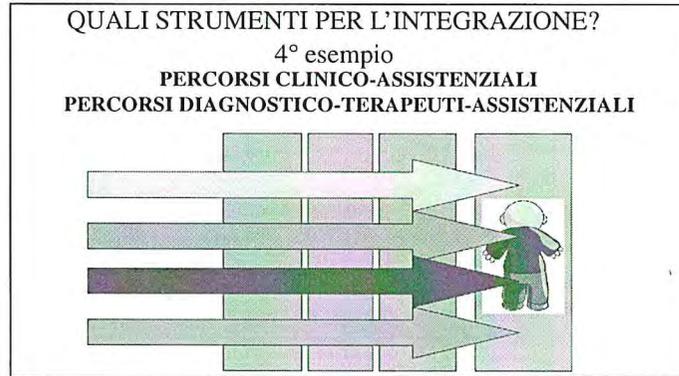
LINEE GUIDA

Linee guida

Protocolli

Procedure

12



13

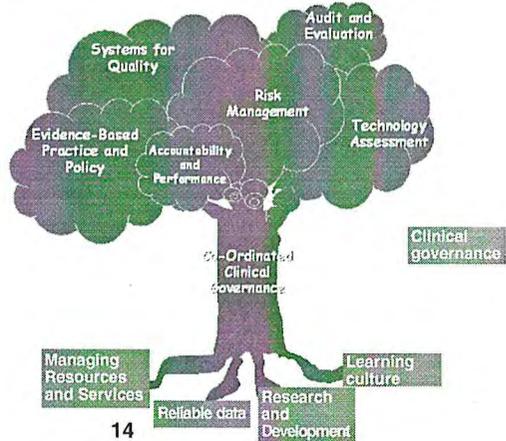
QUALI STRUMENTI PER L'INTEGRAZIONE? 5° esempio

CLINICAL GOVERNANCE

EBN

EBP

EBHC



14



15

La distinzione tra la linea clinica
e la linea assistenziale
e l'identificazione della responsabilità
del medico e dell'infermiere.

È possibile?

È utile?

È efficace?

16

- È possibile?
- **... è necessario!**
 - È utile?
 - **... è assistenza sanitaria!**
- È efficace?
- **... è efficace, sicuro e appropriato!**

17

- Valorizza l'infermiere?
- ... !



18

www.evidencebasednursing.it
www.epohc.it

Evidence-Based Nursing

Patient Oriented Health Care



[Azienda Ospedaliera di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi](#)
SERVIZIO INFERMIERISTICO E TECNICO
[Direzione Servizio Infermieristico e Tecnico](#)
Direttore Patrizia Taddei

[Cos'è EBNN](#) [Aiuti e Link](#) [Centro Studi](#) [Contattaci](#) [Collabora con](#) [Mailing list](#)
[Revisioni](#) [Traduzioni](#) [Progetti SIT](#) [Terapie CAM](#) [Eventi](#) [Diogene](#)



- Speciale IDRATAZIONE
- Bando per INFERMIERI (scade 4 luglio 2005)

Premessa etica

... la convinzione che la condivisione delle informazioni sia un bene positivo di formidabile efficacia, e che sia un dovere etico ... facilitare l'accesso alle informazioni ... ogni qualvolta sia possibile.

... the belief that information-sharing is a powerful positive good, and that it is an ethical duty of hackers ... facilitating access to information ... wherever possible.

(Etica Hacker-Jargon File 4.2.0 dated Jan 31, 2000 - <http://info.astrian.net/jargon/>).

SVILUPPO ASSISTENZIALE E SOSTENIBILITÀ ECONOMICA: UNA CONTRADDIZIONE?

R. MEGLIORIN

Infermiera DAI, Coordinatore Rianimazione - D.E.A. Policlinico A. Gemelli - Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma - Componente del Comitato Direttivo Aniarti

Keyword:

qualità, valutazione economica, motivazione, responsabilità, affidabilità.

Premessa

Il diritto alla salute è affermato con chiarezza sia nella Dichiarazione Universale che nel Patto sui diritti economici, sociali e culturali, che lo definisce come diritto al «livello più elevato possibile di salute fisica e mentale».

Come ricorda la «Guida ai diritti umani» dell'UNESCO, secondo le Nazioni Unite i servizi sanitari fondamentali, che servono a garantire una adeguata tutela sanitaria alla comunità, devono comprendere:

- assistenza alle madri e all'infanzia, ivi compresi le cure ostetriche;
- nutrizione;
- prevenzione e controllo delle malattie infettive;
- servizi igienico-sanitari e accesso alle risorse idriche;
- educazione sanitaria;
- sanità sul posto di lavoro.

Nel **Sistema delle Nazioni Unite**, compete alla **Organizzazione mondiale per la sanità (OMS)** la responsabilità primaria di preparare e supervisionare le misure internazionali concernenti il diritto alla salute e il coordinamento del lavoro sanitario in campo internazionale.

Il preambolo della Costituzione dell'OMS dichiara: «il godimento del livello di salute più elevato possibile è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano, senza distinzione di razza, religione, credo politico, condizioni economiche e sociali». La definizione di salute della OMS include «il benessere fisico, mentale e sociale».

Anche la **Commissione per i diritti umani** dell'O.N.U. ha affrontato i problemi concernenti il diritto a godere il livello più alto possibile di salute fisica e mentale. Nella sua sessione del 1989, la Commissione ha riaffermato tale diritto nella risoluzione 1989/11 e ha ribadito che tutti i diritti umani valgono per tutti pazienti senza eccezione alcuna.

In Italia questo principio è stato sancito con la **Carta Costituzionale** quasi

60 anni fa, espresso sottoforma di diritto alla tutela della salute, diritto primo e inviolabile sulla base del quale l'economia sanitaria oggi è chiamata a decidere e a sancire ulteriori norme e regole atte alla risoluzione dei problemi di salute, intesa in senso olistico, anche attraverso una più coerente e puntuale politica economica e sociale.

La visione della salute quale diritto, perciò, vede la ragion di stato attiva al fine di corrispondere ai bisogni dell'uomo, utilizzando sistemi di programmazione e di pianificazione che ne permettano un possibile controllo dal punto di vista qualitativo, qualità intesa sia dal punto di vista «percepito» dall'utente, sia dal punto di vista «spesa economica», con un risultato costo-beneficio cioè che preveda uno scarto il più possibile minimo.

Questa revisione del sistema sanitario, spinta dall'esigenza economica innanzi tutto, ha comportato l'avvio di un ripensamento non solo sul piano organizzativo e strutturale, ma anche, e soprattutto, basato sulla necessaria presa di coscienza che la consuetudine fino ad ora mantenuta – quella di un sistema che cercava di offrire indistintamente tutto a tutti, non può più permettersi di sopravvivere.

Si ricorda a tal proposito quanto dichiarato dal direttore del British Medical Journal, Richard Smith, in uno dei suoi editoriali di alcuni anni fa: »Tra cinquant'anni il 2001 potrebbe essere ricordato per questi due avvenimenti: l'attacco dell'11 settembre e la pubblicazione del rapporto della Commissione su macroeconomia e salute dell'Organizzazione mondiale della sanità».

Proprio nel 2001 infatti l'O.M.S., in un quadro di revisione globale della situazione mondiale della spesa economica, ha affrontato il tema della rideterminazione dei bisogni assistenziali e dei percorsi di cura atti a queste finalità.

Da questo preambolo risulta imperativo porsi e porre all'intero gruppo professionale una serie di interrogativi ai quali non possiamo sottrarci:

– Dove ha intenzione di collocarsi la popolazione infermieristica italiana in questo nuovo, cogente momento di rivoluzione culturale-politico e economico della sanità?

– Quali obiettivi di salute e di qualità intende collegialmente porsi?

– Quanto e cosa il gruppo professionale intende garantire all'Uomo che si rivolge al Servizio Sanitario?

– Esiste il Valore Aggiunto?

– Quali aspetti culturali intende far propri e rilanciare all'Europa?

– Di quali strumenti intende dotarsi al fine di razionalizzare al massimo risorse e energie per raggiungere le mete prefisse?

– Di quali e di quante risorse è essenziale dotarsi, di quali si può/potrebbe fare a meno?

– Il *chi faceva che cosa* 10 anni fa può fornire, ancora oggi, un modello di riferimento?

Molti altri sono gli interrogativi che dovremmo affrontare e a cui non potremo sottrarci, alcuni dei quali, probabilmente, ancora neanche riusciamo ad individuare, anche perché troppo presi dai problemi individuali, legati alla nostra piccola, e molto spesso poco rappresentativa, realtà di lavoro.

E mentre noi parcellizziamo le energie, sprecandole dietro obiettivi molto spesso troppo grandi e articolati, che poco si rifanno ad una contrattazione politica del singolo operatore, perdiamo di vista quanto di prioritario c'è da fare già oggi e che, già oggi, comporterebbe una migliore risposta sanitaria.

La relazione presentata nell'ambito di questo congresso vuole servire a scuotere i nostri convincimenti che, spesso arroccati su posizioni anacronistiche e eticamente discutibili, tendono a ridurre i livelli di assistenza e di qualità dell'assistenza erogata.

L'Uomo infermiere che si emoziona, si indigna, sceglie di opporsi alle guerre, alle violenze, alla violenza sulle donne, alla violenza sui bambini, alle morti di/per mafia non può non sollevarsi di fronte a ciò che è «*infermieristicamente*» errato, alle organizzazioni del lavoro nate ieri e che oggi agiscono da motivo di insoddisfazione, di sprechi, di demotivazione.

Facciamo alcuni esempi:

- L'Uomo infermiere non può ancora oggi sottrarsi alle responsabilità organizzative affinché i bambini possano, nelle terapie intensive così come nei reparti, essere rassicurati ed amati dai propri genitori.

- L'Uomo infermiere oggi è pronto a vincere la sfida del dolore inutile nelle corsie, così come nelle ambulanze e negli hospices?

- Così come l'Uomo infermiere oggi non tollera più una politica sanitaria che non prevede una programmazione seria, affidabile, puntuale, l'Uomo utente non può più tollerare un gruppo professionale che, pur socialmente riconosciuto (cominciamo a sfatare le tante frasi fatte dietro le quali continuiamo a nasconderci) con una posizione, una Laurea e, tra poco, un Ordine, si ostina a:

- non utilizzare strumenti di valutazione del *proprio* operato,
- priorità spesso basate più su sensazioni che su rilevazioni scientifiche,
- evitando di scegliere prese decisionali a volte scomode e impegnative ma che possono poi fornire la «pietra angolare» sulla quale convogliare gli sforzi e le energie future.

Volgendo lo sguardo al futuro possiamo dire che sì, sostenibilità economica e qualità possono non essere in contraddizione Ma che tanto dipende soprattutto da come il gruppo professionale infermieristico intende affrontare il proprio ruolo istituzionale, sociale, politico, da quanto intende ancora spendersi e soprattutto se ancora intende spendersi per svolgere quella professione che troppo spesso dimentica di aver scelto liberamente, serenamente e, almeno in questi ultimi anni, anche nel pieno della maturità.

Bibliografia

- AA.VV.: Atti del X Congresso Nazionale della federazione Nazionale dei Collegi IPASVI: «*Un infermiere per il terzo millennio*» Fiuggi, 14-16 ottobre 1993.
- LORENZ E., «*Butterfly effect*» Conferenza Annuale della A.A.A.S., 1979.
- MEGLIORIN R., «*Nursing Management*» in Atti dell'Intensive Care Forum, Roma, 16 settembre 2005.
- Ministero della Salute: *Relazione di bilancio nazionale - Anno 2003*.
- SCIPPA G. «*Il problema dell'equità della distribuzione delle risorse, con particolare riferimento alle organizzazioni sociali. Principi etici di riferimento ed esempi di strumenti adottati*», in documentazione atti del Convegno del Collegio IPASVI di Udine del 12 maggio 2004 su «Etica e risorse».
- SMITH R.: *Editoriale British Medical Journal*; 5 dicembre 2001.
- TERZUOLO G., ROSSI D., «*Aspetti giuridici e di medicina legale per gli operatori sanitari*» Sorbona, Milano 1989.
- VINEIS P., DIRINDIN N., «*In buona salute. Dieci argomenti per difendere la sanità pubblica*», Gli Struzzi Einaudi n. 575; Torino 2004.



1

Lasciamoci sollecitare

*... come mi sento distante da loro, ...
Mi sembra di appartenere ad un'altra specie... non hanno paura, si sentono a casa loro.*

Hanno la prova, cento volte al giorno, che tutto si fa meccanicamente, che il mondo obbedisce a leggi fisse e immutabili... pensano a Domani, cioè, semplicemente, ad un altro oggi;... che ritorna sempre uguale ogni mattina...

*... LA SUA SOTTOMISSIONE NON È ALTRO CHE PIGRIZIA...
Ciò che scambiano per costanza non ha che abitudini, E LE SI PUÒ CAMBIARE DOMANI.*

E se capitasse qualcosa?

ALLORA... GLI SEMBREREBBE DI SENTIRSI

SCOPPIARE IL CUORE

Griderò al loro passaggio:

“Che ne avete fatto della vostra scienza? Che ne avete fatto del vostro umanesimo? Dov'è andata a finire la vostra dignità di canna pensante?”

io non avrò paura, o almeno, non più che in questo momento

2

SOSTENIBILITÀ ECONOMICA

LA VALUTAZIONE ECONOMICA

Ovvero identificare, misurare, valorizzare e confrontare i costi e le conseguenze delle alternative scelte ed utilizzate.

...Italia che vai ...

3

SOSTENIBILITÀ ECONOMICA
IL SERVIZIO DI GUARDIA MEDICA

dati a cura del Ministero della Salute - DPCM 17-5-84; DM 23-12-96

- 3.050 punti di guardia medica
- 25 medici/100.000 abitanti

Centro-Nord

Fortemente Rappresentato (soprattutto zone Turistiche)

Sud

Segnalate ancora forti Carenze numeriche



V. Kandiskij, 1918 "Amazzone"

4

SOSTENIBILITÀ ECONOMICA
L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

dati a cura del Ministero della Salute - DPCM 17-5-84; DM 23-12-96

- 315.842 Assistiti al proprio domicilio
- 83% utenti età ≥ 65 aa.
- 25 ore: assistenza media tot.
- **18 ore garantite da personale infermieristico**

Non sono pubblicati dati relativi alla distribuzione regionale

5

**SOSTENIBILITÀ ECONOMICA
LA SPESA FARMACEUTICA**
dati a cura del Ministero della Salute - Anno 2003
DPCM 17-5-84; DM 23-12-96

- Legata alle disposizioni delle varie leggi finanziarie
- 435.808.053 ricette = 11.000 miliardi di euro
- **Costo medio/ricetta € 26,57**

Umbria 21,18 €	Lazio 31,00 €
-------------------	------------------

6

**SOSTENIBILITÀ ECONOMICA
LE STRUTTURE SANITARIE NON H.**
dati a cura del Ministero della Salute - DPCM 17-5-84;
DM 23-12-96

- 14.448 ambulatori e laboratori
- 185.652 posti di RSA e semi residenziali, pari a **324/100.000**
 - 71,7% anziani,
 - 12,2% ass. psichiatrica
 - 16,1% disabili psichici e fisici



7

**SOSTENIBILITÀ ECONOMICA
LE STRUTTURE RIABILITATIVE**
dati a cura del Ministero della Salute DPCM 17-5-84;
DM 23-12-96

Modello di rilevazione annuale istituito nel 1997
775 strutture riabilitative
15.761 posti di tipo residenziale
11.761 posti di tipo semiresidenziale
- 48 posti tot./100.000 abitanti

39.987 unità di personale:
- 9,6% medico
- 38,2% terapisti e logopedisti

Per il personale infermieristico non vi è alcuna citazione



8

**SOSTENIBILITÀ ECONOMICA:
ATTIVITÀ DI DEGENZA/DISCIPLINA**
dati a cura del Ministero della Salute - DPCM 17-5-84;
DM 23-12-96

	Accessi	% Ricoveri
1° Lombardia	3.389,94	15,9%
2° Campania	2.559,84	16,6%
3° Lazio	2.143,00	19,6%
4° Veneto	2.073,09	16,8%

9

**SOSTENIBILITÀ ECONOMICA
ATTIVITÀ DI DEGENZA/DISCIPLINA**
dati a cura del Ministero della Salute DPCM 17-5-84; DM 23-12-96

- P.I. utilizzati	D.M.	Tasso utilizzo
Cardiologia	6.472	6,3
Psichiatria	4.092	12,1
Ter. Intensiva	3.634	13,1
Uric	2.458	5,0
Neurochirurgia	2.502	9,0
Neuroch. Infant.	45	7,9
Med. generale	34.888	8,9

10

**SOSTENIBILITÀ ECONOMICA:
PERSONALE DEL SSN/PROFILO PROFESSIONALE**
dati a cura del Ministero della Salute - DPCM 17-5-84;
DM 23-12-96

Medici e odont.	104.704	Vigilanza e ispez.	8.426
Altro pers. laureato	18.856	Ruolo profess.le	1.598
Pers. inferm.co	262.807	Ruolo Tecnico	133.705
Didattico-organ.vo	3.812	Ruolo amm.vo	74.792
Tecnico-sanitario	31.045	Qualifiche atipiche	328
Riabilitazione	19.104		

6,9 gg di
Degenza media

11

**SOSTENIBILITÀ ECONOMICA
PERSONALE DEL SSN/PROFILO PROFESSIONALE**
dati a cura del Ministero della Salute DPCM 17-5-84; DM 23-12-96

Rapporto infermieri:medici = 2,6
La programmazione sanitaria è il processo decisionale attraverso il quale i soggetti competenti del SSN, valutati gli obiettivi scelti dalla pianificazione, le risorse finanziarie a disposizione, le condizioni sanitarie, definiscono le attività concrete atte al raggiungimento degli obiettivi, verificando la situazione grazie agli indicatori scelti.



Malevich. *Mietitrici*, 1940

12

**SOSTENIBILITÀ ECONOMICA:
DISTRIBUZIONE DEGLI INFERMIERI/REGIONE**
dati a cura del Ministero della Salute - DPCM 17-5-84; DM 23-12-96

- Regione	Inf.	D.M.	Tasso utilizzo
1° Lombardia	40.180	7,1	79,7%
2° Lazio	24.434	7,6	86,1%
3° Veneto	22.310	7,9	79,9%
4° Emilia Romagna	18.366	6,7	76,7%
5° Campania	18.128	6,1	84,2%

13

SVILUPPO ASSISTENZIALE

Cassio: «*Quanti secoli venturi vedranno rappresentata da attori questa nostra grandiosa scena in regni ancora non nati, E in linguaggi non ancora inventati!*»
(Giulio Cesare, atto III, Scena I)



14

SVILUPPO ASSISTENZIALE

Prima di fermarci a riflettere su:

- sviluppo
- standard
- qualità

Verifichiamo l'**affidabilità**, ovvero la fiducia che può essere riposta in un lavoratore, in un infermiere, ad es., affinché perseveri e porti a termine, con puntualità, le funzioni assegnate



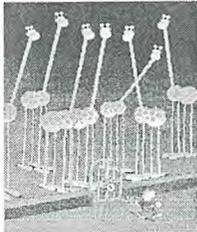
Qualità percepita

15

SIAMO IN GRADO DI INTENDERE E DI VOLERE?

Se sì, attiviamo le nostre risorse cerebrali per cambiare.

...altrimenti lasciamo fare agli altri
... ma evitiamo di fare opera di ostruzionismo... non costruiamo altro che ulteriore disagio, non a noi, ma ai nostri utenti



16

COME ARRIVARE ALLO SVILUPPO ASSISTENZIALE?

Il 29 dicembre 1979, E. Lorenz presentò alla Conferenza annuale della American Association for the Advancement of Science, una relazione in cui ipotizzava come il battito delle ali di una farfalla in Brasile, a seguito di una catena di eventi, potesse provocare una tromba d'aria nel Texas.

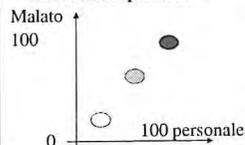
Si trattava del cosiddetto «*Butterfly effect*»

17

Tra tanti problemi, quale scegliere?

PREVEDIAMO, OVVERO, SUPPONIAMO L'AVVENIRE E PREPARIAMOLO!!!

• Darsi delle priorità:



Bianco = poco rilevante
Grigio = mediamente rilevante
Nero = fortemente rilevante (risolvere subito)



18

IL PROBLEMA

- 1) Occorre essere logici: non possiamo pensare di affrontare di petto, in una unità operativa, un problema che ha implicazioni politiche e/o economiche, quindi...
- 2) Suddividiamo il *problema major* in tanti *problemi minori*



19

Un esempio: le infezioni nosocomiali

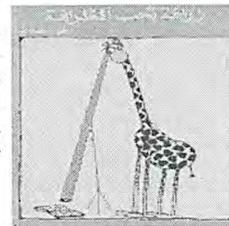
Il termine «infezione nosocomiale» indica un'infezione acquisita in ospedale e che si manifesta durante e dopo il ricovero, dopo un periodo di tempo variabile ed adeguato al tempo di incubazione.

E. TRESALTI, *Igiene e tecnica ospedaliera*, Vita e pensiero 1992;131-141

20

Analisi del dato: la gestione del CVC

La certezza dell'errore nella procedura, evidente anche durante l'osservazione delle tecniche, viene supportata dalla oggettività resa dalla rilevazione dei dati.



21

... SIAMO ANCHE CONVINTI

- 1) Di non avere una tecnica precisa, condivisa ed applicata da tutti.
- 2) Il materiale a disposizione non sia adeguato.
- 3) Il rapporto infermiere-paziente sia troppo elevato



22

I dati microbiologici

Mese di riferimento	N°paz.ricoverati/ monitorati	Infezioni cvc-relate (pneum. cvc, emocol. cvc, emacol. periferica)
Luglio 2004	53/51 (2<24h)	2
Agosto 2004	66/57 (9<24h)	2
Settembre 2004	54/50 (4<24h)	1
Ottobre 2004	58/41 (17<24h)	2 (1 in altro rep)

Il protocollo è stato applicato a metà mese di Novembre 2004

23

I vincoli etico/deontologici e legislativi

Fonti normative a carattere generale	Fonti specifiche	Fonti deontologico/etiche
Costituzione	Raccomandazioni OMS	Codice deontologico
Codice civile e penale	Circolari Ministero della salute	Patto infermiere/cittadino
L.42/99		Carta dei diritti del malato
Prof. Prof.DM 739/94		
Formazione di base		

24

Incontro sul tema

- Informare
- Analizzare i dati
- Sollevare i dubbi - rimuovere le certezze
- Responsabilizzare
- Darsi un obiettivo raggiungibile e una scadenza temporale

25

Formare per cambiare

- Contatto con associazioni che già hanno affrontato il problema:
 - ANIARTI
 - GAVECELT
 - ANIPIO
- Partecipazione degli infermieri a corsi di aggiornamento sul tema
- Utilizzo dei forum delle associazioni per confronti con i colleghi



26

Ricerca bibliografica

- Incontro con gli infermieri «formati»
- Ricerca materiale bibliografico
 - Sitografia:
 - *pubmed*, ...
 - *www.evidencebasednursing.it*
 - *www.CDC.gov*
 - *www.aniarti.it*
 - *www.gimbe.it*
- Revisione critica della bibliografia

27

Risoluzione dei «problemi tecnici»

Tra il dire e il fare ...
... scelta di obiettivi raggiungibili



*migliorare la qualità e contenere i costi
«convincere» che il cambiamento
può essere positivo: tempo, energie, dolore*

28

Ecco il risultato:
lavaggio antisettico delle mani -IA (1)

- Scopo
 - prevenire le i.o.
 - distruggere rapidamente la flora occasionale, ridurre la carica microbica della flora residente
 - Applicabilità: un uso diverso da quello indicato del disinfettante può comportare dermatiti da contatto, senza alcun vantaggio dal punto di vista microbiologico



CDC, 1989

29

Ecco il risultato: medicazione del CVC (1)

- SCOPO
 - prevenire le infezioni ospedaliere
 - prevenire processi di flogosi
 - soddisfare il bisogno di sicurezza nei pazienti «svegli»
- APPLICABILITÀ
 - utilizzare per tutti i pazienti ricoverati in Rianimazione

CHI?: 1 infermiere
1 infermiere e 1 OTA (paziente disorientato, sede particolare, infermiere neoassunto)

GAVECELT, 2004 ; CDC, 1998

30

Ecco il risultato: medicazione del CVC (2)

- Modalità operative
- Materiale
 - pinza e guanti sterili
 - 2 fiale di Sol. Fis. da 10 ml
 - H2O2
 - Betadine da 100 ml
 - 1 pacchetto garze sterili
 - 1 medicazione trasparente
 - 1 reniforme
- APPLICABILITÀ
 - utilizzare per tutti i pazienti ricoverati in Rianimazione

31

Ecco il risultato: medicazione del CVC (3)

- Quando
 - Lunedì, mercoledì, venerdì, o quando occorre*, comunque dopo aver eseguito le cure igieniche del malato e aver effettuato il cambio della biancheria (ridurre al minimo il rischio di contaminazione accidentale).

32

La verifica: continua e puntuale

Osservazione dell'applicazione tecnica, dell'utilizzo razionale di risorse materiali e tempo.

- Individuazione di nuova documentazione da introdurre in modo programmato e senza stress
- Raccolta dati statistici



33

LA GESTIONE DEI CATETERI VENOSI CENTRALI (C.V.C.)

SCHEDA INFERMIERISTICA
ETICHETTA

1. DATA POSIZIONAMENTO C.V.C.

2. C.V.C. POSIZIONATO IN: ? ELEZIONE ? SOSTITUZIONE METODO SELDINGER
 ? URGENZA

3. SEDE DI POSIZIONAMENTO:
 ? GIUGLARE INT. SX ? GIUGLARE INTERNA DX
 ? SUCLAVIA SX ? SUCLAVIA DX
 ? VENA FEMORALE SX ? VENA FEMORALE SX
 4. TIPO DI CATETERE
 ? NON MEDICATO ? MEDICATO ? ALTRO (SPECIFICARE)
 ? MONOLUME ? BILUME ? TRILUME ? VASCATH (2 VIE) ? VASCATH (3 VIE) ? SWAN GANZ

5. DATA RIMOZIONE CVC

6. CAUSA DI RIMOZIONE:
 ? FLOGOSI ? FEBBRE ? RIMOZIONE ACCIDENTALE ? OSTRUZIONE
 ? RIDUZIONE FLUIDOTERAPIA ? ALTRO (SPECIFICARE)

34 FIRMA (posizionamento) FIRMA (rimozione).....

Ecco il risultato a misura di paziente

Novembre 2004	46/36 (10<24h)	1
Dicembre 2004	60/49 (11<24h)	0
Gennaio 2005	79/61 (18<24h)	0
Febbraio 2005	54/48 (6<24h)	1
Marzo 2005	80/63 (17<24h)	0
Aprile 2005	60/56 (4<24h)	0

35

Punti di forza e di debolezza

- Coinvolgimento e risultati
- Notevole possibilità di materiale bibliografico anche in italiano
- Diverso linguaggio e priorità fra operatori sanitari/ servizi economici-farmacia
- Impegno notevole da parte del supervisore
- Impossibilità di delega della supervisione

36

PER CONCLUDERE



37

SVILUPPO PER L'ASSISTENZA?

SI!!!

vogliamo ancora crederci!!!

38

A QUANDO, ALLORA,
LO SVILUPPO ASSISTENZIALE?

Probabilmente nel momento in cui cominceremo ad indignarci di fronte ad eventi che non riconosciamo come attribuibili alla nostra professione.



39

IL TERZO MONDO



40



41



42

IL DOLORE DEI BAMBINI



43



44



45

LA VIOLENZA SUI PIÙ DEBOLI



46

LE DISEGUAGLIANZE



BAMBINI EUROPEI



BAMBINI IN BRASILE

47

LE MORTI IGNOBILI



48

LA VIOLENZA SULLE DONNE



49



50

LE INCOERENZE



51

... Si giunge al mattino soltanto attraverso le ombre della notte



52

CERCHIAMO DI INDIGNARCI ANCHE DI FRONTE AI NOSTRI ATTI NON COMPIUTI



L'assedio di Sebastopoli, 1942. A. Darneka

53

... MAMMA, PAPÀ NON POTETE ENTRARE QUESTO È UN REPARTO DI RIANIMAZIONE



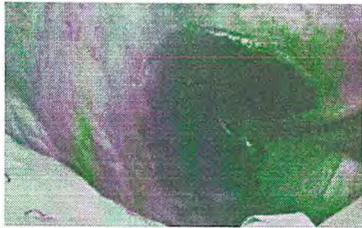
54

... NON CI DANNO I PRESIDI GIUSTI, COME POSSIAMO POSIZIONARE I MALATI?



55

... SIAMO POCHI, NON ABBIAMO TEMPO...



56

È tranquilla..., sicuramente non ha dolore... e poi è una bimba tanto coraggiosa... pensa a quello che ha superato fino ad ora... che destino!!!



57

CON QUALE OTTICA STIAMO GUARDANDO LA REALTÀ?

Qual è il nostro grado di assuefazione?

Siamo sicuri che la risposta più semplice sia, poi, sempre, la più corretta?



58

NO, la 1ª risposta non può essere sempre la più giusta, perchè spesso non riguarda noi ... ma gli altri ...



59

Ecco il risultato:
medicazione del CVC (4)

- COME
 - lavarsi le mani (vedi prot.)
 - preparare campetto sterile, aprire la Sol. Fis.
 - Rimuovere la vecchia medicazione
 - Osservare il punto d'emergenza e la zona circostante, se pus interrompere e richiedere intervento medico.
 - Se sangue, detergere i punti d'emergenza e di ancoraggio con la H2O2

60

Ecco il risultato:
lavaggio antisettico delle mani (2)

- Modalità operative
 - materiale:
 - Soluzione detergente antisettica
 - carta monouso per asciugare le mani
 - **Quando:** prima e dopo procedure invasive, quando si utilizzano guanti sterili, con pazienti immunodepressi, dopo il contatto con pazienti «infetti», dopo il contatto con ferite infette, prima e dopo la broncoaspirazione, prima e dopo la terapia endovena.

→

CDC, 1989

61

Ecco il risultato:
lavaggio antisettico delle mani (3) CDC, 1989

- Modalità operative
 - Come:
 - bagnare le mani e i polsi con acqua
 - applicare uniformemente una dose di soluzione detergente
 - frizionare accuratamente unghie, dita e tutte le zone per almeno 1-2 minuti
 - sciacquare accuratamente sotto acqua corrente
 - asciugare con carta monouso
 - richiudere il rubinetto dell'acqua utilizzando la carta.

62

Ecco il risultato:
medicazione del CVC (5)

- Pulire con Sol. Fis. (a caduta) e asciugare con garza sterile.
- Disinfettare con garze bagnate di betadine, effettuando un movimento centrifugo e ripetendo tale procedura per 3 volte, quindi asciugare con garza sterile.
- Posizionare la nuova medicazione.
- Rimuovere guanti, lavarsi le mani.
- Procedere al riordino.

63

*Un uomo è sconfitto
non quando piange e lacerima il suo cuore.*

Un uomo è sconfitto quando smette di sognare



64

IL COSTO DELL'ASSISTENZA INTENSIVA: I CONFINI, L'ETICA, LA RESPONSABILITÀ

DOTT. N. ZAMPERETTI¹

Dipartimento di Anestesia e Rianimazione - Ospedale S. Bortolo - ULSS 6, Vicenza

Quando si parla di costo, è importante capire di quale costo si intende parlare. Esso infatti è sia economico che umano. Per costo economico si intendono soprattutto i costi monetari per mantenere e rinnovare il personale, le strutture e attrezzature. Sul costo del personale (soprattutto per quanto riguarda la figura dell'infermiere), è stato discusso molto e a lungo, tanto che gran parte degli indici di gravità di malati si fanno proprio sui carichi di lavoro infermieristico.

Quello di cui vorrei parlare oggi, invece, è soprattutto il costo umano e sociale della gestione del malato terminale. Mi sembra questo un argomento particolarmente importante.

Qualche anno fa, abbiamo fatto un questionario in cinque ospedali fra cui Vicenza. In esso abbiamo coinvolto medici e infermieri riguardo all'applicazione della rianimazione cardio-polmonare. Una delle domande era: «Chi dovrebbe decidere se rianimare un malato ospedalizzato (non in terapia intensiva), per il quale era prevedibile la necessità di una rianimazione cardio-polmonare?».

Le possibili risposte erano: l'anestesista-rianimatore chiamato d'urgenza; il medico di reparto; il medico e gli infermiere del reparto; i familiari; il medico con i familiari; il medico e gli infermieri del reparto con i familiari; il malato, precedentemente coinvolto; nessuno, nel senso che non ci si pone la domanda poiché il malato va sempre rianimato; altro (risposte non date o non valide).

Vedete nella figura i risultati, che si possono leggere in modi diversi: c'è una notevole discrepanza, testimoniata da un p di 0,0001; e forse non stupisce che i medici segnino come decisori i medici, mentre gli infermieri denotino una ovvia e legittima volontà di coinvolgimento. Quello che ha colpito di più, però, è che gli infermieri segnano al primo posto il paziente, al secondo posto

¹ Il contenuto di questo testo (soprattutto per quanto riguarda il protocollo presentato nella seconda parte) è frutto del lavoro di gran parte del personale infermieristico e medico del Dipartimento di Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale di Vicenza che in molte riunioni ed in diverse occasioni hanno discusso i problemi esposti. A tutto il personale del Dipartimento va quindi il merito ed il riconoscimento per la fatica fatta. Il nome posto sotto il titolo rappresenta la persona che ha fatto lo sforzo di preparare la relazione per il congresso di Sorrento e di rivedere la sbobinatura del testo in vista di questa pubblicazione.

Per quanto riguarda a forma, si è ritenuto di poter mantenere la discorsività presente nella sbobinatura della relazione.

medici infermieri e familiari, al terzo posto medici e infermieri. Cercano cioè di mettere il malato come primo decisore riguardo una rianimazione cardio-polmonare che lo riguarda, al secondo posto pongono la collegialità.

I medici, al contrario, mettono al primo posto i medici del reparto, al secondo posto i medici e i familiari, al terzo posto il malato.

Partendo da questi dati, pensavo di parlare della difficoltà, soprattutto per i medici della terapia intensiva, di prendere decisioni. E di proporre poi un protocollo che abbiamo iniziato ad elaborare e che, pur non essendo ufficialmente in corso, mi sembra abbia iniziato a cambiare il nostro approccio a questo problema.

Comincerei a parlare del senso della terapia intensiva, per come almeno la intendiamo noi; e cioè un mezzo per il trattamento di malati con patologie gravi, non altrimenti curabili ma reversibili (o comunque condizionanti una qualità di vita che il malato giudica accettabile). In altre parole, il paziente ideale in terapia intensiva (quello che ci piace di più avere) è quello che è ingestibile senza quest'ultima ma potenzialmente curabile.

In questo senso, siamo alla continua ricerca di indici prognostici che siano precoci, affidabili e che possano aiutarci nella decisione del singolo paziente.

Gli americani parlano da anni di *futility* (inutilità, inaffidabilità), intendendo con questo una terapia che sostanzialmente non serve allo scopo per cui viene iniziata. Il problema, però, è definire esattamente cosa è futile. La prima definizione è del 1987 ed è dell'Hasting Center: «se un trattamento è chiaramente futile nel raggiungere il suo obiettivo fisiologico e non offre benefici fisiologici al paziente, il professionista non ha nessun obbligo di fornirlo»².

Ovviamente, bisogna definire cosa è un obiettivo fisiologico e cosa un beneficio fisiologico. Perché l'obiettivo di un ventilatore automatico è quello di pompare aria avanti indietro in trachea fino agli alveoli; mentre l'obiettivo di un contropulsatore aortico è quello di gonfiarsi e sgonfiarsi ritmicamente sincronizzato col ritmo cardiaco, in aorta. È questo il senso?

È ovvio, quindi, che la definizione di *futility* deve comprendere la prognosi di ogni singolo paziente. Diviene quindi inevitabile ricorrere a concetti statistici, tipo la probabilità, la cui interpretazione però – per quanto riguarda le indicazioni operative – non è univoca. Sapere infatti che un malato ha una sopravvivenza stimata al 30%, non ci dice molto sulle decisioni che dobbiamo prendere.

Per quanto riguarda le nostre capacità prognostiche abbiamo a disposizione dei punteggi di gravità che sono indispensabili ma che rischiano di non essere dirimenti per la decisione del singolo paziente. Essi sono infatti un indice utile per dirci quanto è grave un paziente, ma vanno poi inglobati in quello che è il quadro complessivo del malato: in genere gli indici di gravità hanno una buona discriminazione ma una cattiva calibrazione; non correggono per i fattori locali e possono essere alterati da fattori particolari.

In pratica, se un indice di gravità ci dice che un malato ha una mortalità

² Hasting Center, 1987.

del 67%, l'unica cosa che possiamo dire è che se abbiamo fatto le cose per bene, su 100 malati uguali al nostro, 67 moriranno. Questo è quello che ci dice il nostro indice di gravità. Non ci dice se il nostro malato è il 27, il 37, il 68, o il 99 della lista, cioè non ci dice che cosa farà quel singolo malato con quell'indice di gravità. Quindi serve un giudizio clinico complessivo per formulare una prognosi e dare un giudizio sull'opportunità di un trattamento intensivo.

Abbiamo poi dei falsi salvati e dei falsi non salvati: abbiamo, cioè, dei malati per cui noi pensavamo di fare qualcosa ma di fatto poi non si salvano; e abbiamo malati che fanno sorgere il dubbio che potevamo fare di più e avremmo potuto salvarli.

E alla fine vi è la soggettività della discriminale; che significa che anche se noi avessimo dei numeri certi non sapremmo poi dove mettere gli indici di futilità: non interveniamo quando un malato ha quale sopravvivenza? Del 20%? Del 10% Dell'1%? Quand'è che ci fermiamo?

Ricapitolando, abbiamo decisioni da prendere su dati che non sono riferiti sostanzialmente su quel malato ma ad un gruppo omogeneo di malati cui speriamo che quel malato corrisponda; e abbiamo una soggettività della discriminante e, conseguentemente, della accettabilità della prognosi. In questo senso, diventa indispensabile il coinvolgimento del malato.

Per sottolineare questo concetto, Civetta parlava già 10 anni fa di *futility gap*³, intervallo di futilità. In pratica, nel momento in cui il massimo della qualità di vita futura che noi possiamo offrire al malato cade al di sotto del minimo accettabile da quel malato, quell'intervallo di qualità che rimane fra il massimo ottenibile ed il minimo accettabile è un'espressione quantitativa della futilità, cioè della inutilità di quella terapia: offriamo al malato qualcosa che non gli serve, dato che il risultato sarà inaccettabile; quella terapia che noi facciamo diventa sostanzialmente inutile. Il *futility gap* è un concetto molto bello, ma prevede che noi riusciamo ad identificare molto bene tanto la prognosi che la volontà del malato critico.

Per quanto riguarda la difficoltà prognostica, vorrei ricordare solo alcune frasi tratte da un lavoro pubblicato su *Circulation* dall'American Heart Association, che ha rivisto le linee guida della rianimazione cardio-polmonare in caso di arresto cardiaco. Alla fine c'è una sezione riservata agli aspetti etici: sono frasi importanti per quanto riguarda la nostra capacità prognostica in quella situazione. Ci dicono che nessun fattore singolo o combinazione di fattori raggiunge i criteri di futilità quantitativa, cioè se il malato potrà sopravvivere o meno; che quando iniziamo una rianimazione cardio-polmonare, non abbiamo nessun criterio affidabile che determini l'outcome neurologico, cioè la futilità qualitativa; che non esiste nessun sistema di punteggio, con variabili riferite al malato o alla tecnica di rianimazione che abbia una sensibilità accettabile per predire con sufficiente accuratezza l'outcome finale⁴.

³ CIVETTA J., *Crit Care Med*, 24(2): 346-351, 1996.

⁴ «No single factor or combination of factors, such as morbidity scores or unwitnessed asystolic arrest, meets the criteria for quantitative futility. (...) No reliable criteria

Allo stesso modo, Sprung sostiene che – anche al di fuori dell'arresto cardio-respiratorio – nessuno dei sistemi correnti che abbiamo a disposizione può predirci quale specifico paziente, alla fine morirà⁵.

Un altro aspetto importante – sottolineato da Vincent⁶ – è che le decisioni di fine vita possono essere influenzate da vari fattori che comprendono l'età, l'esperienza del medico, il paese e la cultura di origine, le abitudini dell'area in cui il medico lavora e i suoi coinvolgimenti religiosi.

Tutto questo porta ad una grande variabilità nelle decisioni. Al riguardo va ricordato un lavoro molto bello, pubblicato sul JAMA 10 anni fa ma assolutamente ancora attuale. Esso prende in considerazione 37 rianimazioni in Canada, nelle quali tutti gli operatori sanitari, medici ed infermieri, hanno compilato un questionario comprendente 12 scenari clinici ipotetici. Per ogni caso clinico la scelta possibile cadeva fra 5 possibili soluzioni terapeutiche che andavano dalla più intensiva fino alla più palliativa. Il risultato è stato che solo in uno di questi scenari, più del 50% fra quelli che avevano risposto avevano fatto la stessa scelta; solo uno su 12. In 8 su 12, il 10% aveva scelto gli opposti estremi. La conclusione è che – per quanto riguarda la terapia intensiva – uno stesso paziente, a seconda di quale rianimazione e di quale medico di guardia se ne prenderà carico, potrà avere il massimo della terapia intensiva o solamente misure di conforto⁷.

Ancora Sprung sottolinea come ci sia una estrema variabilità fra i medici nel definire la prognosi del paziente e quindi la futilità, e nella decisione di sospendere il suo sostentamento vitale⁸.

Per quanto riguarda il coinvolgimento del malato critico nelle decisioni che lo riguardano, i dati pubblicati, sia a livello americano che europeo, sottolineano come in meno del 5% dei casi i malati siano in grado di prendere delle

are available to determine neurological outcome during cardiac arrest. (...) A scoring system using patient or resuscitation variables with acceptable sensitivity for accurately predicting a universally poor outcome is not available.» Tratto da AHA, *Circulation*, 102(I): I-12-I-21, 2000.

⁵ «Judgments for individual patients are based on clinical decision-making and not on infallible prognostic scoring systems. In fact, none of the current systems can accurately predict which specific patient will die». SPRUNG CL, *Intensive Care Med* 22: 1003-1005, 1996.

⁶ «End-of-life decisions are not easy and can be influenced by various factors, including the age and experience of the doctor, the country and the culture of origin, the attitudes of the country/area in which the doctor is currently working, and religious beliefs». VINCENT JL, *Crit Care Med* 29(S):N52-N55, 2001.

⁷ «In only one of 12 scenarios more than 50% of the respondents made the same treatment choice. In eight of 12 scenarios, more than 10% of the respondents chose the opposite extreme. The same patient may thus receive full aggressive intensive care from one health care provider and only comfort measures from another». COOK DJ, *JAMA* 273(9):703-708, 1995.

⁸ «... there is an extreme doctor variability in defining a patient's prognosis or futility and in decisions of forgoing life-sustaining treatment». SPRUNG CL, *Intensive Care Med* 22: 1003-1005, 1996.

decisioni che riguardano i trattamenti in terapia intensiva⁹ e solo lo 0.5% sia stato coinvolto nella decisione, nel caso della sospensione del supporto vitale¹⁰.

Un paio di anni fa, abbiamo fatto un questionario a Vicenza e a Melbourne approfittando di due congressi di nefrologia intensiva. Una domanda era: «Come mai non informiamo i malati riguardo la terapia di sostituzione renale?». La ragione più frequente è la mancata capacità decisionale del malato, e supera l'80% delle risposte.

Tutto questo, di nuovo, porta ad una estrema variabilità decisionale. Il dato più significativo viene da un lavoro di Prendergast¹¹ che ha preso in considerazione 131 rianimazioni in 38 stati dell' America; 6300 sono stati i pazienti morti nel periodo di osservazione, divisi in 5 classi a secondo dell'approccio terapeutico in occasione del processo di morire: classe 1, terapia intensiva piena (sono stati rianimati anche con il massaggio cardiaco); classe 2, rianimazione piena tranne la rianimazione cardio-polmonare; classe 3, astensione da supporti vitali (cioè non è stata intrapresa terapia specifica nel momento dell'arresto); classe 4, limitazione del supporto vitale in relazione con la morte del malato (ad esempio riduzione delle amine, riduzione della frazione di ossigeno inspirato); classe 5, morte cerebrale (che in questo contesto non ci interessa). Importante è la variabilità fra le quattro classi: 23%, 22%, 10% e 38%, rispettivamente. Ma soprattutto quello che fa pensare è che in classe 1 la variabilità fra le diverse rianimazioni va da 4 a 79%, per la classe 2 è dello 0-83%, per la classe 3 è dello 0-67%, per la classe 4 è dello 0-79%. Cioè ci sono rianimazioni in America dove solo il 4% dei malati muoiono in classe 1, in altre è il 79%. All'opposto ci sono rianimazioni dove nessun malato muore in relazione a sospensione del supporto vitale, in altre rianimazioni è il 79%, cioè 4 malati su 5.

Perché succede questo? Perché non riusciamo a gestire il processo di morte in terapia intensiva? Perché probabilmente non abbiamo ancora le categorie culturali: dobbiamo ancora arrivare ad una riflessione che ci aiuti a gestire queste situazioni.

Noi veniamo da una medicina che per millenni è stata sostanzialmente descrittiva e palliativa, in cui il morire era un processo intoccabile, non avevamo nessun mezzo per sostenere un cuore che si stava fermando o un respiro che si stava affievolendo.

Poi ad un certo punto, 50 anni fa, arriva la terapia intensiva, il supporto vitale. Arriva cioè la possibilità di mettere un tubo e supportare la funzione respiratoria che altrimenti non sarebbe più sufficiente. E la possibilità di far ripartire il cuore, sostenerlo con le amine. E se si ferma il rene abbiamo l'ultrafiltrazione.

⁹ «Less than 4.5% of patients were judged to be competent to make treatment decisions, throughout their ICU course». PRENDERGAST TJ, *Am J Respir Crit Care Med*, 155: 15-20, 1997.

¹⁰ «The patient's willingness to limit his/her own care was known in only 8% of cases; only 0.5% of the patients were involved in decisions». FERRAND E., *The Lancet* 357: 9-14, 2001.

¹¹ PRENDERGAST TJ, *Am J Respir Crit Care Med* 155: 15-20, 1997.

Qualche volta i supporti vitali funzionano, altre volte non funzionano. Ed in questo caso, di fatto, quello che facciamo è intervenire nel processo di morire. Purtroppo, tale intervento si riduce spesso solo ad una manipolazione dei parametri biologici (aggiustiamo il potassio, aggiustiamo la CO₂, tiriamo su l'emoglobina), ma l'impressione è che – ora dopo ora, giorno dopo giorno – il malato comunque ci sfugga: il processo del morire va avanti comunque, al di là di quello che noi facciamo.

Probabilmente parte di questa difficoltà viene a noi in Italia dal fatto che non abbiamo delle norme giuridiche precise che ci aiutino. A dire il vero, noi medici abbiamo un bellissimo codice deontologico, ma purtroppo la norma deontologica in questi anni è sentita come meno importante di quella giuridica.

A questo punto probabilmente un aiuto viene dal porsi 3 domande.

La prima: *usiamo un linguaggio adeguato?* Perché alle volte le parole ci scivolano tra le mani, si consumano, vogliamo dire una cosa ma ne diciamo un'altra. Quello che dico io ha un senso per me ma rischia di avere un senso diverso per gli altri. Per questo è importante che i concetti siano gli stessi. Allora dovremo incominciare a non chiamare **eutanasia** la sospensione o non esecuzione della terapia sproporzionata. Propongo al proposito il punto di vista della Chiesa Cattolica non perché penso che debba per forza essere valida per tutti ma perché è sicuramente la posizione più di garanzia in questo senso, ed è quindi accettabile anche da chi ha posizioni diverse: «Per un corretto giudizio morale sull'eutanasia, occorre innanzitutto chiaramente definirla. Per eutanasia in senso vero e proprio si deve intendere un'azione o un'omissione che di natura sua e nelle intenzioni procura la morte, allo scopo di eliminare ogni dolore. L'eutanasia si situa, dunque, al livello delle intenzioni e dei metodi usati. Da essa va distinta la decisione di rinunciare al cosiddetto accanimento terapeutico, ossia a certi interventi medici non più adeguati alla reale situazione del malato, perché ormai sproporzionati ai risultati che si potrebbero sperare o anche perché troppo gravosi per lui e la sua famiglia. La rinuncia a mezzi straordinari o sproporzionati non equivale al suicidio o all'eutanasia; esprime piuttosto l'accettazione della condizione umana di fronte alla morte»¹².

Allo stesso tempo, dovremmo incominciare a non usare più il termine di «accanimento terapeutico» perché è un termine così caricato di grande negatività che nessuno ammette di farlo. Se si chiede in giro, nessuno sostanzialmente lo fa. Ma di fatto si fa. Se cominciamo a parlare di eccesso terapeutico cominceremo a capirci meglio. Gli inglesi usano il termine «over-treatment» che potremmo tradurre con trattamento sproporzionato, cioè un termine meno assoluto e che introduce in qualche modo un concetto di relatività che ci costringe a farci delle domande. Trattamento sproporzionato rispetto a che cosa? A quello che vogliamo ottenere? Rispetto a quello che sono le aspettative del malato? Rispetto quello che sono le aspettative della famiglia? Probabilmente potremmo incominciare a ragionare di più e a parlarci di più su questo problema.

La seconda domanda è *per chi lavoriamo?* Nella maggior parte dei casi la

¹² GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium Vitae*, 65.

risposta è irrilevante, e ognuno di noi lavora per un mucchio di motivi diversi: per mantenere la famiglia, perché gli piace, perché in un qualche modo quando le cose vanno bene pensa di essere stato utile. Il risultato in fondo non cambia. Ma ci sono situazioni in cui bisogna chiedersi effettivamente per chi lavoriamo. Poi alla fine scopriamo che l'unico motivo per cui lavoriamo sono i nostri malati, cioè la gente che ha bisogno che noi siamo lì. Ed è sostanzialmente a loro e a noi stessi che moralmente dobbiamo rendere conto.

La terza domanda è *qual è il fine del nostro lavoro?* E non fa male scoprire che noi non dobbiamo sconfiggere la morte. È una stupidaggine solo a pensarci. Non gestiamo nemmeno la salute, che è un fine estremamente personale e diverso per ognuno. Gestiamo scienza medica, farmaci, interventi, diagnosi, terapia per assicurare il miglior livello di salute possibile ai nostri malati nel rispetto della loro dignità. La scienza medica ed infermieristica che noi gestiamo sta alla salute come le leggi stanno alla giustizia. La salute e la giustizia sono i fini a cui vogliamo arrivare, i mezzi che abbiamo sono la medicina, sono le leggi.

Con questo dobbiamo fare i conti. Sapendo che per i malati in cui l'efficienza non ha più spazio perché di fatto non c'è più nulla da fare, l'importante non è fare qualcosa, ma fare le cose importanti. E se alla fine morire bisogna, è la qualità di quel morire la cosa più importante: la prima e l'ultima di cui valga la pena preoccuparsi.

Un bozza di protocollo

Vi propongo ora quello che è la bozza di un protocollo a cui stiamo tentando di lavorare da anni.

Premetto che non è quello che facciamo sempre, ma un tentativo di esplicitare quello a cui vorremmo arrivare quando ci si trova in queste situazioni.

Si divide in due parti: la prima tratta l'aspetto decisionale, cioè come arrivare ad una decisione che sia valida clinicamente, «buona» moralmente e difendibile dal punto di vista medico legale.

Perché non possiamo illuderci che il non prendere decisioni ci salvi: il non prendere decisioni è proprio il modo peggiore per prenderle.

L'aspetto decisionale

Il primo punto è che ogni paziente va considerato in trattamento pieno finché non viene ufficialmente deciso il contrario. Questo vuol dire che le cose devono essere chiare, per evitare che quello che viene fatto di giorno non sia capito e condiviso dal medico di guardia che arriva di notte e che decide di farne un'altra, magari in senso contrario.

Tale decisione ufficiale, in emergenza (cioè per il malato critico che arriva di notte) può essere presa dal medico di guardia, dopo aver sufficientemente chiarito diagnosi e prognosi del malato, aver discusso con i familiari e gli infermieri presenti e aver comunicato loro la decisione finale.

Al di fuori dell'emergenza, cioè nella maggioranza dei casi dei malati che muoiono in terapia intensiva, l'approccio viene discusso in una riunione convocata su richiesta di un familiare o di un operatore della terapia intensiva. Vi

partecipano gli operatori che lo desiderano, il responsabile della terapia intensiva, l'infermiere che ha in cura la persona, il caposala, il medico curante (il neurochirurgo, il cardiocirurgo, l'oncologo che seguono il malato) e gli operatori che lo desiderano.

La discussione verte sui seguenti aspetti: la clinica, i soggetti coinvolti e una possibile soluzione.

La clinica significa che è impossibile prendere decisioni su dati clinici inadeguati. Se dobbiamo decidere qualcosa dobbiamo essere sicuri dei dati clinici che abbiamo. Questo non significa che dobbiamo fare una tac o una risonanza se questa poi alla fine non cambia l'essenza della decisione; però i dati devono essere ragionevolmente certi per la diagnosi e per la prognosi.

I soggetti coinvolti: è importante capire quali sono i soggetti che vanno coinvolti nella discussione e che verranno coinvolti nella decisione finale, essere sicuri che abbiano capito la diagnosi e la prognosi del malato (soprattutto i familiari, ovviamente), e definire quali sono i diritti che dovranno essere rispettati ed i bisogni che devono essere soddisfatti dalla decisione.

La possibile soluzione può essere sostanzialmente di tre tipi:

1) un trattamento massimale senza limitazione, quando si decide che si tratta di un paziente per cui vale la pena di andare avanti;

2) una terapia massimale ma limitata nel tempo (*time-limited*, definendo chiaramente il tempo che ci si dà: «andiamo avanti 24 ore, 48 ore, e poi facciamo il punto») o limitata per eventi che poniamo come soglia (*event-limited*, del tipo «proviamo ad andare avanti», ma se compare un'insufficienza renale non partiamo con un'ultrafiltrazione).

3) una limitazione diagnostica terapeutica.

È importante poi definire quali sono gli ostacoli prevedibili per attuare tale decisione, quali le soluzioni, quali gli eventuali interventi che possono allargare il consenso.

Ovviamente, la decisione finale va riportata, spiegata e motivata in cartella clinica. Questo è l'unico modo per dare una dignità di decisione adeguata a quello che stiamo per fare. È un modo per chiarire che ci si è riuniti e si è deciso insieme quale fosse la cosa migliore da fare nell'interesse del malato.

L'eventuale decisione di un limite diventa operativa quando è comunicata, compresa e condivisa da tutte le figure coinvolte nella decisione. Ovviamente tale decisione, essendo una decisione di adeguatezza clinica, può essere modificata in qualsiasi momento purché ciò sia motivato, condiviso, spiegato ai familiari e sia riportato in cartella.

L'aspetto operativo

Una volta presa una decisione, questa va messa in pratica. E questo è l'aspetto operativo.

La decisione presa va comunicata ai familiari dal medico responsabile assieme all'infermiere di che ha in cura la persona.

In generale e quando è possibile, la decisione concordata di sospendere i supporti vitali si realizzerà nel tentativo – entro la mattina successiva – di svezzare il malato onde poterlo trasferire in reparto di degenza dove si rende più

semplice la presenza dei familiari al momento del decesso. Se ciò appare ragionevolmente impossibile, vanno sospesi i farmaci e rimosse le strumentazioni il cui scopo non sia quello di permettere una morte dignitosa e priva di sofferenza. Ogni qualvolta si renda necessario devono essere fornite sedazione ed analgesia adeguate, perché non c'è nessun motivo per cui il malato debba morire con sofferenza e con dolore.

Uno dei grossi problemi affrontati è stata la gestione del tubo tracheale: lo rimuoviamo, lo lasciamo al suo posto mettendoci un filtro e staccando il respiratore, lasciamo il ventilatore e riduciamo il supporto e la frazione di O₂ inspirato?

Abbiamo pensato che la decisione non può essere presa a priori per tutti, ma va incarnata nel caso clinico. La gestione del tubo tracheale va decisa di volta in volta a seconda del caso specifico, del malato, della posizione dei familiari e della loro comprensione del quadro clinico; peraltro non ci sono controindicazioni assolute all'estubazione del malato terminale.

Fondamentale è che i familiari siano costantemente e adeguatamente informati di quanto viene fatto.

Salvo situazioni particolari vi è una maggiore libertà all'accesso dei parenti del malato terminale; in particolare, si rende necessario avvisarli per tempo, allentare gli orari per le visite e rimuovere ogni ostacolo per un contatto fisico.

Le esigenze dei familiari vanno capite, interpretate e soddisfatte. Quelle più importanti sono di stare vicino al morente, di non sentirsi inutili, di essere informati sulle sue condizioni, di capire cosa viene fatto e perché, di essere rassicurati sulla adeguatezza delle decisioni prese, di sapere che il loro caro non soffre, di essere aiutati a trovare un senso nella morte del congiunto, di essere confortati, di poter esprimere dubbi e emozioni, di avere se necessario un supporto esterno – anche religioso, di avere all'occorrenza un ristoro fisico (alla fine diventa indispensabile una sedia, un bicchiere di thé).

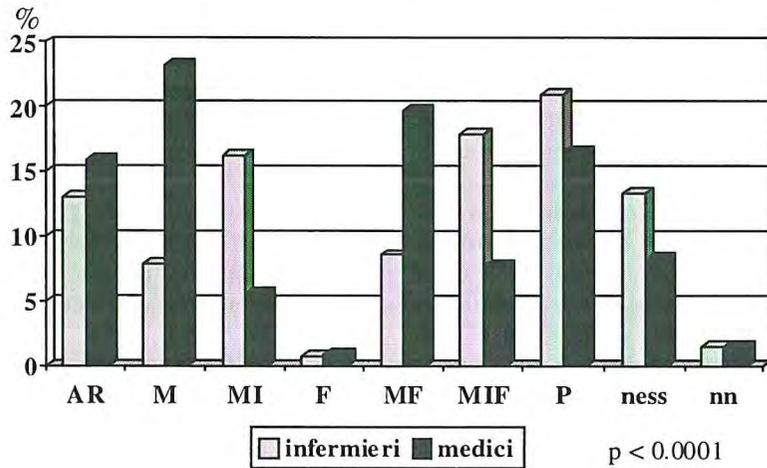
Tempi e modi della presenza dei familiari al letto del malato vanno gestiti dall'infermiere responsabile della stanza in relazione alla complessità dei suoi impegni assistenziali globali

Salvo eventi eccezionali, deve essere data sempre ai familiari l'opportunità di essere presenti al momento del decesso. È infine opportuno che il medico e l'infermiere siano presenti in stanza al momento del decesso.

Vorrei terminare con una frase di Dunstan che riassume bene il senso di tutto questo: «il successo della terapia intensiva non va misurato solo dalle statistiche di sopravvivenza, come se ogni morte fosse un fallimento dal punto di vista medico; va invece misurato dalla qualità delle vite che vengono conservate, dalla qualità delle morti e soprattutto dalla qualità delle relazioni umane che vengono coinvolte per ogni morte»¹³.

¹³ «The success of intensive care is not to be measured only by the statistics of survival, as though each death were a medical failure. It is to be measured by the quality of lives preserved or restored; and by the quality of dying of those in whose interest it is to die; and by the quality of human relationships involved in each death». DUNSTAN GR, *Anesthesia*, 40:479, 1985.

Chi dovrebbe decidere se rianimare un paziente già ospedalizzato per il quale era prevedibile una RCP?



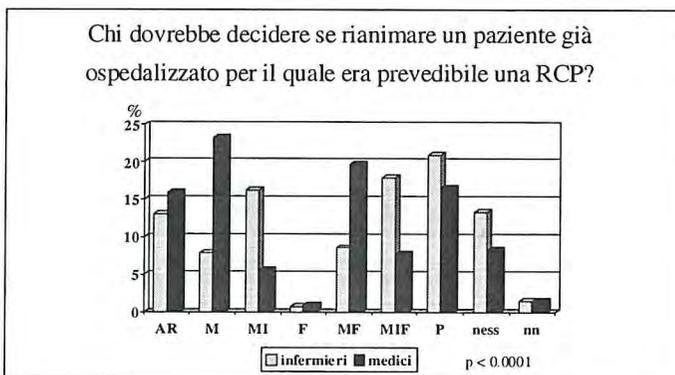
AR: l'anestesista-rianimatore chiamato d'urgenza; M: il medico di reparto; MI: il medico e gli infermieri del reparto; F: i familiari; MF: il medico con i familiari; MIF: il medico e gli infermieri del reparto con i familiari; P: il paziente, precedentemente coinvolto; ness: nessuno, nel senso che non ci si pone la domanda poiché il malato va sempre rianimato; nn: altro.

In grigio le risposte (in percentuale) degli infermieri, in nero i medici.

Il costo

- Economico
 - personale
 - strutture e attrezzature
- Umano
 - sofferenza, disagio, burn out
 - difficoltà decisionale
- Sociale
 - la gestione del malato morente

1



2

Il costo umano e sociale della terapia intensiva

- il senso della TI
- la capacità prognostica
- il coinvolgimento del paziente critico
- la terapia intensiva
- la responsabilità nella gestione del morente
- un protocollo (!?)

3

1) Il senso della terapia intensiva

La terapia intensiva deve provvedere alla diagnosi ed al trattamento di patologie gravi, non altrimenti curabili, reversibili o condizionanti una qualità di vita che il malato giudica accettabile.

4

Il paziente «ideale» in T.I.

grave

non gestibile
senza T.I.

potenzialmente curabile

5

Continua ricerca di indici prognostici precoci e affidabili che possano aiutare nella decisione nel singolo paziente

futility

6

«If a treatment is clearly futile in achieving
its physiological objective
and so offers no physiological benefit
to the patient, the professional has no
obligation to provide it»

(Hasting Centre, 1987)

physiological objective?
physiological benefit?

7

La definizione di *futility*
deve comprendere la prognosi
di ogni singolo paziente.
Inevitabilmente ricorrere
a concetti statistici (probabilità, ...)
di definizione non certa
e di interpretazione non univoca.

8

2) La capacità prognostica

I punteggi di gravità sono
indispensabili per una decisione
(SAPS, APACHE, ...)
Essi tuttavia rischiano di non poter
essere dirimenti nella decisione
per il singolo paziente

9

«L'indice di gravità sul singolo paziente va considerato come un utile indice di quelle alterazioni fisiopatologiche delle funzioni vitali che è necessario prendere in considerazione e che, assieme al nostro giudizio clinico, concorrono alla formulazione di una prognosi, e quindi di un giudizio sulla opportunità di un trattamento intensivo».

G. IAPICHINO, *Monitor*, 2001

10

Gli indici di gravità

- buona discriminazione (predicono la percentuale di mortalità in un case-mix)
- cattiva calibrazione (differenze tra mortalità predetta e osservata per strati di case-mix)
- mancata correzione della predizione per fattori locali (prognosticamente importanti)
- alterato da fattori particolari (età, comorbidità, ...)

G. IAPICHINO, *Monitor*, 2001

11

La statistica e la clinica

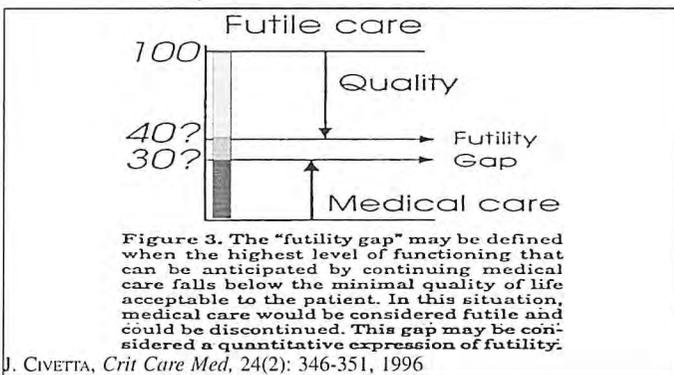
falsi salvabili e falsi non-salvabili
(undervalued vs. overvalued futility)

soggettività della discriminante

12



13



14

No single factor or combination of factors, such as morbidity scores or unwitnessed asystolic arrest, meets the criteria for quantitative futility

AHA, *Circulation*, 102(1): 1-12-I-21, 2000

15

No reliable criteria are available
to determine neurological
outcome during cardiac arrest.

AHA, *Circulation*, 102(1): 1-12-1-21, 2000

16

A scoring system using patient or
resuscitation variables with
acceptable sensitivity for accurately
predicting a universally poor
outcome is not available

AHA, *Circulation*, 102(1): 1-12-1-21, 2000

17

«Judgments for individual patients are based
on clinical decision-making
and not on infallible prognostic scoring systems.
In fact, none of the current systems
can accurately predict which specific
patient will die».

SPRUNG CL., *Intensive Care Med*, 22: 1003-1005, 1996

18

End-of-life decisions are not easy and can be influenced by various factors, including the age and experience of the doctor, the country and the culture of origin, the attitudes of the country/area in which the doctor is currently working, and religious beliefs.

VINCENT JL., *Crit Care Med*, (2001) 29(S): N52-N55

19

In only one of 12 scenarios more than 50% of the respondents made the same treatment choice. In eight of 12 scenarios, more than 10% of the respondents chose the opposite extreme. The same patient may thus receive full aggressive intensive care from one health care provider and only comfort measures from another.

COOK DJ., *JAMA*, 273(9): 703-708, 1995

20

... there is an extreme doctor variability in defining a patient's prognosis or futility and in decisions of forgoing life-sustaining treatment.

SPRUNG CL., *Intensive Care Med*, 22: 1003-1005, 1996

21

3) Il coinvolgimento del paziente critico

Riusciamo a coinvolgere i malati
nelle decisioni che li riguardano?

Stress (paura, dolore, ...)

patologia organica

sedazione

...

22

Less than 4.5% of patients
were judged to be competent
to make treatment decisions,
throughout their ICU course.

PRENDERGAST TJ., *Am J Respir Crit Care Med*, 155: 15-20, 1997

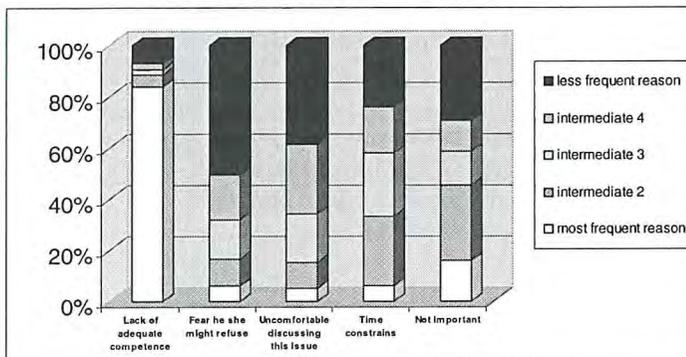
23

The patient's willingness to limit
his/her own care was known
in only 8% of cases;
only 0.5% of the patients were
involved in decisions

FERRAND E., *The Lancet*, 357: 9-14, 2001

24

CCN 2001: Rank the reasons you don't inform patients about CRRT



25

... il risultato:

Data from 131 ICU in 38 states of the USA.
Died patients (6303) divided into 5 classes:

- I: full ICU care, 23% of deaths (4-79%)
- II: full ICU care but CPR, 22% (0-83%)
- III: withholding of LST, 10% (0-67%)
- IV: withdrawing of LST, 38% (0-79%)
- (V: brain dead patients)

PRENDERGAST TJ., *Am J Respir Crit Care Med* 155: 15-20, 1997

26

La terapia intensiva

Per millenni, la medicina è stata attività essenzialmente descrittiva (e palliativa).

Il morire, processo intoccabile.

La morte, evento olistico.

27

All'improvviso,
la medicina intensiva (HTM):

- a) supporti vitali
- b) nuove entità cliniche
- c) separazione biologia/biografia
- d) modificazione del morire (?)

28

La responsabilità
nella gestione del morente

Tre domande

Il nostro vocabolario è adeguato?

Per chi lavoriamo?

Qual è il fine ultimo del nostro lavoro?

29

Il nostro vocabolario è adeguato?

«**Eutanasia**» solo per azioni ed omissioni
che intenzionalmente causano la morte
di una persona.

Non per la sospensione o non esecuzione
di terapie sproporzionate

30

Per un corretto giudizio morale sull'eutanasia, occorre innanzitutto chiaramente definirla. Per *eutanasia in senso vero e proprio* si deve intendere un'azione o un'omissione che di natura sua e nelle intenzioni procura la morte, allo scopo di eliminare ogni dolore. L'eutanasia si situa, dunque, al livello delle intenzioni e dei metodi usati.

Evangelium Vitae, 65

31

Da essa va distinta la decisione di rinunciare al cosiddetto *accanimento terapeutico*, ossia a certi interventi medici non più adeguati alla reale situazione del malato, perché ormai sproporzionati ai risultati che si potrebbero sperare o anche perché troppo gravosi per lui e la sua famiglia.

Evangelium Vitae, 65

32

La rinuncia a mezzi straordinari o sproporzionati non equivale al suicidio o all'eutanasia; esprime piuttosto l'accettazione della condizione umana di fronte alla morte.

Evangelium Vitae, 65

33

Il nostro vocabolario è adeguato?

«**Accanimento terapeutico**» ha ormai una valenza talmente negativa che nessuno può ammettere di praticarlo.

Se cambiamo il termine e parliamo di eccesso terapeutico, possiamo capirci sui concetti e discutere effettivamente di cosa facciamo e come lo facciamo.

34

Per chi lavoriamo?

Nella maggior parte di casi,
il problema è irrilevante.

Ma alcuni malati ci pongono la questione.
L'unico motivo per cui ci troviamo impegnati a lavorare in ospedale sono i nostri malati, ed è a loro (e a noi stessi) che, moralmente, dobbiamo rendere conto.

35

Qual è il fine del nostro lavoro?

Dobbiamo curare le malattie,
non sconfiggere la morte.

Gestiamo scienza medica, cioè farmaci, interventi, diagnosi e terapia, non salute.
(La salute è in fine, talvolta irraggiungibile e comunque sempre da personalizzare per ogni malato, la medicina è uno dei mezzi).

36

Nei malati in cui l'efficienza ha più
alcuno spazio perché non c'è umanamente
più niente da fare, l'importante non è fare qualcosa,
ma fare le cose importanti.

E se alla fine morire bisogna, la qualità
di quel morire è davvero la cosa più
importante, e la prima e l'ultima di cui
vale la pena di preoccuparsi

37

Dipartimento di Anestesia e Rianimazione
Ospedale San Bortolo - Vicenza

**Un protocollo
per la terapia intensiva**

38

L'aspetto decisionale

39

Ogni paziente va considerato
in trattamento pieno finché non venga
ufficialmente deciso il contrario

40

Tale decisione, in emergenza,
può essere presa dal medico di guardia
dopo avere sufficientemente chiarito diagnosi
e prognosi del malato, avere discusso con i familiari
e gli infermieri presenti
e comunicato loro la decisione finale.

41

Al di fuori dell'emergenza, l'approccio
diagnostico-terapeutico può essere discusso
su richiesta di un familiare
o di un operatore sanitario della TI.
Questo attiverà rapidamente una riunione
cui parteciperanno gli operatori
che lo desiderano, il responsabile della TI,
un medico che conosca a fondo il caso,
ed il curante (NCH, oncologo, ...).

42

La discussione verterà
sui seguenti aspetti:

- la clinica
- i soggetti coinvolti
- una possibile soluzione

43

La clinica

- Quali sono i dati clinici rilevanti?
- Sono sufficienti a definire diagnosi e prognosi con ragionevole certezza?
- Nel caso particolare, sono indicati ed attuabili degli approfondimenti clinici o strumentali per una diagnosi e ad una prognosi significativamente più sicure?

44

I soggetti coinvolti

- Quali sono i soggetti che devono/possono essere coinvolti nella discussione?
- Quali i soggetti coinvolti dalla decisione?
- Diagnosi e prognosi del malato sono sufficientemente chiare ad ognuno di essi?
- Quali sono, per ognuno, i diritti che devono essere rispettati ed i bisogni che devono essere soddisfatti nella decisione finale?

45

Una possibile soluzione

- Qual è la soluzione che rispetta i diritti ed i bisogni di tutti i soggetti coinvolti?

- trattamento massimale senza limitazioni;
- terapia massimale, ma *time-* o *event-limited*
- limitazione diagnostico-terapeutica

- Quali gli ostacoli prevedibili per una sua applicazione? Quali le soluzioni?
- Vi sono interventi che possano allargare il consenso per tale opzione?

46

La decisione finale va riportata
e motivata in cartella clinica

47

L'eventuale decisione di un limite
diventa operativa quando comunicata,
compresa e condivisa da tutte
le figure coinvolte nella decisione
(medici, infermieri, familiari)

48

La decisione finale può essere modificata in qualsiasi momento, purché tale cambiamento sia motivato, condiviso, spiegato ai familiari e riportato in cartella

49

L'aspetto operativo

50

La decisione presa va comunicata ai familiari dal medico responsabile assieme all'infermiere che ha in cura la persona.

51

Qualora sia possibile sul piano organizzativo (disponibilità di letti) e clinico (malato sufficientemente stabile), è opportuno trasferire il malato terminale in stanza singola.

52

In generale, e quando ragionevolmente possibile, la decisione concordata di sospendere i supporti vitali si realizzerà nel tentativo – entro la mattina successiva – di svezzare il malato onde poterlo trasferire in reparto di degenza, dove sembra più semplice la presenza dei familiari al momento del decesso.

53

Se ciò appare ragionevolmente impossibile, vanno sospesi i farmaci e rimosse le strumentazioni il cui scopo non sia quello di permettere una morte dignitosa e priva di sofferenza. Ogniqualvolta sia necessario, devono essere fornite sedazione ed analgesia adeguate: per nessun motivo un malato dovrà morire con dolore e sofferenza.

54

La gestione del tubo endotracheale va decisa di volta in volta a seconda del caso specifico (condizioni del malato, posizione dei familiari e loro comprensione del quadro clinico, ...).

In linea di massima, peraltro, non vi sono controindicazioni assolute ad una estubazione del malato terminale.

55

I familiari devono essere adeguatamente e costantemente informati di quanto viene fatto.

56

Salvo situazioni particolari, vi è una maggiore libertà all'accesso dei parenti al malato terminale; in particolare, si considera auspicabile:

- avvisare i familiari per tempo;
- allentare gli orari per le visite;
- rimuovere ogni ostacolo al contatto fisico (sbarre, polsini, ...).

57

Per quanto possibile, le esigenze dei familiari vanno soddisfatte:

- essere vicini al morente;
- essere informati sulle sue condizioni;
- capire cosa viene fatto e perché;
- essere rassicurati sull'adeguatezza delle decisioni prese;
- sapere che il proprio caro non soffre.

58

- essere aiutati a trovare un senso nella morte del congiunto;
- essere confortati;
- potere esprimere dubbi ed emozioni;
- avere – se necessario – un supporto esterno (sacerdote, ...);
- avere – all'occorrenza – un ristoro fisico (una sedia e un tè).

59

Tempi e modi della presenza dei familiari al letto del malato vanno gestiti dall'infermiere responsabile della stanza, in relazione alla complessità dei suoi impegni assistenziali globali. Salvo eventi eccezionali, deve sempre essere data l'opportunità ai familiari di essere presenti al momento del decesso

60

È opportuno che l'infermiere ed
il medico siano presenti in stanza
al momento del decesso.

61

The success of intensive care is not to be
measured only by the statistics of survival,
as though each death were a medical failure.
It is to be measured by the quality of lives
preserved or restored; and by the quality
of dying of those in whose interest
it is to die; and by the quality of human
relationships involved in each death.

(DUNSTAN GR., *Anesthesia*, 40:479, 1985)

62

IL CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE ITALIANO: L'ORIENTAMENTO, LA VALENZA GIURIDICA, L'IPOTESI EVOLUTIVA

L. D'ADDIO

Infermiera, Docente di Deontologia Corso di Laurea in infermieristica
dell'Università degli Studi di Firenze

Questo contributo, all'apparenza teorico e/o distante dalla realtà, si prefigge di accompagnarvi nell'esplorazione di un documento, il Codice Deontologico (CD), ma soprattutto della deontologia infermieristica e della responsabilità degli infermieri.

C'è un grosso dibattito oggi sulla deontologia, intesa soprattutto come questione etica. Di quest'ultima si parla molto ormai, essendo entrata nel dibattito quotidiano odierno. Siamo contornati, per esempio, da una serie di telefilm, serial tv, ecc. in cui ci vengono proposti contesti sanitari in cui, pur non parlando di deontologia, etica e bioetica, in realtà viene proposto al grande pubblico quello che oggi è l'elemento di riflessione, forse più criticato, nella nostra realtà, ovvero come gestire le decisioni nei confronti dei nostri assistiti. Se questo è vero in generale, ovviamente lo è ancora di più nell'area critica, come anche poco fa abbiamo avuto modo di apprezzare.

E allora cominciamo a valutare qual è la nostra situazione in termini di riflessione deontologica, inoltrandoci nell'analisi del CD degli infermieri, ovvero dove ci ha portato e ci sta portando la deontologia infermieristica. Questo percorso inizia ricordando che gli infermieri italiani sono stati accompagnati da un CD (sebbene poco conosciuto) fin dal 1960. Per meglio dire, un codice delle infermiere. In quegli anni le infermiere sono una realtà particolare, forse ancora molto coniugata ad uno spirito missionario, vocazionale, confessionale. Il CD del 1960 è un codice fortemente prescritto, immaginato e predisposto per cercare di sviluppare e costruire una disciplina e uno zelo per coloro che non erano ancora così preparati a svolgere un impegno, un'attività così rilevante nei confronti degli assistiti. Quindi un codice col quale si cerca di dare una disciplina a chi una disciplina di fatto non aveva, per una carenza formativa molto forte.

Scorrendo gli articoli si può notare (vedi art. 6) il riferimento alla «leale collaborazione» nei confronti del medico, frutto sicuramente del tempo: già allora gli infermieri si impegnavano ad essere i mediatori culturali nei confronti del rapporto medico-assistito, come oggi!

«Pongono i rapporti con i medici su un piano di leale collaborazione eseguendo scrupolosamente le prescrizioni terapeutiche e sostenendo nel malato la fiducia verso il medico e verso ogni altro personale sanitario» (art. 6).

Nell'art. 9 si indica di onorare la propria professione, dichiarando l'impe-

gno/dovere di aggiornarsi e perfezionarsi: gli infermieri ritenevano importante e fondamentale mantenere adeguata la loro attività e l'espletamento del loro esercizio professionale. Nonostante mancassero gli ECM!

«...hanno il dovere di onorare la propria professione: sia loro cura aggiornarsi e perfezionarsi continuamente e abbiano un esemplare comportamento nella vita privata» (art. 9).

Ancora: nell'art. 4 si indica di non lasciare il posto di lavoro senza la sicurezza della sostituzione, aspetto che forse oggi non necessita più di una precisazione deontologica, poiché ormai parte del pensiero professionale stesso. Tuttavia il codice sottolinea che non si tratta di una semplice regolamentazione della turnistica, piuttosto di una responsabilità individuale prima ancora di qualsiasi regolamentazione aziendale.

«...non abbandonano il posto di lavoro senza che vi sia la certezza della sostituzione» (art. 4).

Ma nel CD del 1960, che oggi conta più di 45 anni di età, si trova anche quella che possiamo considerare una perla in termini di responsabilità professionale: l'articolo sul segreto professionale. Le infermiere riconoscono che questo segreto è per loro un impegno, è per loro un'intima convinzione che va al di sopra di ogni obbligo giuridico, quindi ci avviciniamo ad una questione che Zamperetti ha già annunciato essere basilare:

«essi osservano il segreto professionale in base ad intima convinzione al di sopra di ogni obbligo giuridico. Il segreto si estende a tutto ciò che i professionisti siano venuti a conoscere nell'esercizio della professione: non solo quindi a ciò che gli fu confidato, ma anche a ciò che essi hanno veduto, inteso o semplicemente intuito» (art. 5).

La deontologia esiste. Il senso di responsabilità professionale esiste al di là della legge. La legge è molto importante, ma gli individui e le loro coscienze esistono anche al di là della legge.

Il segreto professionale, tornando all'oggetto in questione, è un impegno, una intima convinzione proprio per il rapporto specifico che l'infermiere ha e che costruisce con la persona assistita. Se anche il codice penale non parlasse assolutamente del segreto professionale in termini di violazione, di possibile reato, gli infermieri sempre e comunque vi si atterrebbero. Gli infermieri esprimono con questa ricercatezza, con questa precisione, il concetto di segreto professionale, che non è relativo soltanto a quello di cui si è venuti a conoscenza per il ruolo rivestito, ma che comprende anche quello che la persona può aver confidato, magari in misura individuale. Pensiamo a quello che avviene durante la notte, in alcuni momenti di particolare *apertura* per le persone assistite, a quante volte gli infermieri possono vedere, intendere o semplicemente intuire/percepire, per esempio osservando gli assistiti nei momenti delle visite dei parenti o delle persone significative. Sono momenti che si osservano da lontano a cui non partecipiamo direttamente, ma certamente molto significativi per comprendere molti aspetti.

Abbandoniamo adesso il CD del 1960, per passare al secondo codice, quello del 1977.

Gli anni Settanta sono stati anni importanti in Italia, così come in altre parti del mondo, anni in cui i movimenti sociali, i primi interrogativi morali cominciarono a diffondersi anche nei cittadini comuni, nella società del quotidiano. Sono anni in cui la professione infermieristica assume una dimensione sociale e anche un'identità professionale più precisa.

Il CD del 1977 si presenta più strutturato rispetto al precedente, organizzato al suo interno con titoli e premessa; i suoi contenuti non mirano più ad un fine disciplinare, ma a dare fondamenta precise, appunto quelle dei valori della professione, alla identità dell'infermiere. Nella premessa si parla appunto dei valori della professione, indicando nell'infermiere il soggetto al servizio della salute e della vita.

«l'infermiere svolge una professione al servizio della salute e della vita. È chiamato non solo ad assicurare una qualificata assistenza infermieristica, ma anche a dare risposte professionali nuove per favorire, con la collaborazione di tutto il personale sanitario, il progresso della salute nel paese» (Premessa).

L'infermiere è chiamato non solo ad assicurare una qualificata assistenza infermieristica (fatto rilevante già di per sé), ma anche ad essere innovativo e propositivo, quindi a dare risposte professionali nuove per favorire il progresso della salute del paese. Come vediamo, quindi, gli infermieri, risalendo dal mero esercizio quotidiano, si propongono obiettivi ben più alti: vale la pena ricordare che il CD è l'espressione di una comunità professionale, a cui a sua volta ogni professionista appartiene. Qualora gli infermieri o un singolo infermiere non lo condivida, è opportuno mettere in atto un processo di discussione democratica, utilizzando tutti quegli strumenti costruttivi a disposizione.

Come abbiamo visto, gli infermieri lavorano per il progresso della salute del paese: in pratica gli infermieri affermano, prima ancora di qualsiasi legge, di lavorare per il singolo e la collettività, contemporaneamente in ambito di prevenzione, cura e riabilitazione. Il primo documento giuridico che lo affermerà sarà la L. 833/1978, di un anno e mezzo dopo. Pertanto gli infermieri hanno abbondantemente preceduto la suddetta legge.

«l'infermiere promuove la salute del singolo e della collettività operando contemporaneamente per la prevenzione, la cura e la riabilitazione» (art. 4).

Gli infermieri, nella loro autonoma responsabilità e nel rispetto delle diverse competenze, collaborano attivamente con i medici e con gli altri operatori, sempre al fine della tutela migliore della salute dei cittadini.

«l'infermiere, nella sua autonoma responsabilità e nel rispetto delle diverse competenze, collabora attivamente con i medici e con gli altri operatori socio-sanitari per la migliore tutela della salute dei cittadini, sia nella programmazione e nel funzionamento delle strutture, sia nella gestione democratica dei servizi, tenendo sempre presenti i bisogni reali della popolazione nell'ambito del territorio» (art. 6).

E come vedete non si parla soltanto di una operatività quotidiana, ma di programmazione, funzionamento della strutture, gestione democratica dei servizi. In ambito sociale e giuridico, si deve ricordare, la partecipazione dei cittadini alla valutazione e gestione dei servizi è stata elemento acquisito solo molti anni dopo.

Ma guardiamo anche a quegli artt. del CD del 1977 che oggi ci appaiono oggetto di considerazioni critiche: nell'art.1 si parla dell'infermiere come di un soggetto al servizio della vita dell'uomo:

«l'infermiere è al servizio della vita dell'uomo: lo aiuta ad amare la vita, a superare la malattia, a sopportare la sofferenza e affrontare l'idea della morte» (art. 1).

Lo scopo e il mandato dell'infermiere è proprio quello di aiutare la persona a sopportare la sofferenza, il dolore? O piuttosto si tratta di un evento della vita degli altri per il quale l'infermiere si impegna a supportare, aiutare, a seconda delle scelte della persona, ma anche a eliminare o contenere il dolore. Infatti, se per un assistito il dolore non ha significato, è mandato dell'infermiere cercare di ridurre questa sua esperienza negativa, considerate le opzioni che oggi abbiamo.

«L'infermiere afferma e difende il suo diritto all'obiezione di coscienza di fronte alla richiesta di particolari interventi contrastanti i contenuti etici della professione» (art. 11).

Guardando ora all'obiezione di coscienza, gli infermieri del tempo esprimevano nel CD un'imprecisione, dichiarando che questa può essere evocata di fronte alla richiesta di un particolare intervento contrastante i contenuti etici della professione. L'obiezione di coscienza, in realtà, è più che altro una «ciambella di salvataggio» nei confronti di richieste provenienti dalla persona, dalle istituzioni, dal contesto sociale. Ne è un esempio la L. 194/1978, che riconosce al singolo operatore/professionista il diritto di obiezione nel caso in cui l'intervento di interruzione vada a configgere con i suoi valori individuali, con la sua coscienza di persona. Nel CD del 1999 l'obiezione è stata ripresa e corretta, con riferimento a richieste che possono confliggere con la coscienza individuale, più che nei confronti delle scelte etiche della professione.

Arriviamo quindi al CD del 1999. Nell'impossibilità di trattarlo in modo esaustivo, cercheremo di chiarire quali sono le logiche che lo sostengono. Intanto questo codice nasce da una maturità degli infermieri nel frattempo raggiunta: gli infermieri italiani sono divenuti più grandi, più maturi, più adulti e quindi sono in grado di collocare la deontologia nella sua giusta posizione, ovvero lontana, a giusta distanza dalla morale della società in cui viviamo.

La deontologia infermieristica si rifà ai valori infermieristici, non alla morale: la società circostante in cui viviamo immersi influenzerà i valori infermieristici, si combinerà con questi, ma ciò non comporterà mai, non potrà mai comportare il cambiamento dei nostri valori. Ma anche: l'infermiere lavora sulla soggettività di approccio. Pensate se il medico o l'infermiere che mi capita ha un suo orientamento (e non penso solo a quello religioso, ma anche filosofico-spirituale, scientifico anche) e non si prefigga di andare a incontrare il mio! Per fortuna nostra e dei nostri assistiti, questo è un aspetto chiave per arrivare a riflettere sulla separatezza e sull'integrazione che deve esistere tra la deontologia e l'etica soggettiva, che possiamo definire coscienza individuale. Definendo col termine coscienza individuale i valori della persona e col termine coscienza professionale quelli che sono i valori della professione a cui ho aderito nel momento in cui sono diventato infermiere, riusciamo a capire che nel momen-

to in cui io indosso la mia divisa e sono in servizio non posso rifarmi esclusivamente ai valori individuali. Devo quindi cercare di integrare la mia coscienza individuale con la mia coscienza professionale. A questo punto ci sarebbe da discutere quanto nella nostra formazione questa coscienza professionale ha avuto modo di svilupparsi e anche di mantenersi grazie all'esercizio e all'esperienza. Si tratta di una questione critica, perché il focus nella formazione dei sanitari è sul contenuto scientifico e non umanistico-deontologico. Eppure i sanitari sono chiamati tutti i giorni a prendere decisioni per altri, a guidare processi decisionali importanti, rilevanti, basilari: pensate all'accompagnamento nei confronti dei familiari in una scelta che riguarderà un assistito (spesso loro congiunto), non più in grado di esprimersi. Non può bastare semplicemente la biologia, non può bastare la genetica, non può bastare l'anatomia. Sono competenze che derivano anche da altro.

È importante a questo punto sottolineare, seppur brevemente, che la deontologia è cosa diversa dal diritto. C'è una distanza precisa fra la coscienza professionale e la legge. Anticamente (mi riferisco proprio al giuramento di Ippocrate, che ha dato il via al concetto di professionalità per i sanitari) la deontologia era superiore a qualsiasi regola giuridica, oltre a qualsiasi definizione sociale. I sanitari spesso si trovano in condizioni di dover decidere, affrontare situazioni che sono oltre qualsiasi riferimento giuridico: questo è quello che il giuramento di Ippocrate sostanzia.

Introdurre questo tema ci permette di riflettere sul fatto che spesso e volentieri decidiamo semplicemente in base alla legge. «Facciamo questa cosa, altrimenti i familiari vengono qui, espongono loro il problema e ci denunciano». I sanitari non possono essere in posizione ricattabile. Hanno della responsabilità e queste sono chiamate a gestire. In altre parole, più che parlare dei doveri dell'infermiere, oggi il Codice Deontologico esprime in primo luogo le responsabilità e gli impegni che gli infermieri hanno assunto. La parola impegno ha un valore ben più alto rispetto al termine dovere: non è quindi un caso, come molti autori hanno sottolineato, che gli infermieri nel loro Codice abbiano completamente escluso il termine dovere (come il termine paziente!). Neppure è casuale aver optato per una performance infermieristica che si evidenzia con azioni quali l'infermiere si attiva, l'infermiere promuove, l'infermiere garantisce, e via dicendo. Il Codice deontologico è quindi una vera e propria dichiarazione, quasi solenne, degli impegni che questa professione si assume verso i suoi interlocutori: i cittadini, le istituzioni, i colleghi, gli altri professionisti, e via dicendo.

Quindi la deontologia infermieristica, a differenza di quella di altri ancora fortemente incentrata sui doveri, ha come prospettiva unica quella degli impegni. D. Rodriguez ha pubblicato un articolo nel 2001, nel quale confronta i Codici deontologici dei professionisti sanitari: il Codice di deontologia medica riporta l'incipit «il medico deve ...» per ben 34 volte! Inutile dire che questo gli attribuisce un carattere fortemente prescrittivo, piuttosto che responsabilizzante.

Vediamo allora brevemente il Codice Deontologico del 1999, esaminando 3 articoli tra i meno citati, ma che ci permettono di mettere in luce elementi

utili al nostro scopo qui oggi. Siamo nel Titolo VI del Codice, quello che indica gli impegni e le responsabilità verso le istituzioni.

«L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, di fronte a carenze o disservizi provvede a darne comunicazione e per quanto possibile a ricreare la situazione più favorevole» (art. 6.3).

Quello che ci viene presentato non è un infermiere che si limita a eseguire disposizioni di legge, eseguire regolamenti aziendali e quanto altro: è un partecipatore attivo, riflessivo, anche critico rispetto alla situazione della sua realtà. Già i precedenti relatori ci hanno sottolineato il buon utilizzo delle risorse, quindi quanto nella carenza e/o disservizio possa entrare anche la razionalità, l'analisi organizzativa, per mettere in luce quanta inappropriatezza vi sia nella nostra organizzazione del lavoro. Quanti infermieri rispondono al telefono, prendono prenotazioni, fanno da filtro e via dicendo (ovvero attività a carattere amministrativo)?

«L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologica sia evento straordinario e motivato, e non metodica abituale di accudimento. Considera la contenzione una scelta condivisibile quando vi si configuri l'interesse della persona e inaccettabile quando sia una implicita risposta alle necessità istituzionali» (art. 4.10).

Altra questione emblematica in questa nostra analisi è la contenzione fisica e farmacologia. La contenzione fisica è spesso presente anche nell'area critica, a volte come azione scontata, la cui entità passa misconosciuta. È certo che ci sia da garantire la sicurezza dell'assistito rispetto a gesti inconsulti in cui potrebbe incorrere, quindi a conseguenze importanti, ma ogni mezzo di contenzione è comunque espressione di una limitazione della persona, della sua dignità e libertà e questo non va mai dimenticato. Quindi sarebbe importante considerare anche qui con opportuni protocolli se è sempre e comunque necessario questo trattamento terapeutico, senza escludere, come spesso accade, quanto i sanitari potrebbero avvalersi del contributo dei familiari, che possono limitare i gesti di una persona sicuramente meglio di qualsiasi mezzo di contenzione. Una considerazione anche sul ruolo dei familiari, importante ma non ricattatorio. Il parere dei familiari è di fondamentale importanza, nel momento in cui c'è da assumere una decisione, ma la scelta e la responsabilità conseguente viene assunta dai sanitari. Di fronte ad una differenza di posizione tra parenti e sanitario su un trattamento terapeutico, i sanitari cercano di arrivare ad una decisione che sia anche democratica, e che sia anche comprensibile, che si avvalga di tutti gli spunti, la biografia di cui si diceva poco fa, ma la decisione ultima finale è dei sanitari, anche se il familiare minaccia di portarci in tribunale! È il clinico chiamato a decidere. Sarebbe veramente strano che una decisione a carattere clinico venisse delegata ad altri! Rispetto alle indicazioni espresse dall'assistito, il Codice precisa che è solo in relazione a questo che l'infermiere si impegna a facilitare i rapporti con la persona, la comunità e le persone significative che coinvolge nel piano di cura. Ma nella realtà dei servizi a cosa assistiamo oggi? Si chiede l'autorizzazione ai familiari per tutto: per la trasfusione, per l'intervento chirurgico dell'anziano, come se la titolarità

del consenso potesse essere trasferita ad altri. In altre parole i sanitari cedono lo scettro delle decisioni ai familiari. Un altro caso interessante è quello della donazione di organi: «i medici hanno chiesto l'autorizzazione all'espianto ai familiari» si sente dire in televisione e/o si legge. Quale autorizzazione? Dal 1999 una legge sancisce che in Italia siamo tutti donatori, esiste il tacito assenso. Se non lo voglio essere, lo dichiaro e verrò incluso in una banca dati. Perché se una legge afferma un certo qualcosa, i sanitari continuano a farne un'altra? Su quale presupposto si muovono? Su un presupposto deontologico? Non lo ritrovo. Non lo ritrovo nel Codice degli infermieri, né in quello dei medici. Viene allora da supporre che ci sia una tradizione, un'abitudine, una prassi che risulta più forte di qualsiasi riflessione logica, scientifica e anche di coscienza. Ovvero i sanitari continuano a chiedere ai familiari se possono prelevare gli organi, sebbene questo sia in contraddizione con la norma, che peraltro vale per tutti. Viene veramente da supporre che l'abitudine, la consuetudine, la prassi siano quello che a volte guida più di qualsiasi considerazione.

I sanitari hanno un mandato importante: prendere in carico delle persone. Per gestire al meglio questo mandato, la bioetica suggerisce di muoversi secondo 3 coordinate di riferimento: i principi di autonomia, beneficenza e giustizia, peraltro rintracciabili anche nel Codice Deontologico dell'infermiere (artt. 2.6- 2.7).

Il Codice Deontologico non ha solo una valenza deontologica, anzi, a partire dalla L. 42/1999 il Codice ha avuto anche riconoscimento giuridico. E' la prima volta che il mandato sociale (l'insieme delle norme giuridiche che assegnano ruoli e responsabilità ai sanitari) riconosce pienamente il mandato professionale (l'insieme degli standard e delle definizioni interne alla professionale che completa la visione sociale) come elemento parimenti costitutivo. Anche nei tribunali si comincia ad accorgersi di questo, non solo: da quest'anno nelle Università di Roma, Firenze e Milano è stato attivato un nuovo master: analisi e metodologia della responsabilità professionale nell'area infermieristica. In questo master parte rilevante dell'insegnamento si rifà alla deontologia. Quindi l'infermiere che dovrà esprimersi in termini di perizie, in termini di consulenze, in termini di analisi della realtà per definire le responsabilità, dovrà essere esperto dell'uno e dell'altro. Tra le responsabilità infermieristiche ricordiamo quella di mantenere adeguate le proprie conoscenze e competenze mediante non solo i mezzi più ordinari (ricerca e formazione permanente), anche attraverso la riflessione critica (art. 3.1). Nel Codice si fa riferimento alla necessità di supportarsi con l'evidenza scientifica: non è vergognoso ammettere i limiti del proprio sapere, quindi io non oserò, ma anzi sarò un professionista che assume impegni, responsabilità, ruoli in relazione alle competenze possedute, mettendo in atto tutti i meccanismi leciti per poter caso mai compensare questi limiti. La responsabilità di cui ci parla il Codice è una responsabilità agita, non solo nel rispondere delle proprie colpe, ma sempre e comunque nel rispondere delle conseguenze delle proprie azioni. Sempre e comunque, di qualsiasi tipo siano gli esiti dei miei comportamenti. In altre parole, gli infermieri sono responsabili dei loro comportamenti e scelte, e non solo di quello che hanno sbagliato. Ciò implica il concetto di co-responsabilità, perché oggi, nel com-

plesso mondo sanitario, e socio-sanitario, poche volte c'è un solo responsabile di un effetto su una persona. In generale condividiamo una responsabilità complessa, come quella di curare e assistere la persona.

Abbiamo esaminato il ruolo e le responsabilità dell'infermiere così come emergono dalla deontologia odierna, con un professionista che declina gli impegni assunti nel suo Codice (che è il nostro pubblico manifesto), non rifacendosi solo alla legge. Parlando nella sede dell'ANIARTI, mi sembra opportuno, però, sottolineare anche il ruolo delle associazioni professionali, quindi società scientifiche come questa, che dovrebbero prendere posizione rispetto all'evidenza scientifica, certo, come pure, però, sulla tutela del mandato professionale, considerando sempre e comunque che gli assistiti sono la nostra ragione di essere. Senza di loro e senza i loro bisogni non avremmo ragione di essere! Quindi un invito che propongo a tutte le società scientifiche è quello di riflettere sul fatto che anche ANIARTI, come tutte le altre, ha un ruolo nel cercare di costruire un laboratorio all'interno con i suoi iscritti.

Certamente dobbiamo richiamare anche il ruolo del nostro organismo professionale, il Collegio e la sua Federazione, e non trovo modalità migliore per chiudere sulla ipotesi evolutiva riportando un'affermazione che la Presidente Silvestro ha presentato la settimana scorsa nel Convegno di Roma:

«essere infermiere oggi non è come esserlo stati all'inizio della nostra storia o solo 10 anni fa; è però indubbio che continua ad esserci un filo rosso, ben visibile, mai interrotto, che ci unisce.

*È il filo rosso:
della scelta del prendersi cura
della serietà e responsabilità che caratterizza il nostro impegno
della certezza di svolgere un ruolo rilevante ed anche insostituibile a fianco
delle persone che hanno bisogno di assistenza
della consapevolezza di volere e dover essere sempre all'altezza dei nostri alti
compiti sia sul piano umano che su quello professionale»*

(A. SILVESTRO, 2005)

Esiste un filo rosso: mi sembra una questione estremamente importante. Gli infermieri rappresentano una comunità professionale responsabile, forse fino ad oggi non molto presente, meglio la loro presenza è spesso più tacita, non pubblica, ma non per questo meno importante. Bene, è il momento di diventare anche importanti e visibili.

Bibliografia

CALAMANDREI C., D'ADDIO L., *Commentario al nuovo codice deontologico dell'infermiere*, Milano, Mc Graw-Hill, 1999.

IL CODICE DEONTOLOGICO:
l'orientamento

1

IL CODICE DEONTOLOGICO:
degli INFERMIERI ITALIANI
una lunga storia
che inizia dal 1960 ...

2

**I CODICE DEONTOLOGICO
degli INFERMIERI ITALIANI**

1960

9 articoli

prescrittivo e orientato
a costruire una immagine
di infermiere (disciplinato)

3

**CODICE DEONTOLOGICO
1960**

«Pongono i rapporti con i medici su un piano di leale collaborazione eseguendo scrupolosamente le prescrizioni terapeutiche e sostenendo nel malato la fiducia verso il medico e verso ogni altro personale sanitario»

(art. 6)

4

**CODICE DEONTOLOGICO
1960**

«... hanno il dovere di onorare la propria professione: sia loro cura aggiornarsi e perfezionarsi continuamente e abbiano un esemplare comportamento nella vita privata»

(art. 9)

5

**CODICE DEONTOLOGICO
1960**

«... non abbandonano il posto di lavoro senza che vi sia la certezza della sostituzione»

(art. 4)

6

**CODICE DEONTOLOGICO
1960**

«Essi osservano il segreto professionale in base ad intima convinzione al di sopra di ogni obbligo giuridico. Il segreto si estende a tutto ciò che i professionisti siano venuti a conoscere nell'esercizio della professione: non solo quindi a ciò che gli fu confidato, ma anche a ciò che essi hanno veduto, inteso o semplicemente intuito»

(art. 5)

7

**II CODICE DEONTOLOGICO
degli INFERMIERI ITALIANI**

1977

11 articoli

sociale e professionalizzante

8

**CODICE DEONTOLOGICO
1977**

«l'infermiere svolge una professione al servizio della salute e della vita. È chiamato non solo ad assicurare una qualificata assistenza infermieristica, ma anche a dare risposte professionali nuove per favorire, con la collaborazione di tutto il personale sanitario, il progresso della salute nel paese»

(Premessa)

9

**CODICE DEONTOLOGICO
1977**

*«l'infermiere promuove la salute del singolo
e della collettività operando contemporaneamente
per la prevenzione, la cura e la riabilitazione»*

(art. 4)

10

**II CODICE DEONTOLOGICO
1977**

*«L'infermiere, nella sua autonoma responsabilità
e nel rispetto delle diverse competenze, collabora attivamente
con i medici e con gli altri operatori socio-sanitari
per la migliore tutela della salute dei cittadini,
sia nella programmazione e nel funzionamento delle strutture,
sia nella gestione democratica dei servizi,
tenendo sempre presente i bisogni reali della popolazione
nell'ambito del territorio»*

(art. 6)

11

**CODICE DEONTOLOGICO
1977**

*«L'infermiere è al servizio della vita dell'uomo:
lo aiuta ad amare la vita, a superare la malattia,
a sopportare la sofferenza ed affrontare
l'idea della morte»*

(art. 1)

12

**CODICE DEONTOLOGICO
1977**

*«L'infermiere afferma e difende il suo diritto
all'obiezione di coscienza di fronte alla richiesta
di particolari interventi contrastanti i contenuti
etici della professione»*

(art. 11)

13

**COSA È AVVENUTO
TRA IL 1977 E IL 1999
NELLA DEONTOLOGIA
INFERMIERISTICA?**

14

DEONTOLOGIA



DIRITTO

MORALE

BIOETICA

15

DEONTOLOGIA

- **IERI**
Regole di autodisciplina e di comportamento (doveri) autodefinitive dalla professione che scaturiscono dai valori della professione stessa.
- **OGGI**
Responsabilità e impegni del professionista che scaturiscono dai valori della professione stessa

16

DEONTOLOGIA

Impegni del professionista
più che
doveri del professionista

17

CODICE DEONTOLOGICO 1999

*«L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità,
di fronte a carenze o disservizi
provvede a darne comunicazione
e per quanto possibile
a ricreare la situazione più favorevole»*

(CD, 1999, art. 6.3)

18

**CODICE DEONTOLOGICO
1999**

«L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologica sia evento straordinario e motivato, e non metodica abituale di accudimento. Considera la contenzione una scelta condivisibile quando vi si configuri l'interesse della persona e inaccettabile quando sia una implicita risposta alle necessità istituzionali»

(CD, 1999, art. 4.10)

19

**CODICE DEONTOLOGICO
1999**

«L'infermiere, rispettando le indicazioni espresse dall'assistito, ne facilita i rapporti con la comunità e le persone per lui significative, che coinvolge nel piano di cura»

(CD, 1999, art. 4.3)

20

**CODICE DEONTOLOGICO
1999**

Orientamento ai principi della bioetica

Autonomia

Beneficità

Giustizia

(artt. 2.6 e 2.7)

21

**IL CODICE DEONTOLOGICO:
la valenza giuridica**

22

**Legge 42/1999
mandato sociale e mandato
professionale si completano**

23

**CODICE DEONTOLOGICO
1999**

Orientamento ai principi della bioetica

Autonomia

Beneficenza

Giustizia

(artt. 2.6 e 2.7)

24

**IL CODICE DEONTOLOGICO:
la valenza giuridica**

25

**Legge 42/1999
mandato sociale e mandato
professionale si completano**

26

DEONTOLOGIA

• **MANDATO SOCIALE**



• **MANDATO
PROFESSIONALE**

27

DEONTOLOGIA

- 3.1 *l'infermiere aggiorna le proprie conoscenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca ... Fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiornate...*
- 3.2 *l'infermiere assume responsabilità in base al livello di competenza raggiunto e ricorre, se necessario, all'intervento o alla consulenza di esperti*
- 3.3 *l'infermiere riconosce i limiti delle proprie conoscenze e competenze e declina la responsabilità quando ritenga di non poter agire con sicurezza ...*

28

DEONTOLOGIA

- Definire i valori e la condotta morale che la professione stessa si è data*
- Rispondere delle conseguenze delle proprie azioni*
- Agire la co-responsabilità*

29

IL CODICE DEONTOLOGICO:

l'ipotesi evolutiva

30

*A livello del singolo
professionista:*

continuare a declinare le proprie
responsabilità rispetto agli impegni
assunti,

non rifacendosi solo alla legge

31

*A livello delle associazioni
professionali...*

32

da
«l'infermiere a tutela del paziente»

a

«l'infermieristica a tutela del paziente»

La maggior parte degli infermieri lavora in grandi
istituzioni con delle politiche interne che essi, da soli,
non possono influenzare. Quando le istituzioni creano
degli ostacoli al buon espletamento delle cure,
l'incapacità degli infermieri di provocare un cambiamento
causa delle difficoltà a loro e ai pazienti,
che possono essere evitate.

33

*A livello delle autorità
professionali ...*

34

«Essere infermiere oggi non è come esserlo stati all'inizio della nostra storia o solo 10 anni fa; è però indubbio che continua ad esserci un filo rosso, ben visibile, mai interrotto, che ci unisce.

È il filo rosso:

- della scelta del prendersi cura
- della serietà e responsabilità che caratterizza il nostro impegno
- della certezza di svolgere un ruolo rilevante ed anche insostituibile a fianco delle persone che hanno bisogno di assistenza
- della consapevolezza di volere e dover essere sempre all'altezza dei nostri alti compiti sia sul piano umano che su quello professionale»

(A. Silvestro, 2005)

35

info@lauradaddio.it

grazie per l'attenzione!

36

L'ERRORE PROFESSIONALE ED IL DANNO AL CITTADINO. LA PREVENZIONE, GLI STRUMENTI OPERATIVI, IL SISTEMA DI PROTEZIONE

P. ZOPPI

Infermiere DAI, Componente della Commissione Area Vasta Centro della Regione Toscana per la gestione del Rischio Clinico - Firenze

Tocca a me l'onere e l'onore di affrontare un argomento così scottante, del quale mi sto occupando da quasi 5 anni, e più vado avanti più mi rendo conto che è un mondo che ha veramente 2 facce.

Una faccia estremamente sconvolgente per i dati che emergono, che sono emersi e che stanno emergendo; sconvolgenti per le situazioni paradossali alcune delle quali avremo modo di affrontare insieme a voi, l'altra faccia estremamente affascinante ed interessante, perché pur trattandosi di un errore, è comunque un elemento che porta delle informazioni, che scopre dei margini di miglioramento.

Naturalmente la questione non è così semplice: trasformare un errore in un elemento di miglioramento concreto, necessita di regole, di strumenti, di metodo, di rigore metodologico, volontà, trasparenza, ma soprattutto di un deciso cambiamento di mentalità nell'approccio all'errore stesso.

Iniziamo questo piccolo viaggio in questo mondo dove io darò il mio supporto teorico, ma farò anche degli esempi pratici che sono sotto ai nostri occhi quasi quotidianamente, ma soprattutto appoggiandomi a quella che è stata e continua ad essere la mia esperienza personale.

Questo piccolo viaggio inizia subito nei peggiori dei modi, mi vedo obbligato a fornirvi delle informazioni, perché questo mondo ha una terminologia un po' sua, della quale si sta tentando sempre più di abusare, quindi si utilizzano termini propri di questo ambito in situazioni dove non sarebbe opportuno.

Guardiamo cos'è il rischio. Faccio una premessa: parlare dell'errore è limitativo, dobbiamo parlare di un percorso che lega 3 elementi distinti, ma ugualmente importanti che sono il rischio, l'errore come frutto del rischio e il danno che dall'errore stesso può derivare alle persone. Quindi il rischio in senso generale è la probabilità di accadimento di un evento indesiderato e delle conseguenze che l'evento stesso può avere.

Il rischio ha anche 2 ulteriori caratteristiche: la prima è che è associata a ogni attività umana. Abbiamo sentito parlare di Risk management che vuol dire gestione cioè tentativo di contenimento del rischio. Non si può parlare come si vede nel punto 2 della slide n. 2 di eliminazione dell'errore. Perderemmo del tempo perché l'errore è legato alla nostra natura e questo è un elemento di cui dobbiamo tenere conto.

Affrontiamo l'argomento rischio-errore-danno, in un contesto particolare,

che è il contesto sanitario: non siamo gli unici e non siamo i primi ad aver affrontato questo argomento: se lo sono posti prima di noi il mondo dell'aeronautica degli Stati Uniti e lo stanno affrontando tutti i settori produttivi: dall'edilizia al settore dei trasporti e delle ferrovie, ecc.

Parlare dell'errore-rischio-danno nel mondo sanitario deve costringerci a tenere in considerazione alcuni elementi di complessità. Una collega ha abbondantemente approfondito quali sono gli elementi che caratterizzano la complessità del nostro sistema. Oltre tutto a questa complessità si è aggiunto un rapido cambiamento o alcuni rapidi cambiamenti: aumento delle complessità delle strutture, uso di strumenti tecnologici sempre più avanzati, farmaci sempre più potenti, crescente numero di atti per unità di tempo, pazienti sempre più consapevoli ed esigenti, aspettative di cura sempre più elevate. Quindi gli aumenti degli errori e delle cause civili per danni ai pazienti, aumento dei costi legati al rischio medico; un po' in tutta la letteratura se si va ad approfondire questo argomento, si parla di errore medico, di rischio medico, ma è inteso in senso lato, cioè di errore, di rischio all'interno del sistema salute, dell'organizzazione salute.

Un'altra definizione: che cos'è l'errore umano? È il fallimento del portare a termine, come nelle intenzioni, una azione precedentemente pianificata, cioè un errore di esecuzione, oppure l'uso di una pianificazione sbagliata per raggiungere un obiettivo: errore di pianificazione.

L'evento avverso è un danno causato ad un paziente dalla gestione sanitaria e non dipendente dalla sua malattia, oppure un mancato infortunio, un incidente di particolare rilevanza per le conseguenze che avrebbe potuto avere sul paziente.

Un evento avverso attribuibile ad un errore è un evento prevedibile. Più che errore medico è preferibile parlare di evento avverso in medicina come fenomeno generato dall'intrecciarsi da errori individuali ed errori organizzativi. Vedremo come questa ottica oggi non faccia parte della nostra cultura: noi ci concentriamo di fronte ad un errore fondamentalmente sugli errori individuali. Non teniamo quasi mai conto, quasi perché qualcosa sta cambiando, degli errori insiti all'interno dell'organizzazione.

L'ultima definizione è che l'evento sentinella è un indicatore sanitario la cui soglia di allarme è uno: basta che l'evento si manifesti e si verifichi una volta perché si renda necessaria un'indagine.

Guardiamo quali sono gli eventi sentinella che la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations ha definito, sono le «wrong site procedure», cioè l'errore di sito, quindi l'aver eseguito una pratica diagnostica, chirurgica, terapeutica in un distretto corporeo sbagliato. Gli esempi si sprecano si va dall'esempio più banale dell'RX alla mano sinistra piuttosto che alla mano destra, come all'amputazione della gamba sinistra rispetto alla gamba destra.

In Italia (nella slide n. 8 sono riportati dati italiani) sono stati segnalati 373 casi nel 2003, il che vuol dire più di uno al giorno. Si va dall'incidente banale, fino ad eventi più rilevanti.

Altri eventi sentinella sono l'errore di terapia, cadute, infezioni ospedalie-

re, suicidi, morti perinatali, lesioni da compressione, errore trasfusionale ed identificazione del paziente.

Guardiamo la piramide degli incidenti. Nella slide n. 8 c'è uno schema della National Safety Council che riporta la modalità di classificazione degli incidenti in funzione delle conseguenze che questi possono avere. Alla base ci sono gli incidenti prevenuti, i mancati incidenti, quei mancati incidenti che sono mancati proprio perché spesso è l'infermiere che riesce a cogliere quel dettaglio che impedisce al percorso di arrivare fino in fondo. Per percorso mi riferisco a: rischio-errore-danno. Sono quelli che gli inglesi chiamano le «free lesson», le lezioni gratuite.

Lezioni gratuite perché comunque c'è stato un incidente, quindi è una lezione perché è un'occasione per imparare qualcosa, o per modificare qualcosa. Gratuite perché evidentemente non hanno causato un danno.

L'agenzia americana dice che ogni migliaio di incidenti evitati, ce ne sono centinaia minori, decine seri e quindi con un certo grado di non reversibilità e c'è un morto.

Credo che gli esempi sono noti a tutti: sono sui giornali, sui telegiornali, ecc.

Diamo un po' di numeri. Nella slide n. 9 sono riportati dei dati del 1998. Sono i morti accidentali negli Stati Uniti. Si va dagli incendi (3.700), morti affogati (4.100), avvelenamento (8.400), cadute (16.600), incidenti con autoveicoli (41.200), e per errore medico 120.000. Ripeto, l'errore medico va inteso con l'accezione di cui prima davo nota.

A fronte di questo fenomeno in sanità che tipo di responsabilità abbiamo? Qualche anno fa il professore Spinsanti presentò ad un convegno una slide che potete vedere alla n. 11, che diceva che esiste un minimo morale nell'ambito della medicina al di sotto del quale non è lecito andare. Al di sotto del minimo morale che accompagna la scuola della medicina da 2.500 anni, ci sono 2 elementi: il primo è la giustizia, la non discriminazione; il secondo è la non maleficità, il maggior beneficio, quello che Laura D'Addio nella sua relazione ha presentato come principio di beneficenza.

Inoltre, da una recente indagine, emerge che il 70% dei cittadini pensa la medicina una scienza esatta. Questo è un dato allarmante: la potenza dell'immagine della medicina e del medico ha portato l'immagine stessa molto al di là delle sue reali potenzialità innescando quindi una rincorsa impari. Le aspettative dei cittadini sono sempre e comunque più avanti rispetto ai pur consistenti progressi che la tecnologia nella medicina sta compiendo.

Molto spesso è informato superficialmente: il cittadino ha la tendenza ad affidarsi alla persona, al professionista, «a quel medico»; e a volte è disinformato o peggio ancora: male informato.

I Media in questa diffusione delle informazioni hanno il ruolo di creare un'aura di affidabilità assoluta che non è reale, di progresso veloce e immediato che non è reale.

Visto questo tipo di numeri, la posizione del cittadino, la posizione del professionista, andiamo anche a vedere che cosa succede tradizionalmente nella nostra cultura.

È necessario un cambiamento culturale. La nostra cultura valorizza unicamente le capacità personali nel bene e nel male; trascura completamente l'incidenza di altri fattori che compongono il sistema; unicamente le persone sono artefici di successi e insuccessi. Si sviluppa contestualmente anche la cultura della colpa nei casi negativi, perché tutto è affidato alla persona. Vi faccio una domanda: il provvedimento disciplinare migliora il sistema?

La cultura della colpa sviluppa la sindrome cosiddetta del sistema vulnerabile, quindi la forte tendenza a colpevolizzare gli operatori di prima linea, negare l'esistenza di errori organizzativi causa di fallimenti del sistema, per seguire ciecamente indicatori economici di produttività.

Come si comporta un operatore di fronte ad un errore se la nostra cultura tradizionale è assolutamente incentrata sulla colpa? Quando può nasconde l'errore. Se non è possibile nascondere l'errore, attribuisce ad altri la responsabilità. Oppure ignora completamente i mancati incidenti, cioè quelle che prima avevo definito le «free lessons», quelle preziose opportunità per imparare e incidere sul cambiamento del nostro sistema.

Vi riporto un aforisma da un simpatico libro, che dice: «Quando le cose vanno male e qualcuno sorride, significa che ha trovato a chi dare la colpa». C'è un altro problema: che a volte non è possibile dare la colpa a nessuno.

La colpevolizzazione e la punizione non sono una soluzione. Non servono ad abbassare i rischi, non servono a migliorare il sistema. È uno sfogo del sistema stesso che pensa di aver risolto quel problema allontanando o punendo qualcuno. In realtà è l'illusione di una soluzione.

Bisogna interrogarsi in maniera un po' più seria su qual è la genesi dell'errore, come nasce l'errore.

È solo e soltanto responsabilità dell'essere umano?

Negli anni '90 si è iniziato a guardare al contesto organizzativo.

Oggi, fine anni '90, inizio del secondo millennio, la teoria di riferimento a livello internazionale, è quella che è chiamata teoria «SHEL». È un acronimo, evidentemente, cioè Software, Hardware, Environment, Liveware cioè Regole, Tecnologie, Ambiente e Fattore Umano.

Questa nuova teoria che ripeto è condivisa a livello internazionale dichiara che la genesi dell'errore è il frutto della sinergia di questi 4 elementi, che hanno tutti lo stesso peso, e nella maniera in cui questi interagiscono fra loro.

Ma sarà vero che le regole, la tecnologia, l'ambiente incidono in maniera così importante nella genesi dell'errore?

Faccio degli esempi pratici: le regole.

Mi è capitato, sarà capitato anche a qualcuno di voi, di trovarsi davanti a questa situazione: protocolli errati, che contengono degli errori, manuali della qualità impossibili da consultare, procedure incomplete e lacunose, e altro.

La domanda che mi farà da ora in poi è questa: tutto questo mi aiuta a non commettere errori?

La slide n. 21 non farà felici i signori agli stand, che cita «al design scadente della strumentazione medica la FDA americana attribuisce circa 700 mila incidenti non intenzionali che ogni anno si verificano negli ospedali degli Stati Uniti».

E ancora, l'ambiente con i rumori di fondo, il telefono, chi mi parla, strumenti, ripetute interruzioni, disposizione e funzionalità degli spazi, ecc. Faccio una riflessione sulla interruzione: sapete che gli errori di somministrazione dei farmaci rappresenta oltre la metà degli errori appartenenti alla nostra professione.

Nessuno si permette di interrompere il medico che sta auscultando col fonendoscopio, ma tutti si permettono, per qualsiasi ragione, anche le più sciocche, di interrompere l'infermiere quando sta somministrando dei farmaci.

Tutto questo, rifaccio la domanda, mi aiuta? Evidentemente no.

Volevo approfondire l'argomento «errori di terapia». La somministrazione dei farmaci rappresenta l'attività in cui si manifesta l'errore più frequente per noi infermieri.

Domanda: ma è sempre e solo colpa nostra? Possiamo sempre e solo parlare di negligenza, imprudenza e imperizia? Non voglio difendere nessuno per questioni di appartenenza, però voglio che vengano presi in considerazione anche altri elementi e non soltanto il fattore umano.

Guardiamo cosa succede con i farmaci. Nella slide n. 24 ho scritto nomi di farmaci e grafia. L'esempio a sinistra Daonil per Amoxil.

L'esempio a destra in cui sono stati invertiti il Plendil con l'Isordil.

I nomi dei farmaci sono assolutamente di fantasia, ma usiamola questa fantasia: Lanoxil e Laroxil: mi aiuta questo? Evidentemente no.

Le confezioni hanno la stessa forma, l'etichetta dello stesso colore, sostanze completamente diverse (come nella slide n. 25): è morto un neonato in Italia nel 2005.

La scadenza dei farmaci: il brusio che c'è in sala sembra dimostrare che ho toccato un elemento interessante. La slide n. 26 è una dimostrazione di questo: la foto non è sfocata, era appena stata comprata in farmacia, sono molto piccole le date, sempre su un fianco e a volte senza l'inchiostro come nel caso della fotografia. Infatti noi infermieri prendiamo un bel pennarello e nella parte frontale della confezione ci scriviamo il mese e l'anno della scadenza. Ma siccome lo facciamo tutti vogliamo cominciare a dirlo? Anche perché questi farmaci vanno anche a casa della gente, vanno anche a casa dell'ottantenne autosufficiente che avrà non poche difficoltà nel leggere la data di scadenza di quella confezione.

Sono rischi legati alla somministrazione dei farmaci.

Poi noi infermieri, inoltre, qualcuno lo sottolineava, li controlliamo... di notte.

Rifaccio la domanda: questo mi aiuta? Credo che la risposta ce la siamo già data.

Un ultimo esempio nella slide n. 27, «i gemelli diversi». L'anexate e l'ipnovel, 2 farmaci che sono, molto semplicemente, il veleno e l'antidoto.

Dobbiamo cominciare a dirle prepotentemente queste cose.

Bisogna quindi mettere uno stop a questa cultura tradizionale della colpevolizzazione come unica soluzione; colpevolizzare e punire un individuo: bisogna evidentemente andare incontro ad un nuovo approccio.

La slide n. 28 è abbastanza famosa: forse qualcuno l'ha già incontrata sul proprio cammino.

James Reason nel 2002 disse che alcuni buchi sono dovuti ad errori attivi: si vede come si trovano fra il rischio e l'incidente gli errori che sono rappresentati dai buchi nelle fette di formaggio. Alcuni buchi sono dovuti ad errori attivi, altri invece sono dovuti a condizioni latenti, cioè a fattori patogeni residenti, quindi una nuova tassonomia.

Errori attivi legati e compiuti da operatori di prima linea, gli errori latenti sono invece associati ad attività distanti sia in termini di tempo che di spazio dal luogo dell'incidente, come l'attività manageriale, normative, organizzative, produttive. Le conseguenze degli errori latenti possono rimanere silenti nel sistema anche per lungo tempo e diventare evidenti solo quando si combinano con altri fattori in grado di rompere le difese del sistema.

Bisognerà iniziare a concepire una organizzazione pensata sui limiti delle persone, sulla fallibilità delle persone. Quindi le persone possono sbagliare, nonostante le migliori intenzioni, competenza e buona volontà.

Porre il focus sul contesto organizzativo e culturale anziché solo e soltanto sulla performance individuale.

È necessario supportare le motivazioni, le abilità, le conoscenze degli operatori sanitari per identificare e gestire il rischio.

Promuovere una cultura di apprendimento e di comunicazione.

Siamo alla conclusione della illustrazione della teoria che oggi è condivisa a livello internazionale, la SHELL di cui si parlava prima.

Bisogna farsi una domanda: «qual è il metodo che ci consente di tradurre la teoria in pratica?».

Il metodo è il Risk Management, un processo di rafforzamento continuo delle barriere difensive del nostro sistema per diminuire le possibilità che il percorso rischio-danno, che abbiamo già visto, si inneschi.

Quindi è un processo. È evidentemente un approccio sistemico, e quindi riguarda non il singolo individuo perché fa riferimento alla teoria che insieme abbiamo visto, ma al contesto generale: l'organizzazione, le regole, le procedure, gli strumenti, la formazione e quant'altro.

Allo scopo di rendere difficile fare le cose sbagliate è facile fare le cose giuste tenendo in considerazione il fatto che le persone e gli uomini hanno sbagliato, sbagliano e continueranno a sbagliare. Anche perché non possiamo lavorare per cambiare la condizione umana, ma possiamo evidentemente cambiare le condizioni in cui gli uomini lavorano. Questa è la strada da seguire.

Vi offro, anche se in maniera molto rapida, una piccola panoramica su 2 strumenti che abbiamo a disposizione per contestualizzare il modello.

Il primo è quello che prevede 4 fasi, e che si può vedere nella slide n. 34, e che prevede il monitoraggio degli eventi avversi, cioè il fatto di venire a conoscenza di incidenti evitati o meno, per poter iniziare a fare tutto un percorso analitico che continua nella fase 2 e 3 (analisi degli eventi avversi e diagnosi delle criticità, definizione delle azioni correttive), la fase 2 e 3 si realizzano in quello che viene chiamato audit.

L'audit è una revisione strutturata fra pari, cioè è un momento collegiale in cui più professionisti insieme affrontano una revisione su ciò che è accaduto e su come è possibile che si sia verificato.

La quarta fase è l'implementazione delle soluzioni. Questo è un metodo che garantisce o che prova ad andare nella direzione della protezione reale del sistema nella misura in cui il sistema stesso protegge il cittadino da questi eventi.

Un altro strumento è la Mortality and morbidity review, cioè la revisione, momenti di confronto su casi che hanno evidenziato delle difficoltà particolari da parte dell'équipe. Sono incontri periodici interprofessionali che prevedono anche il miglioramento operativo, quindi anche a livello della progettazione di come si deve produrre. Sugli strumenti non vorrei parlare oltre

Riassumo e sintetizzo dicendo che il sistema della gestione del rischio clinico, poggia le basi sull'identificazione dei rischi, identificazione dei rischi attraverso i 4 elementi che ho riportato, analisi dei rischi attraverso i 2 strumenti di cui ho parlato; prevenzione e quindi miglioramento continuo della qualità.

Che cosa sta succedendo di fatto in Italia? Io vi porto la mia esperienza: in Toscana c'è un centro regionale per la gestione del rischio clinico che è nato nell'anno 2000 come frutto di un protocollo di intesa siglato a tre mani fra il collegio degli infermieri di Firenze, l'ordine dei medici e dall'azienda sanitaria di Firenze.

È stato il primo atto formale impegnativo alla sperimentazione e alla diffusione di questo metodo. È un impegno pubblico importante a cui evidentemente hanno fatto seguito tutta una serie di iniziative e di training per il percorso che si sta facendo, che è un percorso che non è arrivato a termine.

L'obiettivo è far diventare la gestione del rischio clinico una pratica, una prassi.

Considerazioni finali: i professionisti della sanità sentono il bisogno di un cambiamento. La gestione del rischio clinico è una responsabilità di tutti.

Non esiste risk management dell'infermiere o del medico. Esiste il risk management in un'ottica di sistema che riguarda tutte le professioni che in quel sistema operano.

Deve essere partecipativa per rinforzare la fiducia fra azienda, professionisti e utenti.

La riduzione del rischio deve tradursi in minori costi assicurativi, perché è possibile.

Per uscire dalla nostra cultura tradizionale, quella della colpa è necessario affrontare la cultura del cambiamento e il cambiamento della cultura.

Nella slide n. 42 vi ho messo delle parole: analisi, confronto, revisione, coinvolgimento. Noi non siamo abituati a praticare queste attività, perché, come dice Luca Benci il mondo della sanità nella prima metà del secolo scorso ha mutuato un regolamento delle forze armate, che era già pronto, è stato preso e trasportato nell'ambito della sanità.

Alcune cose le ritroviamo ancora oggi: quando siamo in ferie siamo in congedo ordinario, quando ci muoviamo per conto dell'azienda siamo in missione o in comando, il medico è di guardia.

Questo non ha giovato alle relazioni interne al sistema perché quello è un mondo dove l'analisi e il confronto delle revisioni non sono una virtù: l'obbedienza, meglio se cieca è una virtù. Questo ha condizionato le nostre relazioni

gerarchiche e di integrazione all'interno del nostro sistema, questo cambiamento della cultura è un passo difficile, ma fondamentale.

Perché i problemi che abbiamo oggi non saranno mai risolti all'interno della stessa cultura che li ha generati.

Il viaggio è lungo per il cambiamento culturale: è un aspetto difficile, ma sono convinto che il tentativo di gestire il rischio, di diminuire gli errori e di contenere i danni sia una nuova sfida per tutte le professioni che fanno parte del sistema sanitario.

Posso dire che noi infermieri siamo pronti ad accogliere questa sfida, con intelligenza, competenza, metodo, trasparenza. Invitiamo tutti gli altri a fare questo viaggio con noi consapevoli che non dobbiamo scoraggiarci perché è vero che il viaggio è molto lungo, ma citando Lao Tzu, «anche il viaggio più lungo di mille miglia comincia sempre con i primi passi».

Il rischio

- Il rischio è la probabilità di accadimento di un **EVENTO INDESIDERATO** e delle conseguenze che l'evento stesso può avere.

1

Assunto

Il **RISCHIO** è per definizione:

1. Associato ad ogni attività umana
2. Non eliminabile

2

I cambiamenti nel settore sanitario

- Rapido aumento della complessità delle strutture sanitarie
- Uso di strumenti tecnologici sempre più avanzati
- Farmaci sempre più potenti
- Crescente numero di atti per unità di tempo
- Pazienti sempre più consapevoli ed esigenti
- Aspettative di cura più elevate

↓

Aumento degli errori, aumento delle cause civili per danni ai pazienti, aumento dei costi legati al rischio medico

3

Definizioni: Errore umano

Il fallimento nel portare a termine, come nelle intenzioni, un'azione precedentemente pianificata (errore di esecuzione) oppure l'uso di una pianificazione sbagliata per raggiungere un obiettivo (errore di pianificazione)

(To err is human. Institute of Medicine, 2000)



4

Definizioni: Che cos'è l'evento avverso in medicina

«Danno causato ad un paziente dalla gestione sanitaria e non dipendente dalla sua malattia o un incidente (o mancato infortunio) di particolare rilevanza per le conseguenze che avrebbe potuto avere per il paziente. Un evento avverso attribuibile ad un errore è un evento prevenibile».

Institute of medicine, 2000



Più che di errore medico è preferibile parlare di evento avverso in medicina come fenomeno generato dall'intrecciarsi tra errori individuali e errori organizzativi...

5

Definizioni: evento sentinella

- È un indicatore sanitario la cui soglia di allarme è uno
- È sufficiente che il fenomeno si verifichi una sola volta perché si renda necessaria una indagine
- L'evento sentinella è un evento inatteso che comporta la morte o gravi lesioni fisiche o psichiche o il rischio di esse

- Soc. It. VRQ, 2001 -

6

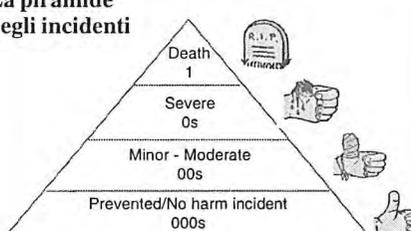
Eventi sentinella

- Wrong site procedure (373 nel 2003 fonte jcaho)
- Errori di terapia
- Cadute
- Infezioni ospedaliere
- Suicidio
- Morte perinatale
- Lesioni da compressione
- Errore trasfusionale
- Identificazione del paziente

2004 - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

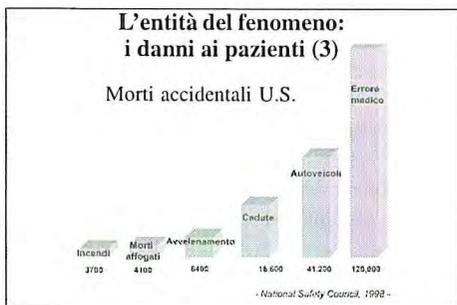
7

La piramide degli incidenti



Da NPSA, 2005

8



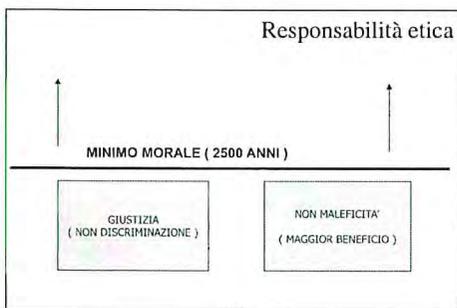
9

La ricerca epidemiologica

Study	Date of admissions	Number of hospital admissions	Adverse event rate (% admissions)
Harvard Medical Practice Study	1984	30195	3.7
Utah-Colorado	1992	14052	2.9
Australian	1992	14179	16.6
United Kingdom	1999	1014	10.8
Denmark	1998	1097	9.0
New Zealand	1998	6579	11.2
France	2002	778	14.5
Canada	2000	3745	7.5

C. Vincent, 2005

10



11

- ### E il cittadino?
- Da un recente sondaggio emerge che il 70% dei cittadini ritiene la medicina una scienza esatta
 - Informato superficialmente
 - Disinformato o male informato
 - Il ruolo dei media

12

- ### La cultura tradizionale
- Valorizza unicamente le capacità personali (nel bene e nel male)
 - Trascura completamente l'incidenza di altri fattori che compongono il sistema
 - Unicamente le persone sono artefici di successi ed insuccessi

13

La cultura tradizionale

«Un medico è memoria dove te imparare le 1.500 pagine di questo libro se volete avere l'immunità per uccidere»

Dal film «Nessuno resta solo» (*Not As a Stranger*) di Stanley Kramer, 1955 con Frank Sinatra e Robert Mitchum

14

- ### La cultura della colpa
- Teoria della «mela marcia»
 - L'errore è un marchio
 - Culto della responsabilità personale
 - Focus sull'incidente e sulla persona
 - Provvedimenti disciplinari
-

15

- ### Sindrome del sistema vulnerabile
- Tendenza a colpevolizzare gli operatori di prima linea
 - Negare l'esistenza di errori organizzativi causa di fallimenti del sistema
 - Perseguire ciecamente indicatori economici e di produttività
- Reason, 2000
-

16

E le sue conseguenze ...

- Nascondere l'errore quando possibile
- Se non è possibile, attribuirne ad altri la responsabilità
- Ignorare completamente i mancati incidenti



17

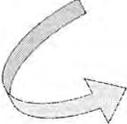
«Quando le cose vanno male...
e qualcuno sorride...
significa che ha trovato
a chi dare la colpa...»

Da: «Anche le formiche nel loro piccolo s'incazzano»

18

EVOLUZIONE DELLA TEORIA

- ANNI 60 / 70 → TECNOLOGIA
- ANNI 80 → FATTORE UMANO
- ANNI 90 → ORGANIZZAZIONE



S: SOFTWARE (regole)
H: HARDWARE (tecnologia)
E: ENVIRONMENT (ambiente)
L: LIVEWARE (fattore umano)

19

REGOLE

- **Protocolli errati**
- **Manuali della qualità impossibili da consultare**
- **Procedure incomplete e lacunose**
- **Organizzazione:** molto spesso i servizi non si adeguano alle esigenze delle unità operative ma anzi chiedono alle unità operative di adeguarsi alle loro esigenze

20

TECNOLOGIA



Al design scadente della strumentazione medica la FDA attribuisce circa 700 mila incidenti non intenzionali che ogni anno si verificano negli ospedali U.S.

(D.B. Burlington, *Biomed Instrum Technol* 1996)

21

AMBIENTE

- Rumore di fondo (telefoni, staff, allarmi, strumenti, ecc.)
- Ripetute interruzioni
- Disposizione e funzionalità degli spazi

22

La somministrazione dei farmaci

- Rappresenta l'attività in cui si manifesta l'errore più frequente per noi Infermieri
- Ma è sempre e solo «colpa» nostra?
- Possiamo sempre e solo parlare di negligenza, imprudenza ed imperizia?

23

NOMI FARMACI E GRAFIA



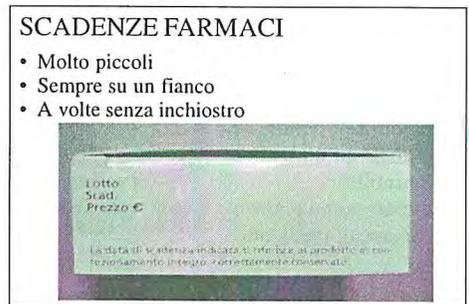
Daonil x Amoxil Plendil x Isordil

Lanoxin x Laroxil

24



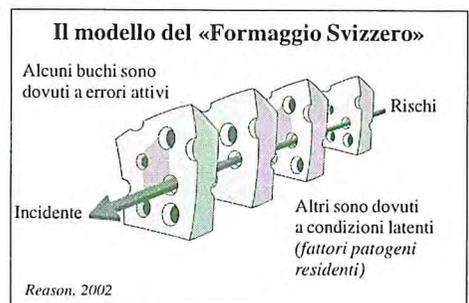
25



26



27



28

Una nuova tassonomia degli errori

Errori attivi
Sono associati alle prestazioni degli operatori di prima linea, i loro effetti sono immediatamente percepiti e, dunque, facilmente individuabili.

Errori latenti
Sono associati ad attività distanti (sia in termini di spazio che di tempo) da luogo dell'incidente, come le attività manageriali, normative e organizzative. Le conseguenze degli errori latenti possono restare silenti nel sistema anche per lungo tempo e diventare evidenti solo quando si combinano con altri fattori in grado di rompere le difese del sistema stesso.
(Reason, 1991)

29

Una organizzazione pensata sui limiti delle persone

- Le persone possono sbagliare nonostante le migliori intenzioni, competenze e la buona volontà
- Porre il focus sul contesto organizzativo e culturale anziché sulla performance individuale
- È necessario supportare la motivazione, le abilità e le conoscenze degli operatori sanitari per identificare e gestire il rischio
- Promuovere una cultura di apprendimento e comunicazione

Reason, 2003

30

Il risk management

Processo di rafforzamento continuo delle barriere difensive del nostro sistema per diminuire la possibilità che il percorso rischio/danno si inneschi.

31

Il risk management

L'approccio del risk management è sistemico, che non riguarda quindi il singolo individuo, ma il contesto generale in cui opera (organizzazione, regole, procedure, strumenti, formazione...), ed ha lo scopo di rendere difficile fare le cose sbagliate e facile fare le cose giuste.

32

Considerazioni finali

I professionisti della sanità sentono il bisogno di cambiamento

La Gestione del Rischio Clinico è una responsabilità di tutti, quindi deve essere partecipativa per rinforzare la fiducia tra aziende, professionisti ed utenti

La riduzione del rischio deve tradursi in minori costi assicurativi da reinvestire in qualità

Iniziamo diffondendo le buone pratiche (M&M, CA, ecc.)

41

- *Cultura del cambiamento*
- *Cambiamento della cultura*

per quanto riguarda il confronto, l'analisi, la revisione, il coinvolgimento e l'interdisciplinarietà nella ricerca del miglioramento.

42

«I problemi che abbiamo oggi non saranno mai risolti all'interno della stessa cultura che li ha generati»



43

«Anche il viaggio di mille miglia comincia sempre con i primi passi»

(Lao Tzu)

Grazie per l'attenzione

44

L'EFFICACIA DELLA TECNOLOGIA NEI PROCESSI ASSISTENZIALI DI TIPO INTENSIVO: COME, QUANDO, PERCHÉ

A. LUCCHINI

Coordinatore inf. terapia intensiva generale - Azienda Ospedaliera S. Gerardo - Monza
Università Milano - Bicocca

Tecnologia



- Studio o uso delle arti meccaniche e delle scienze applicate
- Una tecnologia è un particolare ambito di attività che richiede metodo scientifico e conoscenza

1

Qual è il ruolo della Tecnologia in ICU?

- Liberare ed ottimizzare le risorse umane
- migliorare il «care» della persona

2

Problematiche correlate alla Tecnologia in ICU

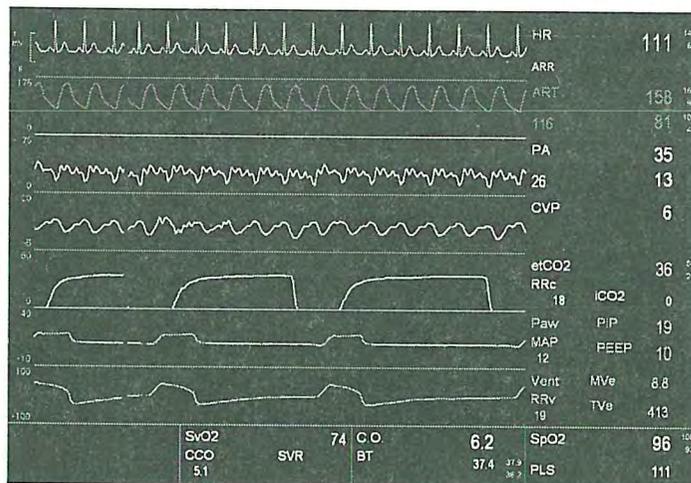
- learning time
- limiti di applicazione
- sistemi di backup
- risk management

3



4

Ottimizzazione raccolta dati



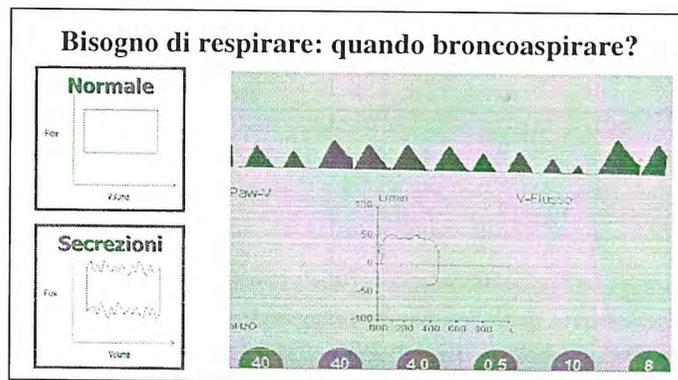
5

Bisogno di respirare: quando broncoaspirare?

- Diagnosi di ritenzione di secrezioni bronchiali
- Mi posso fidare della diagnosi?
- Quanto è precoce la diagnosi?



8

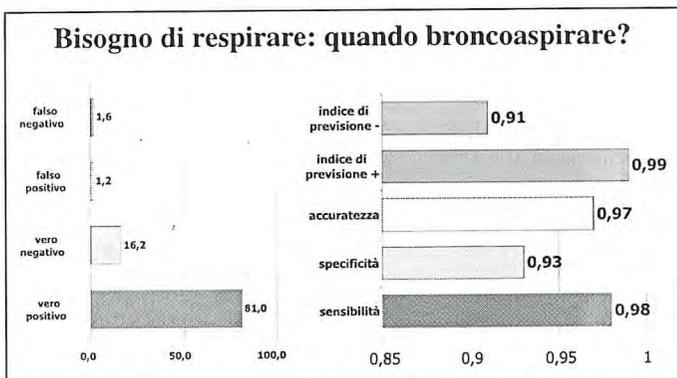


9

Sensibilità/specificità

- La **SENSIBILITÀ** di un test è la frazione dei soggetti malati che risultano positivi al test
- La **SPECIFICITÀ** di un test è la frazione dei soggetti non malati che risultano negativi al test
- L'**ACCURATEZZA** la quantità di diagnosi corrette

10



11

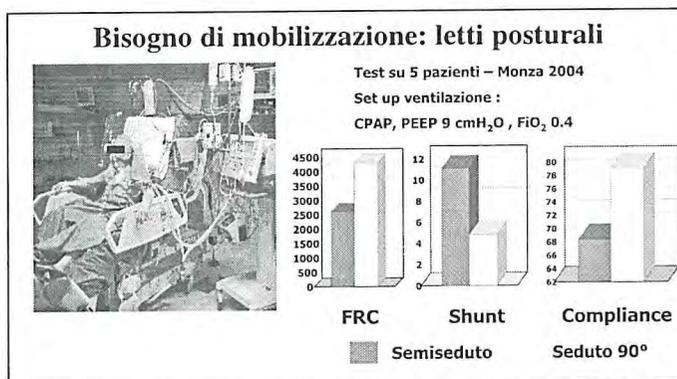
Tecnologia in ICU: come, quando e perché

Raccolta dati	Bai Diagnosi Inf.	Obiettivi	Scelta ed attuazione azioni	Rivalutazione
---------------	-------------------	-----------	-----------------------------	---------------

↓

- Come: attuare azioni infermieristiche
- Quando: nella mobilitazione delle persone
- Perché: potenziare e liberare risorse infermieristiche, agire in sicurezza, ridurre le complicità

12



13

Bisogno di mobilitazione: postura prona

- 1 operatore vs. 5
- Riduzione rischio LDD e complicanze

Monza 2003-2005

- 24 pazienti in postura prona > 18 ore/die
- 1 LDD 2° grado, 0 complicanze maggiori



14

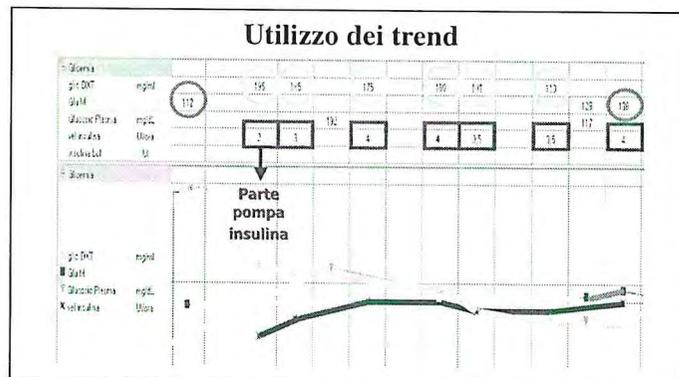
Tecnologia in ICU: come, quando e perché



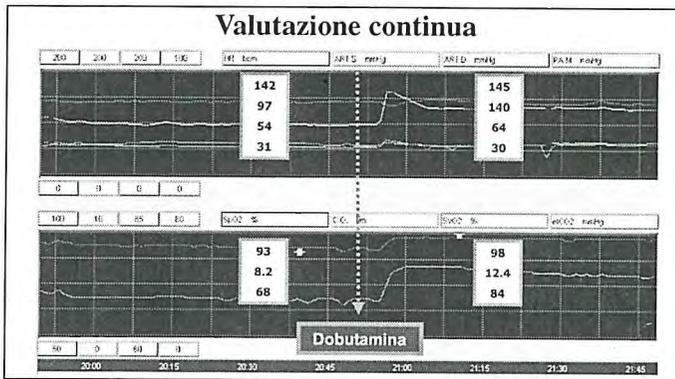
- Come: valutare l'azione infermieristica
- Quando: in ogni momento
- Perché: utilizzo dei sistemi informatizzati per analisi, eventi, trend

15

Utilizzo dei trend



16



17



18

VALUTAZIONE SULL'APPLICAZIONE DI TECNOLOGIE PER VALUTARE LA NECESSITÀ DI BRONCOASPIRAZIONE

V. LA VERGATA

Infermiere, Rianimazione del Policlinico «A. Gemelli», Roma

Keywords: secrezioni endobronchiali, broncoaspirazione, diagnosi infermieristica, infezioni polmonari ventilatore-relate (VAP).

Premessa: L'accumulo delle secrezioni tracheobronchiali nei pazienti ricoverati nei reparti di area critica è una delle normali conseguenze della ventilazione meccanica. I pazienti connessi ai respiratori automatici infatti vanno incontro ad un aumento della produzione di secrezioni bronchiali, ad un anomalo riflesso della tosse, nonché ad una riduzione della clearance mucociliare, modifiche fisio-patologiche che, tutte insieme, determinano la necessità di molteplici interventi infermieristici atti al ripristino di una migliore pervietà delle vie aeree: broncoaspirazione, modifiche della postura, coppettazioni,...

Se tanto è stato detto e studiato sulle ripercussioni che la manovra della broncoaspirazione può avere in ambito della compliance respiratorie (volumi, pressioni, SaO₂, ...), delle pressioni intratoraciche e di quelle intracraniche, risulta ancora un tema praticamente irrisolto quello relativo alla diagnosi infermieristica di necessità di broncoaspirazione.

Fino ad oggi l'infermiere broncoaspira secondo scuole di pensiero che prevedono l'esecuzione della tecnica ad intervalli stabiliti (prima delle cure igieniche, ad inizio turno, ogni due ore,...) o al bisogno. In particolare, in questo secondo caso, molto è lasciato ad una libera interpretazione degli infermieri che, se non particolarmente esperti, possono scegliere di intervenire essenzialmente su dati quali: la tosse, i rumori e la desaturazione.

Cobley et al. Nel 1991 (1) comincia a sottolineare il problema della broncoaspirazione analizzando la possibilità di migliorare la performance utilizzando il sistema chiuso, Maggiore et al. Nel 2003 analizza lo stesso problema verificando però la possibilità di utilizzare il sistema chiuso al fine di prevenire le infezioni polmonari ventilatore-relate (VAP) (2).

L'evidente specificità e delicatezza del problema è stata affrontata dal gruppo infermieristico che rappresento al fine di arrivare a definire, nella nostra realtà, un approccio conforme all'evidenza scientifica. Lo studio identificato perciò vuole cercare di stabilire quando l'infermiere deve intervenire per produrre una broncoaspirazione efficace, breve, con i minori effetti collaterali possibili.

Nell'analisi del problema, che ha comportato una ricerca bibliografica di enorme rilevanza, ci si è trovati di fronte alla possibilità di studiare anche la possibilità di applicazione di un nuovo strumento tecnologico: il TBA Care.

Il TBA Care, nel nostro caso, risultava oltremodo interessante perché, se usato in modo congruo, ci sembrava potesse consegnare all'infermiere un ulteriore dato da verificare sulla possibile necessità di broncoaspirazione.

E tutto questo appariva molto utile per il nostro gruppo, caratterizzato da un elevato turn-over degli infermieri, unito al pesante carico di lavoro (rapporto infermiere : paziente = 1 : 3), che spesso vive situazioni di disagio gestionale.

Lo studio, attualmente ancora in corso, si propone quindi di misurare la specificità dello strumento al fine di verificare se, quanto proposto, risulta realmente idoneo al nostro scopo, ovvero, sia per quanto riguarda il bisogno di broncoaspirazione del malato, sia per quanto riguarda la possibilità di usufruire di un ulteriore strumento di rilevazione dei dati da parte dell'infermiere, così da rendere ancora più oggettiva, se possibile, una rilevazione molto spesso ritenuta di secondo piano.

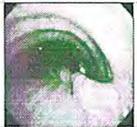
Bibliografia

1. COBLEY M., ATKINS M., JONES P.I. (1991), *Environmental contamination during tracheal suction. A comparison of disposable conventional catheters with a multiple use closed system device. Anaesthesia* 46:957-961.
2. MAGGIORE S.M., IACOBONE E., ZITO G., et al., *Closed versus open suctioning techniques. Minerva Anest.* 68:360-364.
3. DEMERS R.R. (1982), *Complications of endotracheal suctioning procedures. Respirat. Care* 27:453-457.
4. WALSH J.M., VANDERWARF C., HOSCHEIT D. et al., *Unsuspected hemodynamic alterations during endotracheal suctioning. Chest* 95:162-165.




**SPERIMENTAZIONE SULL'APPLICAZIONE
DI TECNOLOGIE PER VALUTARE
LA NECESSITÀ DI BRONCOASPIRAZIONE**

1



LA BRONCOASPIRAZIONE

Tecnica che permette la rimozione delle secrezioni presenti nell'albero bronchiale impiegando un sondino connesso ad una fonte di aspirazione.

2



**OBIETTIVI della
BRONCOASPIRAZIONE**

- mantenere pervie le vie aeree rimuovendo secrezioni e/o materiale estraneo
- migliorare gli scambi respiratori
- prevenire le infezioni favorite dal ristagno di secrezioni

3

A CHI È RIVOLTA?

- Pazienti non in grado di espellere in modo autonomo ed efficace le loro secrezioni;
- Pazienti connessi al ventilatore meccanico (pazienti in IOT o tracheostomizzati);
- Pazienti neurologici e/o con patologie muscolari in cui il riflesso della tosse è alterato (es. Guillain-Barrè Distrofia muscolare);
- Pazienti comatosi o con uno stato di coscienza alterato

L. PERESSONI, Congresso Nazionale Aniarti Sorrento 2002

4

CONSEGUENZE DELLE SECREZIONI NON RIMOSSE

- Ostruzione delle vie respiratorie
- Alterazione degli scambi gassosi
- Atelettasie
- Infezioni

L. PERESSONI, Congresso Nazionale Aniarti, Sorrento 2002

5

CODICE DEONTOLOGICO 1960

*«... hanno il dovere di onorare
la propria professione: sia loro cura aggiornarsi
e perfezionarsi continuamente e abbiano
un esemplare comportamento nella vita privata»*

(art. 9)

6

Quando broncoaspirare

Molto è stato scritto in bibliografia
riguardo all'esecuzione ...

Ma chi stabilisce quando?

R. MEGLIORIN, Congresso Nazionale Aniarti Sorrento 2002

7

NELLA NOSTRA REALTÀ VIVIAMO IL PROBLEMA DEL MOMENTO DELLA BRONCOASPIRAZIONE

- Ampiezza del reparto
- Rapporto infermieri/pazienti
- Esperienza/acquisizione di competenze professionali

8

OSSERVAZIONE DEL FENOMENO

La certezza dell'errore si è evinta
durante l'osservazione sistematica.

Via alla supervisione tra pari!!!

9

I DATI MICROBIOLOGICI

È stato intrapreso un monitoraggio microbiologico attento.

Se segni di flogosi e di infezione, CPIS positivo, riscontro con esame (BAL durante broncoscopia)

10

I VINCOLI ETICO/DEONTOLOGICI E LEGISLATIVI

Fonti normative a carattere generale	Fonti specifiche	Fonti deontologico/etiche
Costituzione	Raccomandazioni OMS	Codice deontologico
Codice civile e penale	Circolari Ministero della salute	Patto infermiere /cittadino
L.42/99		Carta dei diritti del malato
Prof. Prof.DM 739/94		
Formazione di base		

11

La risposta al problema

- Riunioni per la discussione «intorno» la broncoaspirazione
 - Incontri formali e informali con i medici
 - Verifica della bibliografia
 - Corsi di perfezionamento
- ... ci siamo guardati intorno ...

12

**STUDIO PER LA VALUTAZIONE
DELLA SENSIBILITÀ INFERMIERISTICA
PER LA RILEVAZIONE DEL BISOGNO
DI BRONCOASPIRAZIONE
VS L'UTILIZZO DI UN DEVICE
DI MONITORAGGIO
DELLE SECREZIONI BRONCHIALI**

13

SCOPO DELLO STUDIO

- Valutazione sensibilità e specificità di un nuovo device per identificazione della presenza di secrezioni bronchiali che richiedono la manovra di broncoaspirazione.
- Confronto tra il device e la pratica clinica, alla luce delle nuove conoscenze scientifiche, attualmente impiegata in reparto.

14

SOGGETTI

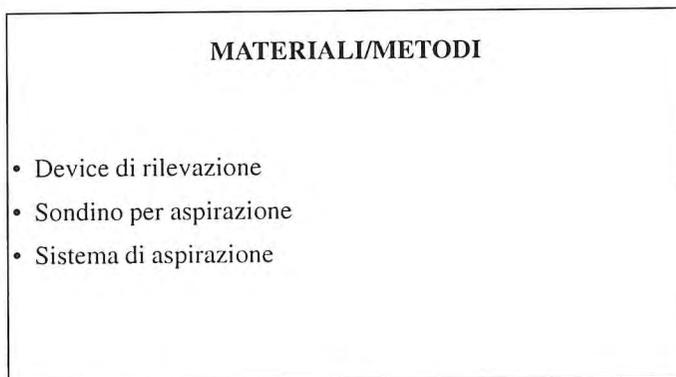
Pazienti in IOT connessi al RA



15

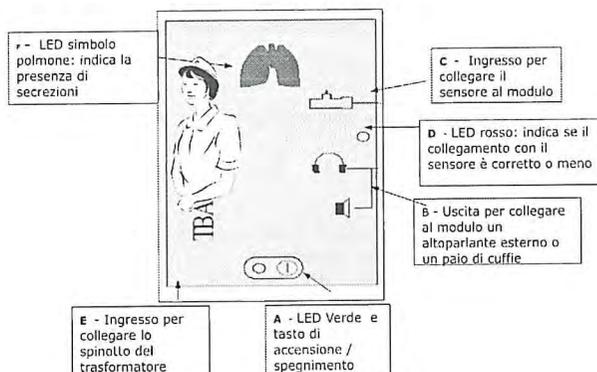


16

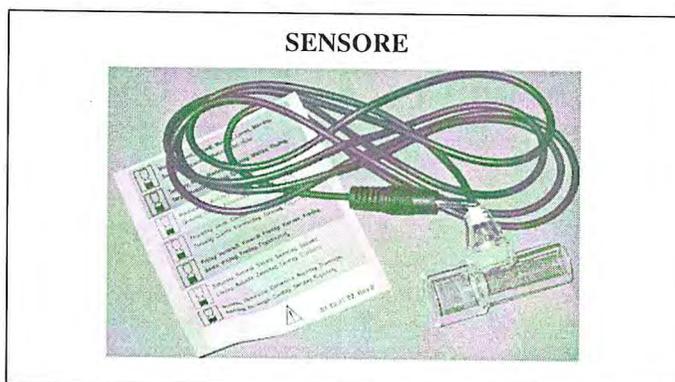


17

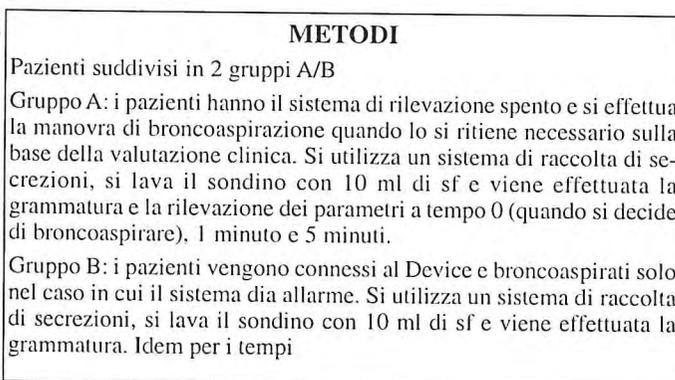
IL DEVICE



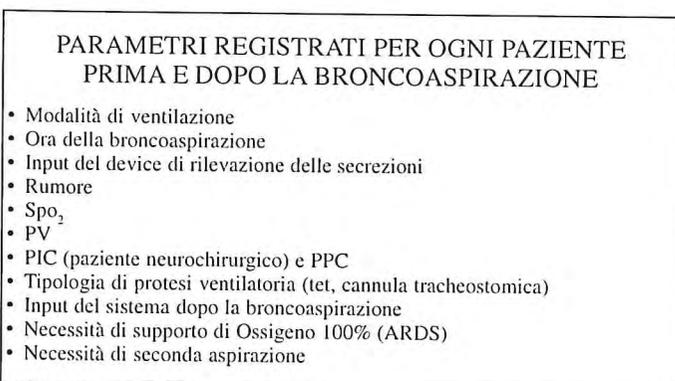
18



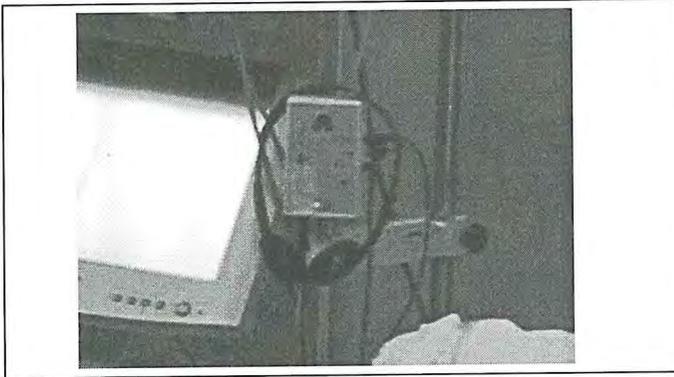
19



20



21



22

I PRIMI DATI

- Sono stati studiati 15 pazienti.
- Quando il suono era continuo in 12 casi la SaO₂ era ancora intorno ai valori di 99%-100%
- In tutti i casi i volumi di ventilazione, al termine della broncoaspirazione sono risultati migliorati
- In un caso la PIC è passata da 16 a 12, i valori di questo dato sono comunque sempre migliorati di circa 2 punti.
- Il quantitativo riscontrato: da un minimo di 1,8 ml a un massimo di 7 millilitri.

23

Il primo risultato oggettivo

- Tutti, infermieri e medici, pongono attenzione alla broncoaspirazione.
- ... tutti usiamo la stessa tecnica!!!

24

LE GUARIGIONI DELLE FERITE CHIRURGICHE NEGLI INTERVENTI DI CARDIOCHIRURGIA E L'INFLUENZA DELLA MEDICAZIONE SUL PROCESSO DI GUARIGIONE

A. PEGHETTI ¹, M. MORETTI ²

¹ Relatore, Infermiera Master in Wound Care, Vice Presidente AISLeC - Anestesia e Rianimazione Cardiochirurgica Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico S. Orsola - Malpighi

² Infermiera, Unità Operativa di Cardiochirurgia Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna - Policlinico S. Orsola - Malpighi

Premessa: L'interesse al problema della corretta gestione delle ferite chirurgiche, ha sempre interessato la nostra équipe multidisciplinare (infermieri, cardiocirurghi ed anestesisti), sia in relazione alla prevenzione delle infezioni del sito chirurgico che al conseguimento di un miglioramento della qualità nel trattamento di questo tipo di ferite. La bibliografia reperita in merito a questo argomento è varia ed analizza l'effetto dell'applicazione di alcuni antisettici sulla cute [FLYNN J., *Povidone-iodine as a topical antiseptic for treating and preventing wound infection: a literature review*. Br J Community Nurs. 2003 Jun;8(6 Suppl):S36-42], e gli effetti di una scorretta gestione delle medicazioni al momento della loro rimozione [MARGARET HEALE ARMSTRONG, *Rn MSc, WOCN*; PATRICIA PRICE, *PhD2 Feature: Wet-to Dry Gauze Dressing: Fact and Fiction Wounds* – ISSN: 1044-7946 – Volume 16 Issue 2 – February 2004 – Pages 56-62]. Si è evidenziato infatti come la prolungata e ripetuta applicazione di jodipovidone sulla cute possa produrre reazioni locali con fenomeni allergici, fino al caso limite di manifestazioni a carico dell'apparato tiroideo con effetti sul metabolismo tiroideo stesso. Anche la scorretta gestione di garze o cerotti in sede di cambio medicazione può provocare alterazioni cutanee con arrossamenti, insorgenza di dermatiti e/o fenomeni allergici o, nel caso di una scorretta rimozione delle medicazioni, alla formazione di skin tears. Il tutto oltre che provocare disagio al paziente, lo può predisporre alla possibilità di infezioni nei tratti irritati o lesionati.

Problema: alla luce di queste considerazioni e dopo aver valutato i difformi comportamenti in essere, abbiamo pensato di eseguire una ricerca comparativa.

Obiettivi:

– comparare le medicazioni tradizionali costituite da garze, imbevute di soluzioni antisettiche (iodiopovidone, acqua ossigenata, ipoclorito di sodio) e fissate con cerotto garzato, con medicazioni avanzate, che prevedevano la detersione della ferita con sol. Salina, applicazione di alginato e fissaggio con pellicola di poliuretano sulla ferita principale e di schiuma di poliuretano sugli accessi dei drenaggi.

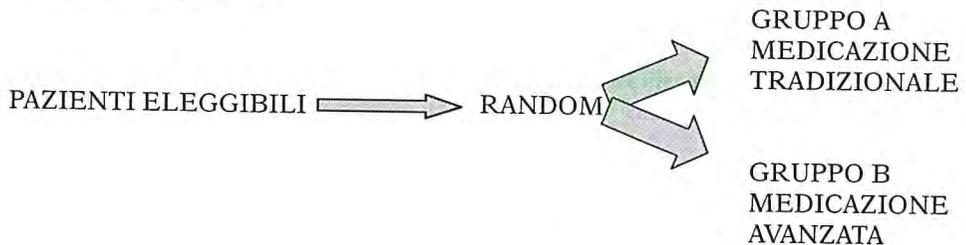
- Valutare i tempi di risoluzione della ferita chirurgica.
- Valutare il rischio di insorgenza di infezioni.
- Valutare il dolore ed il disagio del paziente al cambio della medicazione.

Materiali e metodi: il progetto ha previsto la realizzazione di una ricerca clinica randomizzata realizzata in tre dipartimenti dell'Azienda Ospedaliera S. Orsola - Malpighi di Bologna (Sala Operatoria Cardiochirurgica, Rianimazione Cardiochirurgica e Sezione di semiintensiva del Reparto di Cardiochirurgia). Le medicazioni messe a confronto sono state le medicazioni avanzate, identificate attraverso la classificazione UNI EN ISO 9999 del nomenclatore tariffario, vs medicazioni tradizionali, definite come garze, imbevute o meno di soluzioni antisettiche. L'esecuzione delle medicazioni avanzate ha previsto la detersione della ferita con sol. Salina, seguita da applicazione di una benda composta di alginato di calcio e fissaggio della stessa con una placca di pellicola di poliuretano sulla ferita principale e di schiuma di poliuretano sul punto di accesso dei drenaggi. La medicazione tradizionale ha previsto l'antisepsi della ferita con jodiopovidone ed apposizione sulla ferita e sui punti di inserzione dei drenaggi di garze asciutte fissate con cerotto di tela. Gli accessi chirurgici osservati sono stati: sternotomie, toracotomie e laparotomie tutti suturati con sutura intradermica. I pazienti selezionati erano sia di sesso maschile che femminile in età compresa tra i 50 e gli 80 anni che eseguivano l'intervento in regime di elezione.

Sono stati esclusi i pazienti operati in regime di urgenza, con anamnesi positiva per emodialisi, cirrosi epatica ed emopatia, data l'influenza di queste patologie sul processo di riparazione tissutale. Pazienti sottoposti a laparotomie suture con punti metallici. Sono stati esclusi dallo studio anche dopo l'arruolamento i pazienti sottoposti a riapertura post intervento per esempio per sanguinamento, i pazienti deceduti ed i pazienti trasferiti presso altri reparti/strutture.

Sono stati arruolati per lo studio 40 pazienti per ogni braccio della randomizzazione per un totale di 80 casi osservati.

Disegno dello studio



Strumenti: in ogni reparto sono stati individuati degli infermieri referenti per lo studio con il compito di supportare e consigliare i colleghi in caso di

dubbi. Per la rilevazione dei dati sono state utilizzate delle schede predisposte. (vedi allegato)

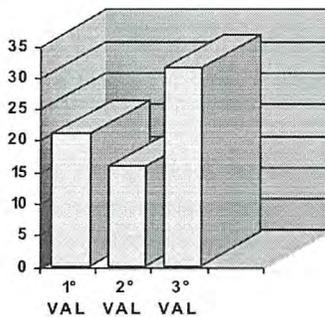
Parametri rilevati: i parametri osservati per ogni paziente erano dolore, arrossamento della cute entro i 2 cm. dalla sutura, presenza di secrezioni, presenza di tumefazione, lesioni cutanee da strappo (skin tears), iperpiressia (l'iperpiressia, in un secondo tempo non è stata analizzata in quanto il dato è stato considerato «sporco»).

L'osservazione è stata effettuata:

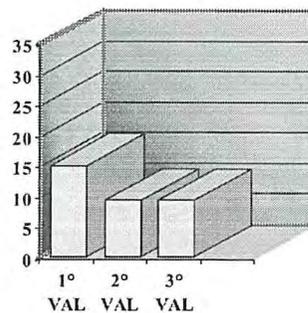
- alla 48^a ora dall'intervento cioè al primo cambio di medicazione, momento della rimozione dei drenaggi;
- alla 96^a ora, momento in cui si lascerà scoperta la ferita chirurgica;
- in 6^a-7^a giornata, alla rimozione dell'elettrodo epicardico.

Risultati: *osservazione arrossamento < ai 2 cm.*

Medicazioni tradizionali

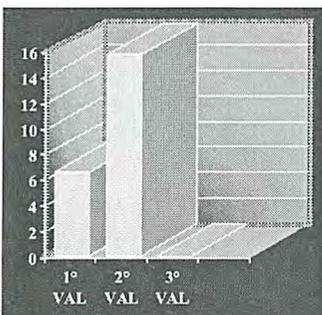


Medicazioni avanzate

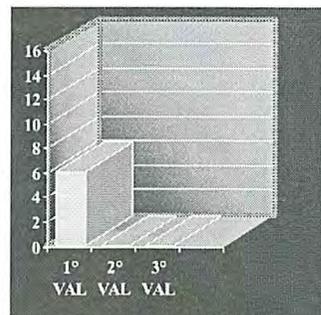


Risultati: *osservazione lesioni cutanee*

Medicazioni tradizionali

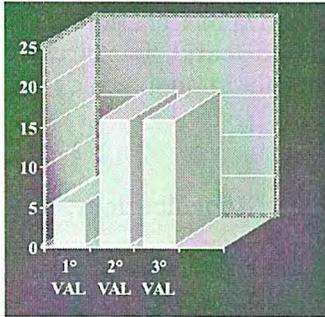


Medicazioni avanzate

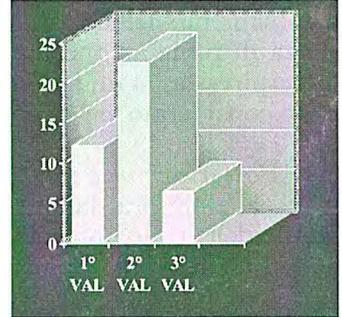


Risultati: osservazioni secrezioni

Medicazioni tradizionali

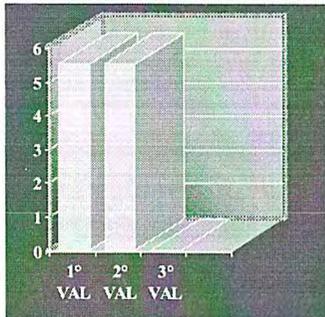


Medicazioni avanzate

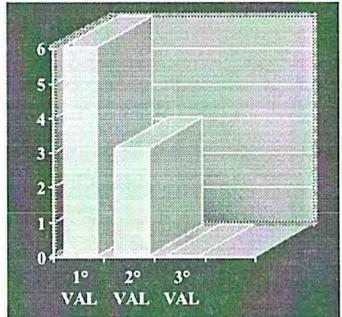


Risultati: osservazione tumefazione

Medicazioni tradizionali

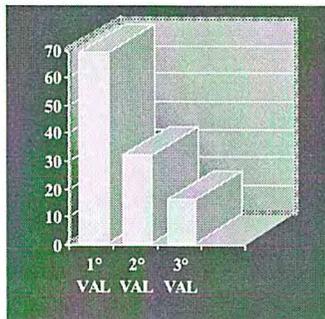


Medicazioni avanzate

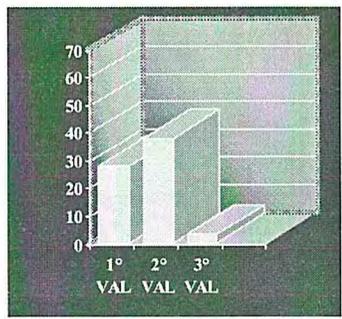


Risultati: osservazione dolore VAS > 5

Medicazioni tradizionali



Medicazioni avanzate



Commento dei risultati:

La comparazione tra i due tipi di medicazione ha fatto osservare che le medicazioni avanzate consentono:

- una riduzione dell'arrossamento;
- una riduzione della tumefazione;
- una riduzione delle secrezioni.

quindi riduzione dei tempi di risoluzione della ferita chirurgica.

- Una riduzione del dolore e del disagio del paziente al cambio della medicazione.

Non si sono evidenziate sostanziali differenze nel controllo delle infezioni tra i due tipi di medicazione.

Conclusioni

I punti di forza di questo studio sono stati:

- il raggiungimento di una maggiore collaborazione tra i vari dipartimenti;
- la graduale sensibilizzazione del gruppo alla ricerca;
- la collaborazione dei team medici (cardiochirurghi-anestesisti);
- il progresso della conoscenza sulle proprietà delle medicazioni avanzate.

Si sono evidenziati alcuni punti di debolezza:

- lo scarso interesse e partecipazione di alcuni colleghi;
- la scarsa cultura per la ricerca;
- la difficoltà nel rispetto dei tempi di valutazione causate dalla variabile pazienti.

Ci si auspicano comunque delle ricadute clinico organizzative:

- una maggiore collaborazione tra professionisti;
 - una validazione ulteriore dell'autonomia nella scelta del trattamento più idoneo;
- in termini di efficacia ed efficienza
- lo stimolo ad eseguire nuove ricerche;
 - l'ottimizzazione delle prestazioni assistenziali in termini di efficacia;
 - il cambio del tipo di antisepsi;
 - una ulteriore sensibilizzazione rispetto al dolore del paziente.

SCHEDA ANAGRAFICA			
CODICE A BARRE.....			
SESSO	M	F	
ETA'	50/57	58/62	63/67
	68/72	73/77	78/85
RAZZA	CAUCASICA	?	
	ASIATICA	?	
	NERA	?	
DIABETICO	SI	NO	
IPERTESO	SI	NO	
OBESO	SI	NO	
STATO NUTRIZIONALE: PROT. TOT. ALBUMINA COLEST.			
FUMATORE	SI	NO	
IN TERAPIA STEROIDEA	SI	NO	
ALTRE PATOLOGIE			
.....			
.....			
.....			

OSSERVAZIONE		GIORNATA
ARROSSAMENTO	SI	NO
	SE SI:	
	ENTRO DUE CENTIMETRI DALLA LINEA DI INCISIONE	?
	OLTRE DUE CENTIMETRI DALLA LINEA DI INCISIONE	?
TUMEFUZIONE	SI	NO
	SE SI:	
	ENTRO DUE CENTIMETRI DALLA LINEA DI INCISIONE	?
	OLTRE DUE CENTIMETRI DALLA LINEA DI INCISIONE	?
SECREZIONI	SI	NO
	SE SI:	
	EMATICHE	?
	SIEROSE	?
	PURULENTE	?
IPERPIRESSIA	NO	SI Tc.....
LESIONE CUTANEA DOVUTA AL PRESIDIO	SI	NO
DOLORE PROVOCATO DAL CAMBIO DELLA MEDICAZIONE SECONDO LA SCALA		
DI VAS	PUNTEGGIO	

Background: le medicazioni tradizionali

- Quelle utilizzate nel nostro centro sono costituite da garze, imbevute di soluzioni antisettiche (iodiopovidone, acqua ossigenata, ipoclorito di sodio).
- MARGARET HEALE ARMSTRONG, RN MSc, WOCN; PATRICIA PRICE, PhD2
Feature: Wet-to Dry Gauze Dressing: Fact and Fiction Wounds – ISSN: 1044-7946 – Volume 16 Issue 2 – February 2004 – Pages 56-62.
- LACHAPPELLE JM., *Allergic contact dermatitis from povidone-iodine: a reevaluation study*. *Contact Dermatitis* 2005 Jan;52(1):9-10.
- FLYNN J., *Povidone-iodine as a topical antiseptic for treating and preventing wound infection: a literature review*. *Br J Community Nurs.* 2003 Jun;8(6 Suppl):S36-42

1

Le medicazioni avanzate

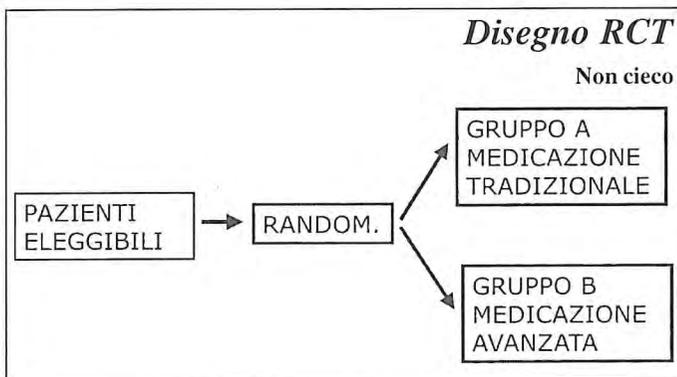
- Prevedono la detersione della ferita con sol. salina, applicazione di alginato e fissaggio con pellicola di poliuretano sulla ferita principale e di schiuma di poliuretano sugli accessi dei drenaggi.
- WYNNE R., BOTTI M., STEDMAN H., HOLSWORTH L., HARINOS M., FLAVELL O., MANTERFIELD C., *Effect of three wound dressings on infection, healing comfort, and cost in patients with sternotomy wounds: a randomized trial*. *Chest* 2004 Jan; 125 (1):43-9.
- RUBIO PA., *Use of semiocclusive, transparent film dressing for surgical wound protection; experience in 3637 cases*. *Int. Surg.* 1991 Oct-Dec; 76(4):253-4.

2

Obiettivi dello studio

- Comparare le medicazioni tradizionali con le medicazioni avanzate.
- Ridurre i tempi di risoluzione della ferita chirurgica.
- Prevenire il rischio di infezioni.
- Ridurre il dolore ed il disagio del paziente al cambio della medicazione.
- Ottimizzare le prestazioni assistenziali.

3



4

- Criteri di inclusione**
- Tutti i pazienti afferenti al reparto di cardiocirurgia.
 - Interventi effettuati in elezione.
 - Età compresa tra 50 ed 80 anni.

5

- Criteri di esclusione**
- Reintervento (come ad es. per sanguinamento).
 - Anamnesi positiva per emodialisi, cirrosi epatica ed emopatia.
 - Ferite suturate con punti metallici
 - Pazienti trasferiti presso altri reparti/strutture.

6

Outcomes valutati

- Dolore
- Arrossamento
- Secrezioni
- Tumefazione
- Lesioni cutanee da strappo (skin tears)

7

Tempi di osservazione

L'osservazione è stata effettuata:

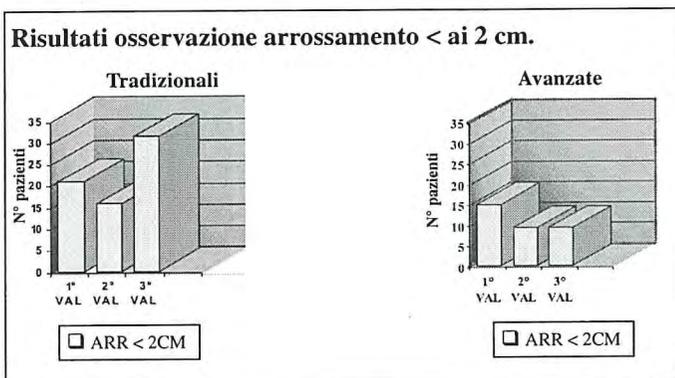
- alla 48° ora dall'intervento cioè al primo cambio di medicazione, momento della rimozione dei drenaggi;
- alla 96° ora, momento in cui si lascerà scoperta la ferita chirurgica;
- in 6°-7° giornata, alla rimozione dell'elettrodo epicardico.

8

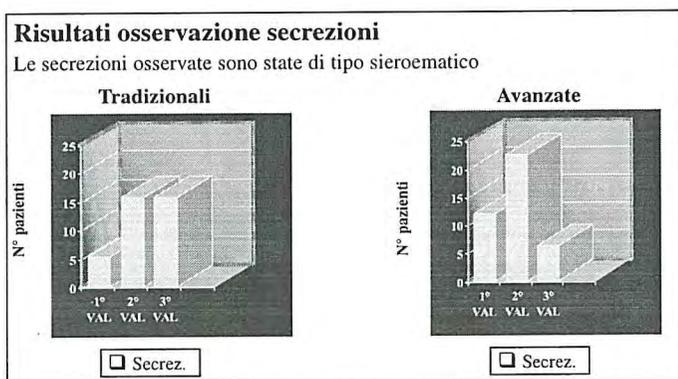
Numerosità del campione

80 pazienti, di cui 40 per ogni
tipo di medicazione reclutati in tre mesi

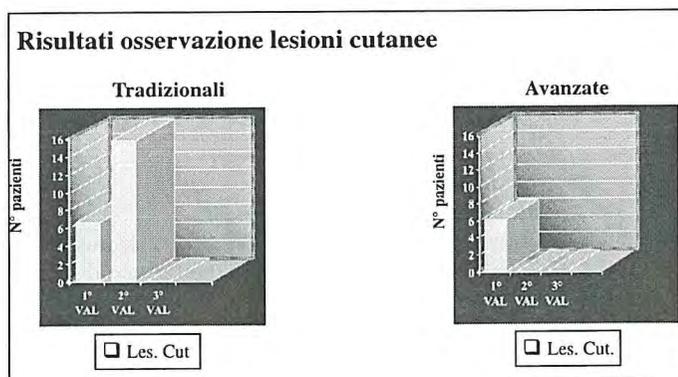
9



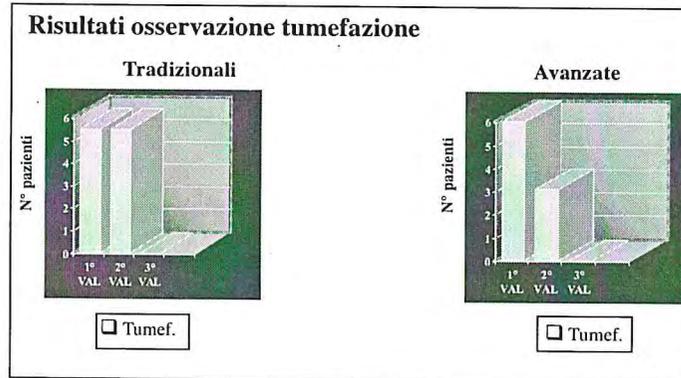
10



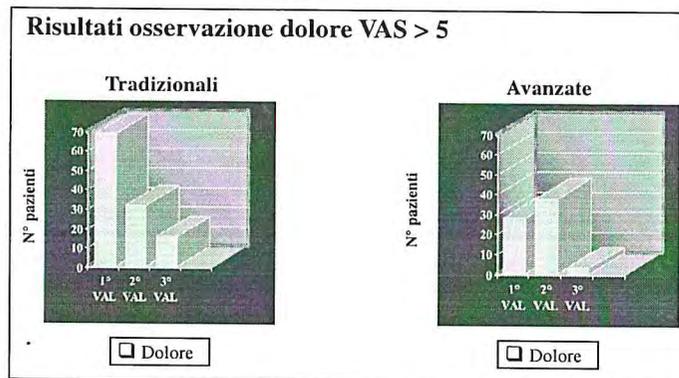
11



12



13



14

Conclusioni

La comparazione tra i due tipi di medicazione ha fatto osservare che le medicazioni avanzate consentono:

- una riduzione dell'arrossamento;
 - una riduzione della tumefazione;
 - una riduzione delle secrezioni
- quindi riduzione dei tempi di risoluzione della ferita chirurgica.
- Una riduzione del dolore e del disagio del paziente al cambio della medicazione.
 - *Non si sono evidenziate sostanziali differenze nel controllo delle infezioni tra i due tipi di medicazione.*

15

Punti di debolezza

- Scarso interesse e partecipazione di alcuni colleghi
- Scarsa cultura per la ricerca
- Difficoltà nel rispetto dei tempi di valutazione causate dalla variabile pazienti

16

Punti di forza

- Collaborazione tra i vari dipartimenti
- Graduale sensibilizzazione del gruppo alla ricerca
- Collaborazione dei team medici (cardiochirurghi anestesisti)
- Progresso della conoscenza sulle proprietà delle medicazioni avanzate

17

Ricadute clinico/organizzative

- Collaborazione maggiore tra professionisti
- Validazione dell'autonomia nella scelta del trattamento più idoneo in termini di efficacia ed efficienza
- Stimolo ad eseguire nuove ricerche
- Ottimizzazione delle prestazioni assistenziali in termini di efficacia
- Cambio del tipo di antisepsi
- Sensibilizzazione rispetto al dolore del paziente

18



LA SCELTA E L'ACQUISTO DELLA TECNOLOGIA E DEI PRESIDI SANITARI: CHI, COME, PERCHÉ

A. LETO

Infermiera DAI, Professore a contratto, Università Tor Vergata, Corso di Laurea in Infermieristica, Coordinatore Area Territoriale Servizio Assistenza Infermieristica ASL Roma B

Le strategie del cambiamento promosse dal PSN 2003-2005 passano attraverso azioni volte a garantire il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria. Tant'è che al punto 2.3. il legislatore ha sottolineato la necessità di «garantire e monitorare la qualità dell'assistenza sanitaria e delle tecnologie biomediche» attraverso azione volte a: *«promuovere la conoscenza dell'impatto clinico, tecnico ed economico dell'uso delle tecnologie, anche con la comparazione tra le diverse regioni italiane; mantenere e sviluppare banche dati sui dispositivi medici e sulle procedure diagnostico-terapeutiche ad essi associati, con i relativi costi; attivare procedure di bench-marking sulla base di dati attinenti agli esiti delle prestazioni»*.

In linea con quanto previsto dal PSN il Prof. Walter Ricciardi, direttore dell'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica Del Sacro Cuore di Roma, nel contesto del 2° congresso internazionale di HTA, così promuove la crescita dei sistemi di valutazione delle tecnologie *«Il Sistema Sanitario Italiano, in linea con gli altri Paesi OCSE, si trova ad affrontare il problema della soddisfazione di crescenti bisogni assistenziali con una quantità di risorse disponibili limitate. Tale situazione implica la necessità di valutare l'appropriatezza delle procedure diagnostico-terapeutiche, delle tecnologie da utilizzare nell'assistenza e dei modelli organizzativi, con l'obiettivo di individuare l'allocazione ottimale delle risorse»*. Quindi non solo economicità del sistema ma soprattutto *qualità* nelle scelte allocative.

L'acronimo (HTA) sta ad indicare un'area di ricerca multidisciplinare a livello internazionale, nota come Health Technology Assessment. Essa nasce con l'obiettivo di fornire un valido sostegno alla interpretazione della complessità che è alla base del processo di analisi che coinvolge i Decision-maker. L'health technology assessment è definita come *«la valutazione delle tecnologie (farmaci, device medicali e procedure cliniche) attraverso una rassegna sintetica e sistematica dell'evidenza scientifica. Si occupa di analizzare costi ed effetti delle tecnologie intese nel senso più ampio, e le informazioni che produce sono strutturate per essere uno strumento valido per l'impostazione delle politiche pubbliche e i processi decisionali in sanità»*. «Health technology» è un'espressione con cui, a livello internazionale, per convenzione, si intende ogni metodo utilizzato per promuovere la salute, prevenire e trattare una malattia, migliorare la riabilitazione o definire criteri di cura e assistenza a lungo termine. In questo contesto, le «tecnologie» non sono soltanto i nuovi farmaci o sofisticate apparecchiature, ma anche procedure, modalità di assistenza e programmi di

screening. La metodologia HTA deve garantire soluzioni che considerino, con un approccio multidimensionale, i molti fattori che sono alla base di scelte sugli acquisti delle tecnologie e dei presidi sanitari. Tutti gli attori dei sistemi sanitari sono alla costante ricerca di meccanismi di finanziamento e di allocazione delle risorse che rispondano contemporaneamente agli obiettivi di efficienza e di equità allocativa. In ogni area dell'assistenza sanitaria sono oggi adottati meccanismi più o meno formalizzati per la valutazione dell'efficacia degli interventi sanitari: la possibilità di assumere le giuste decisioni in merito alle scelte deve essere confortata dalla letteratura disponibile (EBM), indotta dalla riflessione scientifica, tenendo conto delle migliori evidenze possibili presenti a livello internazionale. La difficoltà che ancora oggi si registra è determinata dalla disomogenea utilizzazione di metodiche che si sono diffuse in maniera spesso diversificata tra nazione e nazione, e addirittura tra regione e regione in uno stesso sistema sanitario. Tutti gli sforzi infatti devono essere orientati ad un'armonizzazione delle metodologie di valutazione delle tecnologie sanitarie, ma finora non si è avuto un successo apprezzabile. L'adozione di un approccio integrato sarebbe l'obiettivo da raggiungere, in quanto capace di favorire la creazione di un linguaggio comune, la comunicazione tra le parti e la riduzione dei costi. E uno dei possibili obiettivi potrebbe essere quello di *favorire l'accesso al mercato solo a quelle tecnologie e a quelle strategie assistenziali che dimostrano di essere più efficaci in senso assoluto e a livello globale.*

L'approccio «multidimensionale» prima accennato garantisce una valutazione oltre che sul piano sanitario, anche economico, etico, sociale e organizzativo. In virtù di tali considerazioni, l'HTA ha assunto progressivamente un ruolo primario all'interno di molte organizzazioni ospedaliere europee e nordamericane, quale funzione di supporto al management aziendale nelle decisioni che riguardano l'introduzione di apparecchiature elettromedicali, terapie farmacologiche, procedure e servizi all'interno delle strutture sanitarie.

Sofferamoci a considerare il mercato delle tecnologie biomediche. Esso comprende tutti i dispositivi e le apparecchiature utilizzati per la diagnosi e la cura ed interessa una quota tutt'altro che trascurabile della spesa sanitaria nel nostro Paese, attestandosi intorno a 5,5 miliardi di euro e seguendo a ruota quella per i farmaci. Il settore è da sempre caratterizzato da una naturale tendenza all'innovazione, con una costante introduzione sul mercato di nuovi prodotti ad alto contenuto tecnologico. È facile immaginare, pertanto, la difficoltà oggettiva degli uffici acquisti delle aziende sanitarie nel destreggiarsi fra i vincoli formali imposti dalle normative sugli acquisti da un lato ed una dinamica e prepotente offerta di prodotti hi-tech dall'altro. Pur in presenza di alcune iniziative a carattere regionale finalizzate ad acquisire informazioni sui prodotti correntemente acquistati dalle aziende sanitarie e sui corrispondenti prezzi di acquisto, pochi, infatti, sono gli strumenti di analisi di mercato a disposizione degli operatori sanitari, provveditori e direttori generali, che si trovano di fatto costretti ad operare con una visione ristretta del mercato, il più delle volte basata esclusivamente sugli acquisti già effettuati dalla propria ASL e dalle informazioni fornite dal mercato stesso, a fronte dell'enorme varietà di articoli che caratterizza il mercato biomedicale.

L'approccio alla metodologia HTA ha permesso la nascita di un network italiano (NI-HTA) con l'obiettivo di riunire le realtà sanitarie italiane, che hanno maturato tale esperienza al fine di promuovere la standardizzazione di un modello di valutazione delle tecnologie a supporto delle decisioni di carattere manageriale – esportabile al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) – e di favorire l'estensione delle conoscenze nel campo dell'HTA presso i manager e gli operatori delle strutture sanitarie. Gli obiettivi generali del Network si realizzano attraverso:

1) diffusione dei principi e delle metodologie dell'HTA per la gestione delle tecnologie sanitarie nelle organizzazioni sanitarie del SSN;

2) l'implementazione di un assetto strutturale e professionalmente competente in grado di coordinare e gestire tutte le attività sanitarie e tecnico-economiche pertinenti le tecnologie biomediche;

3) l'analisi di benchmarking tra le più significative esperienze aziendali di HTA realizzate a livello nazionale e internazionale per giungere all'elaborazione di un modello organizzativo unitario da sperimentare all'interno del NI-HTA e da proporre quale possibile standard organizzativo e gestionale di riferimento;

4) la predisposizione di un meta-modello di formazione adottabile da parte delle aziende sanitarie per la realizzazione di corsi di formazione professionale, accreditabili ECM, per operatori impegnati nelle attività di valutazione economica;

5) *la valutazione delle tecnologie per favorire la diffusione scientificamente corretta dei principi e degli strumenti di HTA nel Servizio Sanitario Nazionale*¹.

Diverse Regioni hanno raccolto questa sfida, in particolare gli assessorati e le agenzie dei servizi sanitari tanto da aver costruito osservatori con il compito di orientare le Aziende sanitarie sulla scelta dei prodotti alla luce dell'approccio presentato

La Regione Friuli, già dal 1996 in una prima fase sperimentale, ha avviato un progetto finanziato dal Ministero della Salute con l'obiettivo di mettere a disposizione quanto più notizie fossero disponibili per gli acquisti nel mercato delle biotecnologie attraverso la costituzione di un Osservatorio dei Prezzi e delle Tecnologie. Dal punto di vista operativo, l'O.P.T. consiste da un lato in una rete nazionale di acquisizione dei dati relativi agli acquisti effettuati dalle aziende sanitarie campione e in una raccolta di dati tecnico/funzionali presso i produttori e/o distributori di tecnologie biomediche e dall'altro lato in una distribuzione a tutte le strutture del S.S.N. di informazioni e strumenti operativi. La Banca Dati nazionale delle Tecnologie Biomediche (BDTB) è uno strumento di consultazione a disposizione delle ASL per valutare gli elementi utili in merito all'oggetto di acquisto.

L'elemento base su cui si fonda l'intero sistema è costituito da una banca

¹ Relazione del Prof. Walter Ricciardi Direttore dell'Istituto di Igiene Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma nell'ambito del 2° Congresso Internazionale di HTA 2005.

dati nazionale delle tecnologie biomediche, nella quale sono catalogati e codificati con il sistema CIVAB², tutti i prodotti oggetto di monitoraggio.

Anche la Regione Piemonte si è orientata in tal senso. Nel 2004 tra i 25 progetti da sviluppare, ricopre particolare interesse quello del «Sistema integrato regionale per la valutazione delle tecnologie biomediche»: anche qui l'obiettivo è quello di creare un Centro tecnico-scientifico per la valutazione delle tecnologie in relazione al loro impatto sull'erogazione delle prestazioni sanitarie, aggregando le informazioni monitorate dall'Osservatorio Regionale Tecnologie (OTR). Altre Regioni come La Basilicata L'Emilia Romagna, la Lombardia e la Toscana hanno seguito tale iniziativa e aderito al progetto OTR.

Abbiamo quindi a che fare con due importanti Decision Maker nel panorama italiano, pur se con obiettivi diversi:

Le *Regioni* con una funzione di programmazione, regolazione e controllo che necessitano di informazioni quanto più aggiornate e precise riguardanti tra l'altro:

- il grado di diffusione delle tecnologie biomediche nel proprio territorio e a livello nazionale;
- le condizioni del parco tecnologico regionale;
- il confronto tra i prezzi di acquisizione delle medesime tecnologie da parte delle proprie aziende e di quelle di altre regioni;

Le *Aziende Sanitarie* che nelle procedure di acquisizione e gestione delle tecnologie biomediche necessitano di informazioni quanto più aggiornate e precise riguardanti:

- le caratteristiche tecniche e di impiego
- la composizione dell'offerta
- l'andamento dei prezzi
- il grado di diffusione.

Le problematiche che coinvolgono quasi tutte le Aziende Sanitarie sono legate soprattutto agli utilizzatori delle tecnologie:

- esiste diffidenza e sospetto del metodo di valutazione delle tecnologie;
- non è presente una sufficiente conoscenza del metodo;
- eccessiva autoreferenzialità degli utilizzatori: «Io so, quindi ti indico che cosa acquistare»;

² La codifica CIVAB rappresenta un sistema univoco di riconoscimento di una parte consistente delle tecnologie biomediche presenti sul mercato nazionale, utilizzabile in tutto il processo di acquisto e di gestione di tali beni. Il codice è costituito da una stringa di 8 caratteri alfanumerici attraverso la quale si individuano:

1. la classe di tecnologia (primi tre caratteri) (es: ECT = ecotomografo);
2. la ditta produttrice (seconda terna di caratteri);
3. lo specifico modello di tecnologia di quella classe e di quel produttore (ultimi due caratteri)

Attualmente vengono codificate tutte le apparecchiature sanitarie e alcune importanti categorie di consumabili (reagenti diagnostici, pellicole radiografiche, cardiostimolatori e defibrillatori cardiaci impiantabili, protesi ortopediche, cateteri angiografici, filtri per emodialisi).

- l'apparato degli acquisti è enormemente burocratico;
- i costi non devono essere anteposti alla migliore e più efficace terapia o diagnostica.

Per tale ragione diventa sempre più necessaria la composizione di gruppi di esperti valutatori in merito agli acquisti e laddove tale proposta non trova risposta sarebbe auspicabile almeno un consorzio tra Aziende e la predisposizione di una rete informativa a disposizione dei vari utilizzatori.

Per entrare nel vivo della relazione riprenderei il punto 2 degli obiettivi citati dal NI-HTA (*l'implementazione di un assetto strutturale e professionalmente competente in grado di coordinare e gestire tutte le attività sanitarie e tecnico-economiche pertinenti le tecnologie biomediche*) per riflettere quando e come la professione infermieristica diviene uno dei Decision Maker nell'ambito degli acquisti delle tecnologie e dei presidi: a quale livello cioè, e con che potere.

I livelli di coinvolgimento professionale nell'acquisto delle tecnologie varia a seconda della funzione esperita. E se finora la professione infermieristica ha partecipato solo marginalmente al processo di acquisizione delle tecnologie e dei presidi, si rende necessario sempre di più rivedere quale sia invece il ruolo richiesto all'interno di tale panorama che a livello Regionale, indirizza gli acquisti.

Ad oggi, laddove l'organizzazione direzionale infermieristica è integrata nel sistema di direzione strategica aziendale essa partecipa alle scelte nel seno del Collegio di Direzione dove vengono assunte le decisioni sui grandi acquisti in coerenza ai programmi di attuazione delle politiche sanitarie.

La nostra esperienza nella Regione Lazio

Nella regione Lazio il modello organizzativo della direzione Infermieristica si realizza in una funzione di staff al Direttore Generale. Le linee guida per l'adozione dell'atto Aziendale inseriscono il Direttore del Servizio Infermieristico all'interno del Collegio di Direzione, organo di cui si dota la direzione strategica per il governo dell'Azienda.

In particolar modo la ASL Roma B ha perseguito una serie di scelte strategiche negli anni che si sono tradotte nella costruzione dei seguenti sistemi:

1. *Livello di direzione*: il direttore del Servizio Infermieristico (Dott.ssa Marinella D'Innocenzo) partecipa al collegio di Direzione, esprime parere vincolante sugli acquisti.

2. *Livello di implementazione* degli acquisti:

- nella costruzione del capitolato di gara è sempre presente un Dirigente Infermieristico/caposala per fornire parere tecnico sulla costruzione dei capitolati per l'acquisto di tecnologie/presidi.

- Per permettere la corretta valutazione del prodotto/tecnologie si richiede ai fornitori l'invio di campioni che vengono «giudicati» dal personale infermieristico con l'utilizzo «on field»: nella gara vera e propria è sempre presente un infermiere/caposala esperto nella valutazione del prodotto esprimendo pareri sulla «usabilità» delle tecnologie, nonché sulla valutazione di coerenza tra

le caratteristiche fornite dal venditore e i reali requisiti apprezzati dagli utilizzatori.

3. *Livello di usabilità* del prodotto: una volta esperita la gara il personale infermieristico ha l'obbligo di segnalare variazioni rispetto alla fornitura, attuando dei controlli di qualità.

Proposta Operativa che può scaturire in questa sede prevede la creazione di un pool di infermieri esperti da inserire:

- centralmente a livello Regionale, all'interno degli osservatori;
- localmente nelle ASL territoriali/A.O. nei luoghi di decisione.

Questi esperti, certificati da un profilo formativo dovranno essere inseriti nel team di esperti a livello aziendale

Definizione del profilo di competenza: Quali competenze per essere riconosciuti come «esperti» per poter entrare nei vari luoghi legati alle politiche di acquisizione e all'utilizzo delle tecnologie.

Chi certifica la competenza?

Nel concetto di competenza si esprime la «responsabilità»: nelle scelte allocative del denaro pubblico, nelle scelte qualitative della migliore scelta necessaria alla salute della popolazione.

Tutto ciò può essere acquisito attraverso un Master che prepari gli operatori sanitari a gestire tutti i vari livelli di complessità presenti nei vari livelli di coinvolgimento. Lo studio dell'economia sanitaria, del risk management, delle tecniche di negoziazione degli acquisti, lo sviluppo di competenze di Acquisizione di Beni e Servizi, le regole del mercato nella costituzione delle gare, unite alla competenza specifica nella conoscenza dei dispositivi e dei presidi sono alcune delle discipline alla base di un master orientato alla professionalizzazione di queste nuove figure.

In questa slide è possibile vedere come presso il Policlinico Gemelli inserisce la funzione infermieristica in un *area di supporto operativo*, ma non si nota alcuna presenza professionale nelle aree superiori di direzione strategica

Elio Borgonovi, ricercatore del Cergas nel suo libro «Economia Sanitaria e Qualità della vita» invita il lettore alle seguenti riflessioni: «*Prima di adottare politiche di contenimento della spesa sanitaria che comportano «tetti» o «tagli» indiscriminati (dichiarati come omogenei e uniformi) degli investimenti in tecnologia e dispositivi sanitari, sarebbe utile e necessario preoccuparsi di introdurre strumenti per individuare e ridurre il loro impiego inappropriato. Occorre penalizzare chi usa tecnologie e dispositivi solo per aumentare il proprio fatturato (le imprese fornitrici) o il proprio prestigio (i medici) e premiare invece chi investe per aumentare il proprio fatturato (le imprese) e il proprio prestigio (i medici) preoccupandosi nei primi di migliorare la qualità del risultato finale, che non è l'erogazione di prestazioni, ma la soluzione «al meglio» dei problemi di salute.*

In conclusione si evidenzia che occorre far sì che *diffusione tecnologica, aggiornamento professionale ed adeguamento organizzativo* procedano parallelamente e tempestivamente, evitando – in caso ciò non riesca – di attribuire

all'impatto economico dell'evoluzione tecnologica *costi/spese in realtà legati ad inefficienze nei processi produttivi e/o nell'organizzazione*, a loro volta conseguenze di limiti nella pianificazione. Non dobbiamo infatti dimenticare le indicazioni contenute nel Codice Deontologico degli infermieri che nei rapporti con le Istituzioni ricordano alla professione l'obbligo di orientare le politiche sanitarie affinché esse possano in maniera giusta ed equa allocare le esigue risorse del nostro Sistema Sanitario Nazionale.

Bibliografia

- Atti 2° Congresso Internazionale di HTA Roma, 20-22 Giugno 2005.
Atti Workshop «*La valutazione della tecnologia sanitaria*» Castel Ivano 15-16 ottobre 2004.
ELIO BORGONVI, «*Economia Sanitaria e qualità della vita*» Ed. Il sole 24ore 2003.
Codice Deontologico Infermieri 1999.

PSN 2003-2005 2.3 «garantire e monitorare la qualità dell'assistenza sanitaria e delle tecnologie biomediche»

- «promuovere la conoscenza dell'impatto clinico, tecnico ed economico dell'uso delle tecnologie, anche con la comparazione tra le diverse regioni italiane;
- mantenere e sviluppare banche dati sui dispositivi medici e sulle procedure diagnostico-terapeutiche ad essi associati, con i relativi costi;
- attivare procedure di bench-marking sulla base di dati attinenti agli esiti delle prestazioni».

1

2° Congresso internazionale HTA
Roma, Giugno 2005

«Il Sistema Sanitario Italiano, in linea con gli altri Paesi OCSE, si trova ad affrontare il problema della soddisfazione di crescenti bisogni assistenziali con una quantità di risorse disponibili limitate. Tale situazione implica la necessità di valutare l'appropriatezza delle procedure diagnostico-terapeutiche, delle tecnologie da utilizzare nell'assistenza e dei modelli organizzativi, con l'obiettivo di individuare l'allocazione ottimale delle risorse».

WALTER RICCIARDI

2

Health Technology Assessment (HTA)

L'Health Technology Assessment è definita come «la valutazione delle tecnologie (farmaci, device medicali e procedure cliniche) attraverso una rassegna sintetica e sistematica dell'evidenza scientifica. Si occupa di analizzare costi ed effetti delle tecnologie intese nel senso più ampio e le informazioni che produce sono strutturate per essere uno strumento valido per l'impostazione delle politiche pubbliche e i processi decisionali in sanità».

3

Health technology

Ogni metodo utilizzato per

- promuovere la salute,
- prevenire e trattare una malattia,
- migliorare la riabilitazione
- definire criteri di cura e assistenza a lungo termine

4

Le opportunità

Le metodologie dell'HTA a livello manageriale possono contribuire ad una valutazione comparativa e scientificamente corretta delle diverse alternative disponibili nel panorama delle proposte di innovazione tecnologica proposte dall'industria

5

In quali ambiti fare le scelte?

- Farmaci
- Dispositivi medici
- Apparecchiature
- Procedure mediche e chirurgiche
- Strutture organizzative



American Office for Technology Assessment

6



7

Spesa per dispositivi medici 1997-2002

(migliaia di Euro)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
PIEMONTE	288.908	322.470	336.531	363.065	347.543	359.053
VALLE D'AOSTA	10.587	11.134	10.796	10.796	10.768	11.765
LOMBARDIA	540.023	501.239	539.987	596.489	596.489	608.428
P.A. BOLZANO						49.419
P.A. TRENTO		37.225	40.085	40.444	43.859	46.044
VENETO	327.221	339.967	344.327	357.629	388.295	401.723
FRILLI V. G.	83.330	90.438	89.589	94.298	94.298	107.441
LEGNIA			115.739	131.458	131.458	135.873
EMILIA ROMAGNA	273.357	283.636	302.407	318.559	329.854	359.677
TOSCANA	256.834	262.836	289.502	313.173	340.044	361.705
UMBRIA			72.352	75.959	75.959	84.830
MARCHE	125.539	142.097	147.463	157.253	157.253	153.857
LAZIO	210.016	251.304	251.304	250.902	250.902	289.241
ABRUZZO	80.377	92.382	104.961	109.666	109.666	119.704
MOLISE		19.120	20.913	22.183	22.183	24.805
CAMPANIA			168.806	187.582	187.582	202.617
PUGLIA	176.389	195.066	207.346	213.385	213.385	226.083
BASILICATA	27.807	31.250	36.950	39.352	39.352	42.313
CALABRIA		82.394	87.657	92.759	92.759	96.902
SICILIA						225.191
SARDEGNA	91.744	100.063	105.522	121.473	121.473	128.281
ITALIA						4.034.982

SSR AGENZIE per i SERVIZI SANITARI

8

Il Network italiano in Health Technology Assessment: le origini, il progetto e i possibili sviluppi.

Unità di Valutazione delle Tecnologie Direzione Sanitaria Policlinico
Universitario «A. Gemelli» Università Cattolica del Sacro Cuore

- Il progetto di ricerca intende favorire
 - la diffusione dei principi e delle metodologie del Health Technology Assessment per la gestione delle tecnologie biomediche nelle organizzazioni sanitarie nel Servizio sanitario nazionale.
- Far convergere le migliori esperienze di HTA a livello aziendale realizzate in Italia, compararle fra di loro e con i principali benchmark internazionali per giungere
 - all'elaborazione di un modello organizzativo unitario da sperimentare nell'ambito del progetto stesso e da proporre a livello nazionale quale possibile standard organizzativo e gestionale
- Realizzare un meta-modello di formazione adottabile da parte delle aziende sanitarie per la realizzazione di corsi di formazione professionale accreditabili ECM per operatori impegnati nell'attività di valutazione delle tecnologie

9



Fonte:
 Agenzia Servizi
 Sanitari Regiona-
 li Friuli Venezia
 Giulia

10

**Banca dati delle tecnologie biomediche - BDTP
 Codifica CVAB**

Gruppi di Tecnologia	Classi	Produttori	Modelli
Apparecchiature	825	3.114	47.981
Reagenti diagnostici	459	785	52.982
Cateteri angiografici	41	22	4.904
Filtri per dialisi	1	24	737
Pellicole Radiografiche	46	13	5.203
Pace Maker	1	14	662
Defibrillatori Impiantabili	1	7	100
Protesi Ortopediche	17	65	3.933
TOTALE	1.391	4.044	116.502

Dati 2005 <http://www.assr.it/Opt.htm>

11

La codifica CIVAB rappresenta un sistema univoco di riconoscimento di una parte consistente delle tecnologie biomediche presenti sul mercato nazionale, utilizzabile in tutto il processo di acquisto e di gestione di tali beni. Il codice è costituito da una stringa di 8 caratteri alfanumerici attraverso la quale si individuano:

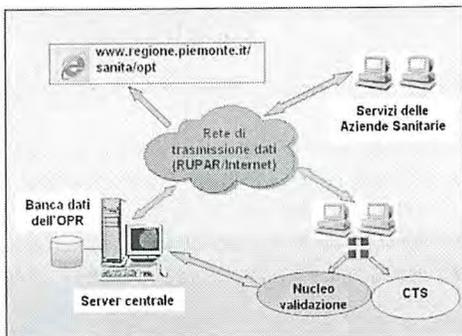
- la classe di tecnologia (primi tre caratteri) (es.: ECT = ecotomografo);
- la ditta produttrice (seconda terna di caratteri);
- lo specifico modello di tecnologia di quella classe e di quel produttore (ultimi due caratteri).

Attualmente vengono codificate tutte le apparecchiature sanitarie e alcune importanti categorie di consumabili (reagenti diagnostici, pellicole radiografiche, cardiostimolatori e defibrillatori cardiaci impiantabili, protesi ortopediche, cateteri angiografici, filtri per emodialisi).

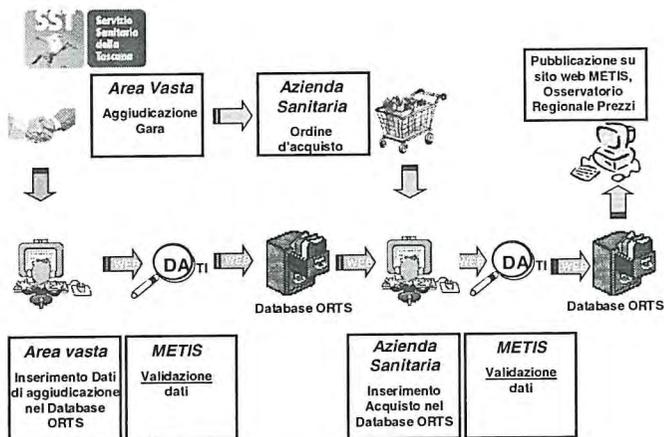
12

Schema architetturale dell'OPR

Fonte:
Regione Piemonte
assessorato alla
Sanità. Direzione
e controllo delle
attività sanitarie.



13



Fonte: <http://www.regione.piemonte.it/sanita/opt/>

14

BIOTECNOLOGIE	
REGIONI DEVONO CONOSCERE	ASL/A.O DEVONO CONOSCERE
<ul style="list-style-type: none"> • il grado di diffusione delle tecnologie biomediche nel proprio territorio e a livello nazionale • le condizioni del parco tecnologico regionale • i prezzi di acquisizione delle medesime tecnologie da parte delle proprie aziende e di quelle di altre regioni e poterli confrontare 	<ul style="list-style-type: none"> • le caratteristiche tecniche e di impiego • la composizione dell'offerta • l'andamento dei prezzi • il grado di diffusione

15

Problemi di gestione nei rapporti con gli utilizzatori

- Esiste diffidenza e sospetto del metodo di valutazione delle tecnologie;
- non è presente una sufficiente conoscenza del metodo;
- eccessiva autoreferenzialità degli utilizzatori: «Io so, quindi ti indico che cosa acquistare»;
- l'apparato degli acquisti è enormemente burocratico;
- i costi non devono essere anteposti alla migliore e più efficace terapia diagnostica

16

Team dei valutatori

- Ogni azienda dovrebbe essere in grado autonomamente di sviluppare un team interno di valutatori esperti sulla tecnologia sanitaria;
- eventuale Consorzio tra aziende, specializzandosi in alcuni settori;
- creazione di un team regionale o interregionale;
- creazione di un portale a rete delle valutazioni svolte dalle diverse aziende

17

- L'orientamento della professione infermieristica



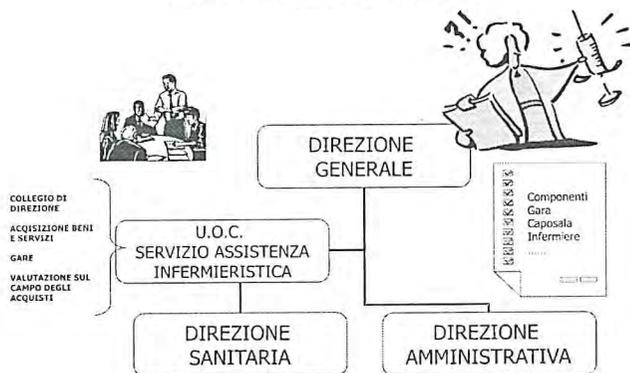
18

Delibera di Giunta regione Lazio
9 marzo 1999
*«Costituzione dell'organismo in staff
 alla Direzione generale sanitaria per l'organizzazione
 dell'assistenza infermieristica»*

Organismo in staff alla Direzione Generale: tale aspetto supera la tradizionale dipendenza gerarchica dell'infermiere dal medico, sia esso il primario o il direttore sanitario, rispetto ai quali assume oggi una relazione di staff, cioè di collaborazione tra pari.

19

Esperienza ASL Roma B



20

PROSPETTIVE PER LA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

■ Presenza degli infermieri a livello regionale negli OPT

The slide features a map of Italy with its regional boundaries outlined. The text indicates the presence of nurses at the regional level in OPT (Organismi di Promozione Tecnica).

21

- Presenza a livello aziendale nella direzione strategica (decision maker)



22



- Presenza degli infermieri, a livello aziendale, nel team di esperti valutatori

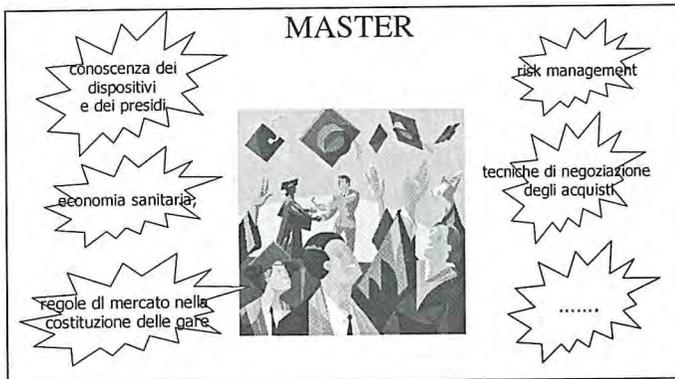
23

DEFINIZIONE DEL PROFILO DI COMPETENZA

- Quali competenze sono necessarie per essere definiti «esperti» nel processo di valutazione delle tecnologie.
- Chi certifica l'expertise?

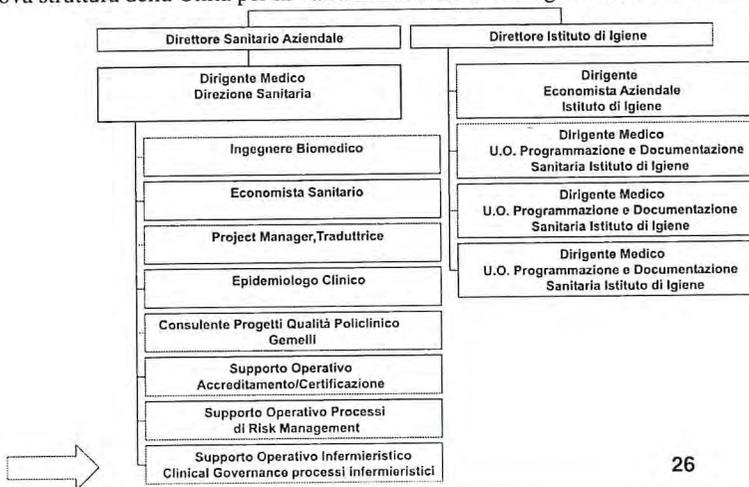
Competenza = Responsabilità

24



25

La nuova struttura della Unità per la Valutazione delle Tecnologie Policlinico Gemelli Roma



26

«Prima di adottare politiche di contenimento della spesa sanitaria che comportano “tetti” o “tagli” indiscriminati (dichiarati come omogenei e uniformi) degli investimenti in tecnologia e dispositivi sanitari, sarebbe utile e necessario preoccuparsi di introdurre strumenti per individuare e ridurre il loro impiego inappropriato. Occorre penalizzare chi usa tecnologie e dispositivi solo per aumentare il proprio fatturato (le imprese fornitrici) o il proprio prestigio (i medici) e premiare invece chi investe per aumentare il proprio fatturato (le imprese) e il proprio prestigio (i medici) preoccupandosi nei primi di migliorare la qualità del risultato finale, che non è l'erogazione delle prestazioni, ma la soluzione “al meglio” dei problemi di salute».

ELIO BORGONVI «Economia sanitaria e qualità di vita

27

Codice Deontologico degli Infermieri 1999
Articolo 6 - Rapporti con le istituzioni

- 6.1. *L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'equo utilizzo delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale.*

28

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

Bibliografia

- Atti 2° Congresso Internazionale di HTA Roma, 20-22 giugno 2005
- Atti Workshop *La valutazione della tecnologia sanitaria* Castel Ivano 15-16 ottobre 2004
- ELIO BORGONOVÌ: *Economia Sanitaria e qualità della vita* Ed. Il Sole 24 ore 2003
- Codice Deontologico Infermieri 1999

29

TESTARE TECNOLOGIE E PRESIDI MEDICI PER L'ASSISTENZA: ASPETTI ED ELEMENTI CHE FAVORISCONO LA CRESCITA DELLA PROFESSIONALITÀ DELL'INFERMIERE

A. GRANDI

Coordinatore Infermieristico Servizio di Anestesia e Rianimazione Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia

L'abitudine a lavorare per compiti, con la convinzione apparente di non avere responsabilità porta il professionista ad uno svilimento del lavoro e ad una mancanza assoluta di qualità e d'impegno al miglioramento.

Il pensare, fare agire, con responsabilità quotidiana e straordinaria diventa perciò un imperativo nobile e scientifico da perseguire.

Il non lasciare la libera iniziativa del momento, la moda del nuovo non provato, ma molto perseguito, deve essere valutato con attenzione scientifica e responsabile.

La realtà in cui lavoro è una Rianimazione polivalente di 12 posti letto con una notevole quantità di tecnologia è perciò con chiare problematiche relative al personale, che continuamente viene a contatto con numerosi presidi tecnici da inserire ed utilizzare.

Gli informatori farmaceutici e gli specialist delle tecnologie, presentano i loro prodotti in maniera continua; e perciò stato necessario individuare una metodologia di valutazione, tale da rendere il giudizio di validità reale e comunque non personalizzabile.

Evidenziare l'obiettivo

Valutazione dei materiali rispetto all'utilizzo reale e non virtuale, in base alle metodiche utilizzate all'interno del reparto, pensando anche agli eventuali miglioramenti o modifiche che l'utilizzo del nuovo materiale comporta.

Analisi della situazione

Gli informatori farmaceutici, specialisti del settore:

- arrivi non programmati;
- presentano qualsiasi tipo di materiale;
- lasciano in prova campioni;
- non si sa quando ritornano.

Il personale:

- non è informato sul materiale;
- non c'è garanzia della prova di funzionalità;
- esprime giudizi non conformi alla scheda tecnica, ma basati sulle sensazioni.

La direzione (ufficio epidemiologico)

- non è coinvolta se non in un secondo momento.

L'ufficio farmaceutico

- non è coinvolto se non al momento dell'acquisto.

Le tecnologie biomediche

- è interessata per la parte elettrica.

Fatte queste premesse che ovviamente non ci permettevano di approcciare la questione in termini seri, abbiamo affrontato il problema cercando di riordinare la parte organizzativa.

Ci siamo dotati da alcuni anni di schede tecniche (poi migliorate successivamente) per la rilevazione delle prove, una per il materiale biomedicale, l'altro per i presidi sanitari (tubi, sonde, materiale da medicazioni, etc.).

Gli informatori farmaceutici:

- vengono ricevuti dal Coordinatore infermieristico due volte la settimana;
- il materiale presentato deve essere corredato da scheda tecnica e informazioni scientifiche;
- i presidi ritenuti idonei e interessanti verranno provati.
- Il Coordinatore infermieristico individua un collega infermiere che parteciperà alla visita successiva con l' informatore.
- Si stabiliscono i tempi della prova.
- Si identifica un numero minimo di pezzi da testare.
- L'infermiere a sua volta compilerà la scheda di prova in modo tale da non dimenticare, giudizi, impressioni, rotture, mal funzionamenti, etc. ...

La Direzione:

- viene informata con la documentazione necessaria;
- lo stesso presidio potrebbe essere stato presentato presso altri Servizi.

Ufficio Farmaceutico:

- viene informato con la documentazione necessaria.

Terminata la rilevazione tecnica, tutto il personale coinvolto si riunisce per discutere il risultato della prova, per poi incontrare successivamente l'Informatore Scientifico.

Gli strumenti utilizzati sono:

- scheda di rilevazione prova per presidi sanitari;
- scheda di rilevazione prova per tecnologie biomedicali;
- scheda di assunzione di responsabilità da parte della ditta;
- scheda di nulla osta da parte delle tecnologie biomediche;
- scheda di ritiro dell'apparecchiatura per fine prova.

Responsabilità degli infermieri

- utilizzo dei materiali/attrezzature in base alla scheda tecnica presentate dalle aziende;
- effettuazione di prove microbiologie se ritenute necessarie, previo accordo con il laboratorio microbiologico;
- ricerca via internet di tutti gli argomenti e notizie scientifiche riguardanti il materiale, anche attraverso l'aiuto di tre referenti infermieristici EBN presenti presso il reparto;
- compilazione della scheda di prova.

Il lavoro ed il percorso intrapreso ha abbassato notevolmente la possibilità di esprimere giudizi basati su concetti personali ed ha abbassato notevolmente le possibilità d'errore durante l'utilizzo.

Si è riusciti a dare informazioni e risposte corrette alle aziende produttrici, iniziando una collaborazione in modo da individuare i materiali ed attrezzature corrispondenti alle esigenze lavorative.

Ci deve però essere un ulteriore controllo sulla metodologia d'utilizzo dei materiali scelti e messi in uso.

Ci siamo dotati di percorsi formativi e di retraining specifici, in modo da garantire il corretto utilizzo dei presidi e attrezzature biotecnologiche

Nell'arco degli ultimi 6 anni sono stati testati, tra presidi e apparecchiature più di 70 gruppi di tipologie di materiali, corrispondenti a circa 450 elementi valutati con discreto successo e impegno del personale.

INFORMATIZZAZIONE DEI DATI: NON SOLO DOCUMENTAZIONE MA ANCHE GESTIONE ED EVOLUZIONE DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

R. MARCHETTI ⁽¹⁾, M. MARSEGLIA ⁽²⁾

⁽¹⁾ Relatore - Infermiera AFD, Coordinatore della Terapia Intensiva Postoperatoria, Policlinico A. Gemelli. Università Cattolica, Roma - Componente Consiglio Nazionale Aniarti

⁽²⁾ Infermiere AFD, Coordinatore Anestesia e Rianimazione Cardiochirurgica - Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico S. Orsola Malpighi - Componente del Comitato Direttivo Aniarti

Quando si parla di documentazione infermieristica l'attenzione si rivolge principalmente verso la cartella infermieristica. In realtà il suo significato è più ampio e abbraccia tutto ciò che documenta l'attività sanitaria, sia autonoma che collegata ad altri professionisti della salute, anche se in questo contesto il riferimento alla cartella infermieristica, come parte della documentazione clinica, resta dominante¹.

Posto che *la Cartella Infermieristica è solo uno strumento per l'assistenza*, è necessario porci alcune domande:

- è proprio necessario ricorrere a questo strumento?
- perché vogliamo-dobbiamo documentare l'assistenza?
- quale è lo scopo o gli scopi?

Fino ad oggi nei testi infermieristici e nei lavori presentati nei vari congressi si affermava che la cartella era necessaria per trasmettere le informazioni fra gli infermieri e per migliorare la conoscenza del paziente. Entrambi queste motivazioni sono valide, ma non rispondono completamente alle domande precedenti, in quanto molti infermieri sostengono di raggiungere tali obiettivi anche senza utilizzare una cartella infermieristica.

Alla seconda domanda possiamo rispondere che non abbiamo elementi per poter dimostrare, nel contesto attuale, cosa facciamo e con che risultati, se non genericamente affermare che assistiamo le persone. Eccoci quindi alla terza domanda a cui, oltre agli scopi individuabili nelle affermazioni precedenti, dobbiamo fornire alcune risposte più precise: con la cartella vogliamo documentare quali sono i problemi della persona, quali sono gli interventi che abbiamo deciso, quali e quanti ne abbiamo realizzato e che risultati abbiamo conseguito. Queste poche parole evidenziano in modo netto ciò che è contenuto nel profilo professionale dell'infermiere:

«L'infermiere²:

a) Partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;

¹ *Linee Guida sulla documentazione infermieristica* - settembre 1999, Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna - Servizio Infermieristico Direttore Patrizia Taddia.

² DM 739/94 Profilo professionale dell'infermiere.

- b) Identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;
- c) Pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;
- d) Garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche.

Il riferimento ai problemi della persona ci porta a fare altre importanti considerazioni: ci vuole un riferimento sulla cui base poter identificare i problemi in modo confrontabile con altri. Un qualunque modello teorico va bene, ma bisogna usarlo con alcune accortezze. Nell'ambito della formazione degli infermieri si è spesso illustrato il modello di riferimento e si è successivamente tentato di definire come realizzare l'assistenza per rispettare il modello teorico. Questo approccio ha creato non pochi problemi in quanto gli infermieri spesso non erano in grado di capire con esattezza quello che dovevano fare nel quotidiano, inoltre ciò era aggravato dal fatto che si affrontava l'assistenza sulla base del processo di assistenza infermieristica usato in modo rigido e più adatto allo studente alle prime armi piuttosto che ad un infermiere esperto. Questo in modo particolare per l'accertamento e la pianificazione. Ora, l'approccio nuovo che risulta facilmente comprensibile dagli infermieri, parte dalle attività quotidiane, invece di partire dalla teoria, e si rivolge all'analisi delle implicazioni teoriche solo là dove serve. È un modello che consente di recuperare l'esperienza ed adottare il metodo del processo di assistenza sulla base di questa esperienza. Non è un'adozione rigida, ma flessibile che tiene conto della possibilità di effettivo utilizzo sulla base delle risorse a disposizione e delle competenze maturate.

La cartella infermieristica è lo strumento per rendere visibile, osservabile, misurabile, evidente, ecc. il processo di assistenza infermieristica e l'applicazione del contenuto specifico del profilo professionale dell'infermiere.

La sua struttura consente di individuare le diverse fasi del processo decisionale ed operativo.

Perché utilizzare una specifica documentazione infermieristica.

Ci sono varie motivazioni che portano a rispondere a questa domanda. In primo luogo motivazioni di tipo professionale, secondariamente motivazioni di tipo organizzativo.

Con gli strumenti fino ad ora utilizzati l'attenzione era posta su quanto era stato fatto sul malato, era cioè una documentazione di tipo descrittiva dell'attività esecutoria dell'infermiere, tant'è vero che nella gran parte delle consegne si leggeva: praticato ...; somministrato ...; eseguito ...; ecc., mentre i riferimenti ai problemi o ai bisogni del paziente erano spesso scarsamente descritti. Si riportava direttamente l'intervento realizzato, senza documentarne il perché e, soprattutto, il percorso decisionale utilizzato per giungere a quelle conclusioni. Inoltre, gran parte della documentazione, faceva esclusivo riferimento alle prescrizioni mediche e non alle peculiarità dell'attività infermieristica. Non essen-

do riconosciute nei fatti le capacità diagnostiche e decisionali dell'infermiere era evidente che lo strumento potesse essere solo un «rapporto» o una «consegna» come una traduzione scritta di una tradizione fundamentalmente verbale. Oggi l'evoluzione dell'assistenza, il riconoscimento di una maggiore centralità della persona nel percorso di cura e l'affermazione del nursing come disciplina autonoma fa sì che sempre più l'infermiere sia consapevole del ragionamento diagnostico che lo porta ad identificare i problemi della persona o a formulare le diagnosi infermieristiche, ad ipotizzarne un percorso di risoluzione e, quindi, ad avvertire la necessità di uno strumento nuovo e più completo. La consegna o una semplice scheda non è più adeguata.

Inoltre nelle Aziende Sanitarie per rispondere alla richiesta ed al controllo di qualità, si sta manifestando sempre di più il bisogno di una nuova e più adeguata «documentazione sanitaria».

Oltre alla vecchia «*Cartella Clinica*», fondamentale per il supporto informativo dell'attività clinica (processo di diagnosi e cura per il medico) e la «*Cartella Infermieristica*», fondamentale per identificare, riconoscere e registrare le attività autonome e collaborative degli infermieri, si sta facendo spazio l'idea di una «*Cartella Cliente*».

Funzione di questa *Cartella/Documentazione* (?) sarebbe quella di raccogliere tutte le informazioni di carattere sanitario e non, con espressione della centralità del destinatario dell'assistenza, anziché, dei professionisti che lo curano ed assistono, integrando l'azione delle diverse professionalità.

In questa ottica, la cartella clinica e quella infermieristica dovrebbero essere superate da una «*Cartella Integrata*».

Attenzione però, per arrivare ad una piena «*Interdisciplinarietà*» bisogna necessariamente passare attraverso un concreto riconoscimento dello specifico di ogni singola professione (sviluppo e consolidamento del linguaggio infermieristico).

La documentazione clinica informatizzata

Rappresenta l'evoluzione tecnologica della «*Cartella Infermieristica*», nasce dalla necessità di predisporre uno strumento informativo utile, non solo per la pianificazione e la documentazione dell'assistenza, ma anche per supportare un modello organizzativo basato sulla razionalizzazione dei processi clinico-assistenziali del proprio ambito lavorativo³.

Inoltre l'importanza di un sistema informativo è quella di trasmettere informazioni codificate per maggior chiarezza di scambio tra i fruitori (Direttiva 27 novembre 2003 – impiego della posta elettronica nelle pubbliche amministrazioni – Ministero per l'innovazione e le tecnologie).

Scopo dell'informatica è, infatti, facilitare l'elaborazione e lo scambio dei dati mediante la codifica dei linguaggi.

³ Rivista mensile dei Fatebenefratelli della Provincia Romana «*Vita Ospedaliera*», n. 12-2004.

Perché una «Cartella Integrata» informatizzata?

- Archiviare e gestire le informazioni sanitarie ed infermieristiche del paziente con l'impiego di un mezzo elettronico;
- trasmettere ed elaborare facilmente i dati;
- ottimizzare l'organizzazione delle attività operative (risparmio di risorse, soprattutto risparmio di tempo);
- misurare la qualità dell'assistenza mediante l'utilizzo di indicatori di controllo analitici;
- ridurre il rischio di errori per l'eccessivo e ripetitivo numero di trascrizioni dei dati.

La realizzazione di una valida «documentazione integrata» (Cartella Cliente) è un'operazione complessa, in quanto, comporta aspetti teorici, metodologici, etici e tecnici, ed il coinvolgimento delle diverse figure professionali impegnate nel processo assistenziale.

La «*cartella informatizzata integrata*», come già è stato detto ripetutamente per la «*cartella infermieristica*», dovrà adattarsi alle specifiche caratteristiche del contesto, alle attività ed esigenze degli operatori delle Unità Operative nelle quali è introdotta.

Per la parte che gli concerne, è di pertinenza infermieristica stabilire, attraverso l'analisi dei bisogni assistenziali, la tipologia e la quantità di informazioni che devono far parte del documento informatizzato.

La tipologia delle informazioni dipende dalle variabili legate alla specificità dell'Unità Operativa e dal modello operativo adottato.

In pratica l'organizzazione della struttura può migliorare: riducendo il tempo di acquisizione e trasmissione delle informazioni, favorendo la comunicazione ed il passaggio di informazioni oltre che tra gli operatori della stessa Unità Operativa, anche verso altre strutture organizzative.

Nelle Unità di Terapia Intensiva l'applicazione di un documento *informatizzato ed integrato*, registra già una discreta presenza grazie alla frequente presenza di alta tecnologia e alla predisposizione ambientale ad accogliere i prodotti dell'informatica.

La «*Cartella Informatizzata*» risulterà ancora più apprezzata quando potrà essere portata al posto letto del paziente.

In questo caso la registrazione dei dati, da parte di ogni singolo professionista, può avvenire contestualmente alla loro rilevazione, questo diminuisce notevolmente la possibilità di errore.

I sistemi già presenti in diversi Centri di T.I. sono dispositivi software per la gestione dei dati paziente, progettati specificatamente per l'uso da parte di medici, infermieri, amministratori, ecc. Sono di solito composti da:⁴

- rete: attraverso la quale messaggi e dati transitano da e verso le postazioni di lavoro ed il server;

⁴ Manuale Utente: Sistema Digi Stat – UMS (Unterberger Medical Software).

– postazione esterna: situata in genere negli ambienti esterni alla zona di degenza (postazione di lavoro, sala medici, medicheria, ecc.). gestisce i dati di tutti i pazienti della stessa Unità Operativa, o di più Unità associate (T.I. , Rianimazione);

– postazione paziente: P.C. dedicato e dotato di touchscreen, gestisce i dati di un singolo paziente alla volta;

– server: gestisce la configurazione e l'amministrazione delle utenze. Contiene il Database in cui sono registrati i dati di tutti i pazienti.

I pacchetti software sono generalmente composti da un insieme di moduli che possono essere utilizzati singolarmente oppure possono essere integrati tra di loro per fornire una soluzione completa per la gestione dei dati paziente.

L'architettura modulare e le estese capacità di personalizzazione del software consentono di adeguare il sistema di gestione dati paziente alle necessità dell'utente e di espandere il sistema con nuovi moduli.

Sicurezza dei dati: ad ogni utente è assegnato un profilo dettagliato che gli permette l'accesso alle sole funzioni di sua pertinenza (la consultazione di tutte le altre). Un sistema automatico genera un registro di tutte le operazioni effettuate dagli utenti. Gli archivi possono essere protetti, tramite l'inserimento di un codice segreto (password).

Il modulo «Diario»: viene generalmente utilizzato per l'inserimento di note cliniche, referti, note infermieristiche ed in genere di tutte quelle informazioni non altrimenti incluse nel sistema di gestione dei dati paziente (consulenze, referti vari, ecografie, ecc.). Le informazioni possono essere filtrate in modo da visualizzare solo un particolare gruppo di dati clinici per esempio: la lista completa degli esami microbiologici, la lista completa delle osservazioni infermieristiche o delle consulenze specialistiche, ecc. Gli strumenti di configurazione permettono agli operatori sanitari, con la consulenza e collaborazione di informatici esperti, di adattare facilmente il modulo alle particolari esigenze del reparto.

La possibilità di collegare le apparecchiature di monitoraggio direttamente con il sistema informatico permette di registrare continuamente i parametri del paziente fornendo una documentazione continua dei suoi indici vitali. È questa una delle funzioni più apprezzate nei reparti di T.I. perché riduce notevolmente i tempi ed i possibili errori di trascrizione dei valori parametrici dal monitor al documento cartaceo.

Il modulo per la regolazione e modifica delle vie infusionali direttamente dal sistema informatico, come quello di prescrizione e somministrazione della terapia, sono estremamente utili per la riduzione dei tempi di lavoro e del perseverarsi di errori di trascrizione, ma per essere veramente sicuri devono essere frequentemente controllati.

L'abilità necessaria all'interpretazione dei dati, l'espressione di un giudizio razionale e scientifico in merito alla loro validità, attendibilità e significatività in relazione alle problematiche manifestate dal paziente rappresenta il patrimonio di competenza esclusiva di ogni professionista.

La delega ad una macchina di questo compito genera giustamente timore, una macchina non può prendere decisioni, tanto meno assumersi responsabilità decisionali.

Conclusioni

L'informatizzazione deve consentire e agevolare il processo diagnostico infermieristico e la valutazione del raggiungimento degli obiettivi assistenziali.

Lo strumento tecnico deve rimanere un mezzo e non un fine, altrimenti cambierà soltanto il supporto su cui l'infermiere archivia dati inutili ed inutilizzati; deve essere strumento al servizio della promozione dell'utilizzo di un metodo infermieristico scientifico specifico, spia di un cambiamento culturale e non solo operativo.



- È proprio necessario produrre documentazione infermieristica?
- Perché vogliamo-dobbiamo documentare l'assistenza
- Quale è lo scopo o gli scopi?

1



- Per trasmettere le informazioni tra gli infermieri e migliorare la conoscenza del paziente?
- Per avere elementi che dimostrino cosa facciamo e con che risultati.
- Documentare quali sono i problemi della persona, gli interventi pianificati, quali e quanti di questi sono stati realizzati, i risultati conseguiti.

2



L'infermiere
(Profilo Professionale)
DM 739/94



- Partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività.
- Identifica i bisogni d'assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi.
- Pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico.
- Garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche

3



■ «La documentazione infermieristica rappresenta lo strumento per rendere visibile, osservabile, misurabile, evidente il processo di assistenza infermieristica e l'applicazione del contenuto specifico del profilo professionale dell'Infermiere».

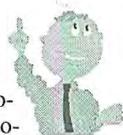
4



5

Perché utilizzare la documentazione infermieristica

- L'evoluzione dell'assistenza
- Il riconoscimento di una maggiore centralità della persona nel corso della cura
- L'affermazione del *NURSING* come disciplina autonoma fanno sì che l'infermiere sia sempre più consapevole del ragionamento diagnostico che lo porta ad identificare i problemi della persona, a formulare le diagnosi infermieristiche, ad ipotizzarne un percorso di risoluzione; per questo la necessità di uno strumento nuovo e più completo.
- La consegna o una semplice scheda, non sono più adeguate.



6



7

Attenzione però, per arrivare ad una piena «INTERDISCIPLINARIETÀ» bisogna necessariamente passare attraverso un concreto riconoscimento dello specifico di ogni singola professione

8

- Evoluzione dei contenuti
- Verbale
 - Cartacea
 - **Informatizzata**
- Perché informatizzare la documentazione Infermieristica?**
- Archiviare e gestire le informazioni sanitarie
 - Trasmettere ed elaborare facilmente i dati
 - Ottimizzare l'organizzazione delle attività operative
 - Misurare la qualità dell'assistenza mediante indicatori di controllo analitici
 - Ridurre il rischio di errori da trascrizione

9

Realizzazione

- È un'operazione complessa che deve tenere conto di aspetti TEORICI, METODOLOGICI, ETICI e TECNICI oltre al coinvolgimento delle diverse figure professionali.
- Dovrà adattarsi alle specificità della U.O. in cui verrà utilizzata (al fine di rappresentarne fedelmente le necessità).

È di pertinenza dell'Infermiere stabilire, attraverso l'analisi dei bisogni assistenziali, la tipologia e la quantità delle informazioni che devono far parte del documento informatizzato!!!

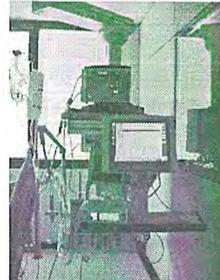
10

Sistema informatizzato di documentazione clinica

Costituito da:

- Rete
- Postazione esterna
- Postazione paziente
- Server



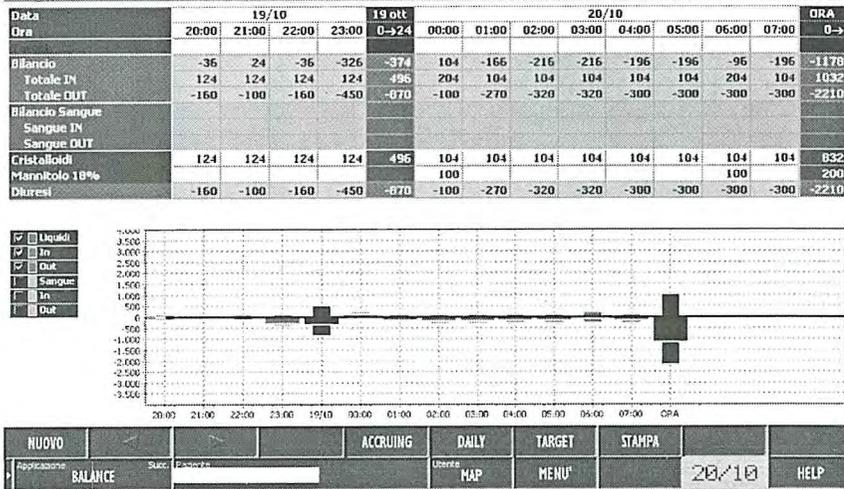




- Architettura modulare
- Sicurezza dei dati
- Il modulo diario
- Collegamento apparecchiature di monitoraggio
- Moduli di terapia
- Moduli di regolazione delle infusioni
- Ecc.

11

Scheda per il calcolo del bilancio idrico



12

Scheda di prescrizione della terapia

Filtri	Nome	Dosaggio	Stato	Giorni	Objetti
Per os	Amfotericina B	os: 30 ml, x 4 (h 07, 09, 15, 23)	Attivo	308	51
	Amiodarone	os: 200 mg, x 3 (h 08, 09, 16)	Attivo	127	51
	Azatioprina	os: 50 mg, x 3 (h 11, 16, 04)	Attivo	308	51
	Captopril	os: 25 mg, x 2 (h 08, 23)	Attivo	308	51
	Carvedilolo	os: 6.25 mg, x 2 (h 08, 20 PM)	Attivo	308	51

SCEGLI UN'AZIONE STANDARD

None

- new action -
- Acido Acetilsalicico
- Altopurinolo
- Aloperidolo
- Altro
- Amfotericina B
- Amiloride + Idroclorotiazide
- Amiodarone
- Amlodipina besilato
- Atenololo
- Azatioprina
- Bacitracina-Neomicina
- Benzzalconio Cloruro
- Calcio levofolinato
- Canrenoato di K
- Captopril
- Captopril/Idroclorotiazide
- Carbamazepina
- Carvedilolo
- Ciclosporina
- Ciprofloxacina
- Clonazepam

Organ: Classe: Custom:

PD Genetico

PD Tripartito

Neurochirurgico

BPCU

Cardiopatico

Trauma

Neurologico

Mostra tutte le azioni

Ordina per: None Classe

ULTIMO AGGIORNAM.: 15/06 - 12:17
 TERAPIA RESIDUA: SEADUTA

Buttons: Info, Chiedi, Aggiung, amella mou

CARATTERI GRANDI	MOSTRA LE NOTE	TUTTE LE PRESCRIZIONI	STAMPA	INFO	NOTE	AGGIORNA
NUOVO	AGGIORNA	ELIMINA	STAMPA	INFO	NOTE	AGGIORNA
Applicazione: PRESCRIPTION	Successo	azione Appoggio	Utente: HAP	MENU'	08:13	HELP

13

Diario Clinico Integrato

Data	Ora	Aut.	Note	Filtri
20/10	06:38	SCA	FINE TURNO INFERMIERISTICO. Paz. IOT connessa al RA in VG. SpO2 buona, emodinamica stabile, diuresi presente mantiene drenaggio intracranico in aspirazione + PIC in lettura con valori buoni, rimossa via venosa periferica su braccio dx. Sedata con propofol 2% a 8 ml/h. (Alessio Mizzoni)	Note infermieristiche
06:38	SCA	FINE TURNO INFERMIERISTICO. Paz. in IOTn connessa al RA in VG con con. di O2 di 35%. SeO2 buona broncospirata al bisogno secrezioni scarse ma maleodoranti. PA tendente all'ipertensione. Diuresi valida. Normotermica. Mantiene PIC in lettura con valori nella norma + un drenaggio intracranico in aspirazione poco drenante. Pupille isocoriche e fotoreagenti. Mantiene due vie periferiche + una jugulare. Ha eseguito ciclo di chemioterapia. Infonde in PS Propofol a 8 ml/h. Da domani riduce il manito a 4 dosi giornaliere per ordine del neurochirurgo. (Maria Simion)	Note del medico	
13:26	SCA	FINE TURNO INFERMIERISTICO. Paz. intubata e connessa al RA in VG (FIO2 35%). SeO2 in lettura con valori buoni. Broncospirata al bisogno; secrezioni scarse. Sedata in PS con Propofol 2% attualmente a 0,10 ml/h	Consulenze	
19/10	12:38	SCA	PIC in lettura con valori stabili. Pupille isocoriche e fotoreagenti. Mantiene drenaggio intracranico in aspirazione. PA tendente all'ipertensione. Normotermica. Diuresi valida. (G. Deidda)	Radiologia std
07:30	GOC	NOTA GIORNALIERA. Paziente sempre in IOT, connessa al VM, sedata farmacologicamente con propofol. Parametri emodinamici nella norma, PIC nei limiti. Da oggi inizia terapia con metotrexato.	Ecografia	
06:37	SCA	SIERGLOGIA PER VIRUS. Richiesta sierologica per HBV, HCV e HIV	TAC/RMN	
21:36	SCA	FINE TURNO INFERMIERISTICO. Paziente intubata, connessa al VM in VG con FIO2=0,35%. Continua infusione di flebotidil + PROPOFOL. Mantiene il monitoraggio dei parametri vitali + PA + SeO2 + DO + PIC + Drenaggio intracranico in aspirazione. Condizioni generali stabili. Broncospirata all'occorrenza, secrezioni scarse e maleodoranti. Normotermica. (Enza Scalfura)	Altri	
17:49	MAP	FINE TURNO INFERMIERISTICO. Paz giunta dalla s.o. intorno alle ore 18.00, n. IOT connessa al RA in VG. SpO2 buona, emodinamica stabile, diuresi presente, sedata con propofol 2% a 5ml/h, drenaggio in sede chirurgica in aspirazione, pic in lettura con valori buoni, mantiene 1 jugulare esterna + 2 periferiche. (Alessio Mizzoni)	Microbiologia	
14:40	SCA	NOTA GIORNALIERA. La paziente dopo intervento di craniotomia decompressiva e posizionamento di cordis intraventricolare ritorna in TIPO in stato di sedazione e ventilazione meccanica, parametri emodinamici e respiratori nella norma, si connette al VM.	A/A	
13:47	SCA	FINE TURNO INFERMIERISTICO. Paz. IOT e connessa al VM. SpO2 buona. PA nella norma. Diuresi presente e valida. Normotermica. Mantiene due accessi venosi periferici dove infonde Propofol al 2% a 8ml/h. La pz alle h 13:30 scende in sala urgenze, per una craniotomia decompressiva. (C. Ciancilli)		
16/10	13:33	MAP	EMATOLOGICA. Paziente con lesione estensiva cerebrale sin a localizzazione nucleo-capsulare periventricolare sin; dal primo esito dell'esame istologico della biopsia effettuata ieri si tratta verosimilmente di un linfoma cerebrale. Al momento grave ipertensione endocranica in parte legata alla complicità emorragica post-operatoria. Vista la gravità della situazione clinica, si ritiene opportuno iniziare la chemioterapia (HD-MTX) anche prima del referto istologico. Contemporaneamente verranno ultimati gli accertamenti per la stadiazione della malattia (TC collo, torace addome e pelvi, sierologia per epatite B e C, sierologia per HIV, biopsia osso-midollare) e gli esami immunostato-chimici. Da domani (18/10, ore 10) iniziare infusione di Metotrexato (6500 mg) della durata di 6 ore. Dopo 6 ore dal termine dell'infusione iniziare rescue con ac. Illice (50mg ogni 6 ore per 12 somministrazioni consecutive). Contemporaneamente alla chemioterapia infondere almeno 4000 cc di liquidi nella 24 ore (2000 fcl, 2000 gcl, addizionali di Na bicarbonato 100 mEq ed eventualmente potassio e magnesio). Nei giorni a seguire inviare controlli della metotrexatemia in farmacologia. (Luciana Teofili 8544).	
12:30	MAP	NEUROCHIRURGICA. In seguito al peggioramento clinico la pz. è stata intubata. L'esame TC cranio dimostra un'ulteriore evoluzione peggiorativa dell'effetto massa provocato dall'infiammazione emorragica della lesione. La lettura istopatologica dai prelievi. Ha propedeutico per la diagnosi di lesione infoproliferativa. In accordo con i colleghi ematologi si concordato per un trattamento aggressivo medico (MTX ad alte dosi da domani) e chirurgico (craniotomia decompressiva) (Pompacci 8935).		

16

Diario Infermieristico

Data	Ora	Aut.	Note	Filtri
20/10	06:38	SCA	FINE TURNO INFERMIERISTICO. Paz. IOT connessa al RA in VG. SpO2 buona, emodinamica stabile, diuresi presente mantiene drenaggio intracranico in aspirazione + PIC in lettura con valori buoni, rimossa via venosa periferica su braccio dx. Sedata con propofol 2% a 8 ml/h. (Alessio Mizzoni)	Note infermieristiche
06:38	SCA	FINE TURNO INFERMIERISTICO. Paz. in IOTn connessa al RA in VG con con. di O2 di 35%. SeO2 buona broncospirata al bisogno secrezioni scarse ma maleodoranti. PA tendente all'ipertensione. Diuresi valida. Normotermica. Mantiene PIC in lettura con valori nella norma + un drenaggio intracranico in aspirazione poco drenante. Pupille isocoriche e fotoreagenti. Mantiene due vie periferiche + una jugulare. Ha eseguito ciclo di chemioterapia. Infonde in PS Propofol a 8 ml/h. Da domani riduce il manito a 4 dosi giornaliere per ordine del neurochirurgo. (Maria Simion)	Note del medico	
19/10	13:28	SCA	FINE TURNO INFERMIERISTICO. Paz. intubata e connessa al RA in VG (FIO2 35%). SeO2 in lettura con valori buoni. Broncospirata al bisogno; secrezioni scarse. Sedata in PS con Propofol 2% attualmente a 0,10 ml/h	Consulenze
06:37	SCA	PIC in lettura con valori stabili. Pupille isocoriche e fotoreagenti. Mantiene drenaggio intracranico in aspirazione. PA tendente all'ipertensione. Normotermica. Diuresi valida. (G. Deidda)	Radiologia std	
21:36	SCA	FINE TURNO INFERMIERISTICO. Paziente intubata, connessa al VM in VG con FIO2=0,35%. Continua infusione di flebotidil + PROPOFOL. Mantiene il monitoraggio dei parametri vitali + PA + SeO2 + DO + PIC + Drenaggio intracranico in aspirazione. Condizioni generali stabili. Broncospirata all'occorrenza, secrezioni scarse e maleodoranti. Normotermica. (Enza Scalfura)	Ecografia	
14:40	SCA	FINE TURNO INFERMIERISTICO. Paz. IOT e connessa al VM. SpO2 buona. PA nella norma. Diuresi presente e valida. Normotermica. Mantiene due accessi venosi periferici dove infonde Propofol al 2% a 8ml/h. La pz alle h 13:30 scende in sala urgenze, per una craniotomia decompressiva. (C. Ciancilli)	TAC/RMN	
06:28	SCA	FINE TURNO INFERMIERISTICO. La paziente giunge in reparto intubata, si connette al VM in VG con FIO2=0,35%. Monitorizza i parametri vitali + PA + SeO2 + DO. Eseguiti esami ematochimici (SMA, EMOCROMO, PEC) Portatrice di ago abocath in VGE sin dove infonde flebotidil ed inizia infusione di PROPOFOL. Parametri nella norma, oligurica. Broncospirata all'occorrenza. (Enza Scalfura)	Altri	
17/10	06:28	MAP	FINE TURNO INFERMIERISTICO. 19/06: Paz in ventilazione spontanea con occhiali. Parametri nella norma diuresi valida. Pz sporosa. Reattiva agli stimoli verbali e dolorosi. Normotermica. (De Santis)	Microbiologia
18:59	SCA	NOTA STANDARD INFERMIERISTICA. Pz in respiro spontaneo con occhiali + O2 terapia. SaO2 buona. Iperesia. Diuresi valida. Normotermica. Mantiene accesso venoso al piede dx e accesso venoso in jugulare esterna. Pz sporosa ma risvegliabile al richiamo verbale. (Alessandra Di Francesco)	A/A	
16/10	14:35	MAP	FINE TURNO INFERMIERISTICO. Pz. vigile non collaborante in vent. spontanea con occhiali nasali+O2. Pa tendente all'ipotesione, FC nella norma. Normotermica. Diuresi valida. (Waldice Anna)	
06:07	MAP	FINE TURNO INFERMIERISTICO. Paz. in respiro spontaneo con occhiali. SeO2 buona. PA tendente all'ipertensione. Diuresi valida. Normotermica. Paz. sporosa ma risvegliabile. Eseguita TAC Cranio. (Cosimo Colone)		
21:22	SCA	FINE TURNO INFERMIERISTICO. Paz. in ventilazione spontanea con occhiali più O2 terapia. Sporosa. SO2 nei limiti della norma. PA tendente all'ipertensione. Diuresi valida. Normotermica. (Antonella Bufoni)		
15/10	13:59	SCA	NOTA STANDARD INFERMIERISTICA. Pz in ventilazione spontanea con occhiali nasali + O2 terapia. SaO2 buona. Iperesia. Diuresi valida. Normotermica. Rimosso abocath e posizionato accesso venoso in jugulare esterna. Pz sporosa. (Alessandra Di Francesco)	
06:28	MAP	FINE TURNO INFERMIERISTICO. Pz in respiro spontaneo con occhiali nasali + O2. Vigile ma disorientata con l'ambiente. Parametri stabili anche se tendenzialmente ipertes. Diuresi valida. (Maria Luisa Pinna)		
14/10	21:11	FCR	FINE TURNO INFERMIERISTICO. Pz IOT connessa al RA in VG. Parametri nella norma. Diuresi valida. Mantiene due vie periferiche. Non presenta drenaggi in sede chirurgica. Mantiene infusione di remifentanyl. (De Santis).	

17

Inserimento note/frasi standard

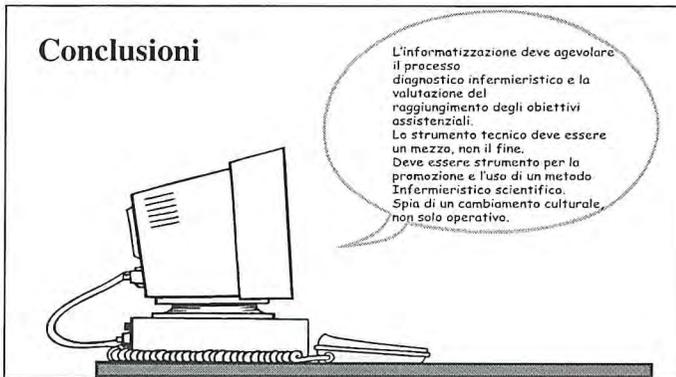
The screenshot shows a clinical information system interface. At the top, there is a table of notes with columns for Date, Time, Author, and Note. The main area is divided into two sections: 'NUOVA NOTA CLINICA' and 'FRASI STANDARD'. The 'NUOVA NOTA CLINICA' section has a dropdown for 'Soggetto' (Subject) with 'Nota standard infermieristica' selected, and a text area containing 'sma+emocromo con formula+pec+RXTX+PFR'. To the right of the text area is a clock showing '08:17' and buttons for 'Salva come Modello', 'Stampa', 'Salva ed Esci', and 'Annulla'. Below this is a 'FRASI STANDARD' section with a list of phrases and an 'Inserisci' button. On the right side, there is a vertical sidebar with filters: 'Filtri', 'Note infermieristiche', 'Note del medico', 'Consulenze', 'Radiologia std', 'Ecografia', 'TAC/RMN', 'Altri', and 'Microbiologia'. At the bottom, there is a navigation bar with buttons for 'NUOVO', 'CERCA', 'STAMPA', 'NOTE', and 'HELP', along with a status bar showing 'DIARY', 'Succ. Fattorie', 'TIPO 3', 'MAP', 'MENU', and '20/10'.

18

Raccolta - controllo - trasmissione - elaborazione dei dati

The image consists of two side-by-side photographs. The left photograph shows a healthcare professional in a white coat standing at the bedside of a patient lying in a hospital bed. The patient is covered with a white blanket, and there are various medical monitors and equipment visible in the background. The right photograph shows a healthcare professional in a green uniform sitting at a desk, looking at a computer monitor. The professional appears to be entering data into a system, likely related to the patient's care. The desk has a keyboard and other office equipment.

19



20



21

MONITORAGGIO RAPIDO DELL'OSSIMETRIA IN EMERGENZA

G. IADICICCO, G. PESCE

Pronto Soccorso - Dolo

La nostra realtà

- Area Nord-Est
- Bacino Utanza 250.000 abitanti
- 2 DEA di 2 livello
- 2 Pronto Soccorso
- 43.000 accessi all'anno
- Incremento annuo di circa 1.000 accessi

1

La nostra realtà

- Prevalenza di codice accesso codice Giallo
- Codici Rossi nella media Nazionale (2-5%)
- COP 118 di Riferimento Mestre (VE)
- 4.500 Interventi territoriali/anno

2

La nostra realtà

Accesso Diretto
Prevalenza patologie Internistiche

Accesso tramite 118
70% Internistiche
30% traumi

3

I nostri obiettivi

- Intervento primario in territorio
- Stabilizzazione del paziente critico
- Trasporti secondari a strutture di livello superiore
- Attività ambulatoriale

4

Obiettivi sul paziente critico

- Mantenimento delle funzioni vitali
- Mantenimento di una $SpO_2 >90\%$
- Riconoscimento precoce della desaturazione

5

La nostra scelta

- Ricerca bibliografica
- Predisposizione di scheda raccolta dati
- Sperimentazione sia in ambito territoriale che ambulatoriale
- Questionario finale agli infermieri della UO
- Valutazione oggettiva costi/benefici

6

Motivazioni

- Esigenza di un monitoraggio più accurato per l'assistenza alle persone
- Valutazione Infermieristica sulle problematiche legate alla vecchia tecnologia
- Gruppo di ricerca Infermieristico per valutare strategie/tecniche alternative

7

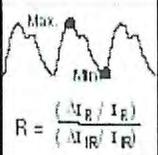
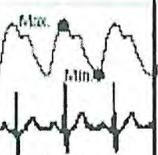
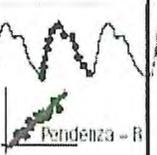
Ricerca bibliografica

Publicazioni inerenti:

- La saturimetria in Emergenza
- Saturimetria frontale vs tradizionale

8

Possibilità di utilizzo della nuova tecnologia nel nostro ambito

GENERAZIONE	01	02	03	04	05
PRODOTTI	N100 N10	N200 MP203/204	N3000/N29y MP 304	N395 MP404	N59Y/550/5500 MP506
SVILUPPO	1981-85	1985-89	1990-94	1992-98	2001
TECNOLOGIA Caratteristiche	Definizione polso Analisi forma d'onda pletismografica (Min./Max)	Definizione polso C-Lock Cardiac-Gated Avg	H/W Avanzato Interpolazione mediante Minimi Quadrati	H/W Avanzato Filtro ad adattamento L-S SAT ad adattamento	Sensor Messages Dati registrati sul sensore
Metodo	 $R = \frac{(A_R / I_R)}{(A_{IR} / I_{IR})}$				
PRESTAZIONI Bassa perfusione	Tecnologia di base	Potenziato da C-Lock	Guadagno di sensibilità x10	Guadagno di sensibilità > x10	Guadagno di sensibilità
Allarmi	Tecnologia di base	Tecnologia di base	Riduzione allarme x10	Riduzione allarme > x10	Sat Seconds
Movimento	Tecnologia di base	Potenziato da C-Lock	Identifica e scarta il movimento	Misura in condizioni di movimento	Misura in condizioni di movimento

9

Sensore SO2 Frontale

Sensore frontale
a riflettanza adesivo
monopaziente
adulti (> 40 kg)



in condizioni di bassa perfusione rileva gli eventi di desaturazione con 1-2 minuti di anticipo rispetto ai sensori periferici

10



11

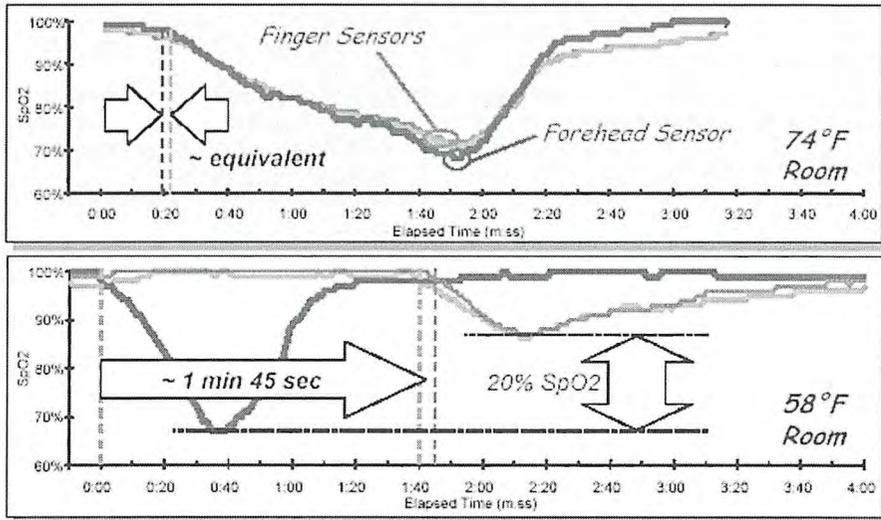


12



13

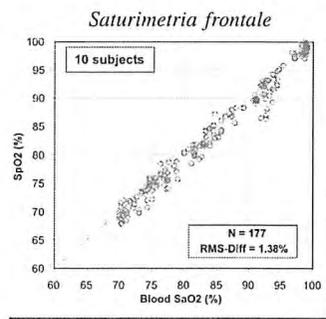
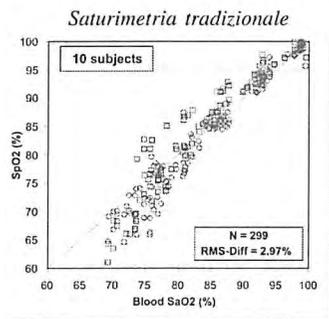
Prestazioni del MAX-FAST



Bebout, et al. Site Dependant Time Delays in Pulse Oximetry Monitoring. *Am J Resp & Crit Care Med* 163: A-142, 2001

14

Precisione



15

La nostra Esperienza

- Sia Ambulatorio che in Territorio
- Pazienti internistici/traumatici
- Pazienti stabili/non stabili

16

Casistica

150 pazienti monitorati
contemporaneamente con le 2 tecnologie

100 in trasporto primario

50 pazienti in ambulatorio

17

Modalità raccolta dati

- Utilizzo simultaneo delle 2 tecnologie
- Scheda rilevazione dati
- EGA di controllo

18

Risultati

- Riduzione del 70% dei casi degli artefatti da movimento
- Rilevazione precoce della desaturazione 30 secondi in anticipo su paziente non vasocostritto/ipotermico 1,20' su paziente in condizioni di vasocostrizione
- Al riscontro con EGA minor scostamento del dato di sat O2 rilevato

19

Conclusioni

- Maggiore affidabilità
- Utilizzo in condizioni estreme
- Rilevazione precoce della desaturazione
- Riduzione artefatti durante trasporto
- Retrocompatibilità con i sensori della generazione precedente

20

Responsabilità infermieristica

21

Nuove tecnologie

- Costi oggettivi della nuova tecnologia
- Responsabilità infermieristica sull'equo utilizzo delle risorse (cod. deon. 6.3)
- Adattare la tecnologia alle esigenze assistenziali specifiche dei pazienti

22

6.1. L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'equo utilizzo delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale.

23

Equo utilizzo delle risorse

PROTOCOLLO INTERNO

- Sensore riutilizzabile: controllo su paziente stabile che necessita di monitoraggio semplice
- Sensore a dito monouso: paziente stabile che necessita di monitoraggio continuo in OT o trasferimento in altre U.O. che utilizzano la stessa tecnologia
- Sensore Frontale: paziente instabile dove è necessario il monitoraggio accurato della SO₂

24

Risultati

- Tecnologia nuova (non dati sufficienti sulla gestione dei costi)
 - Con il protocollo in uso vi è già una diminuzione netta dell'utilizzo improprio dei sensori

25

Aspettative

- Riduzione dei costi di gestione dei sensori rispetto all'anno precedente
- Utilizzo responsabile della nuova tecnologia

26



**UN RINGRAZIAMENTO A:
Tutti i nostri Colleghi Infermieri**

27

PRESENTAZIONE TAVOLA ROTONDA

A. SILVESTRO

Infermiera IID - Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI - Vice Presidente Aniarti - Direttore del Servizio Infermieristico Azienda Metropolitana di Bologna

Non sono riuscita a partecipare alle giornate precedenti che, però, mi sono state riferite, ricche di relazioni importanti e di un dibattito interessante.

L'argomento che vogliamo trattare in tavola rotonda, che già Angelina Di Nuccio ha evidenziato, delineato, e che vede il contributo veramente qualificato delle persone qui vicino a noi in tavola rotonda, ha lo scopo di attivare una riflessione fra noi, su un'area dell'esercizio professionale importante: sull'esercizio professionale in quanto tale, e su come le innovazioni estremamente ricche e profonde che ci hanno visto partecipi in questo ultimo decennio, abbiano portato gli infermieri ad assumere una posizione professionale decisamente elevata rispetto alla precedente.

Tutto questo ha portato l'organizzazione a doversi confrontare con questa nuova realtà professionale.

Ha portato anche i cittadini a relazionarsi in maniera diversa con i professionisti infermieri: abbiamo ancora bisogno di riflettere su come tutto questo produca un ineludibile cambiamento di cultura professionale e di modalità di porci di fronte al nostro lavoro e alle responsabilità che ci assumiamo nel momento in cui lo impostiamo, lo attiviamo, lo gestiamo secondo i nuovi indirizzi, giuridici da una parte (molto importanti), ma soprattutto i nuovi indirizzi professionali.

Si stanno verificando una serie di eventi che rendono sempre più chiaro e palpabile come il mondo sanitario (ma anche il mondo esterno al pianeta salute), si stia incominciando a rendere conto di questa nuova realtà, e soprattutto ci stiamo sempre di più rendendo conto di come questa nuova realtà professionale (e quindi assistenziale) produca una serie di ricadute a cascata nella relazione con altri professionisti, con i cittadini e di conseguenza o addirittura a monte con le organizzazioni nell'ambito delle quali noi operiamo.

È vero che il rischio e l'errore, come diceva Angelina Di Nuccio, forse non sono del tutto sopprimibili, perché legati a fattori dei più diversi, però è altrettanto vero che probabilmente una cultura da questo punto di vista non ce la siamo del tutto fatta; forse perché ci portiamo ancora dietro degli stereotipi professionali che hanno informato buona parte del nostro essere infermieri, soprattutto da quelli che da più anni esercitano la professione; e che era il fatto, (detta con un po' di provocazione), che alla «fine della fiera» quando succedeva qualcosa, o non rispondeva nessuno o rispondeva qualcun altro, anche del nostro operato.

Forse questo ci ha indotto a sottovalutare questo aspetto, di qualità profes-

sionale e relazionale con i cittadini, e anche proprio di assunzione completa e profonda della responsabilità.

Adesso il fenomeno ha assunto un'evidenza rilevante.

Purtroppo non solo per ciò che comporta nei confronti dei cittadini, ma anche per ciò che comporta economicamente alle organizzazioni dove siamo inseriti.

Come molte volte succede è più la parte di tipo economico che produce aumento di interesse rispetto ad alcune problematiche. Però può essere anche irrilevante da dove si sia attivata l'attenzione: di fatto il problema c'è, esiste, è un problema rilevante, che ha visto coinvolti in maniera pesante alcuni colleghi negli ultimi tempi.

Credo che tutti ricordino le vicende dell'errata somministrazione di potassio, che ha prodotto un risultato drammatico, e credo che tutti ricordino la recente vicenda di errori nella predisposizione, preparazione di un clistere, anche in questo caso, un risultato drammatico.

Ci sono poi i cosiddetti piccoli errori, che purtroppo succedono, ma c'è anche l'altra parte importante che necessiterebbe di un convegno intero, degli errori e dei «quasi errori», cioè di quelle situazioni in cui l'errore non è avvenuto per fortuite casualità ma sarebbe potuto succedere.

Da questo punto di vista il campo è molto ampio e necessita di una attenta riflessione, che faremo insieme ai nostri relatori, che ci aiuteranno a fare tutto questo percorso, presenteranno una serie di punti di riflessione, punti definiti su logiche diverse anche se convergenti, sull'obiettivo che ci siamo prefissati in tavola rotonda. Poi attiveremo il dibattito e daremo la possibilità ai relatori di chiarire alcune cose o comunque di rispondere alle domande e perplessità.

VERSO UN SISTEMA SANITARIO PIÙ SICURO. LA NECESSITÀ DI IMPARARE DAGLI ERRORI

R. TARTAGLIA

Medico Specialista in Igiene e Medicina Preventiva e in Medicina del Lavoro. Direttore del Centro Regionale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente - struttura di governo clinico della Regione Toscana

Desidero ringraziare Aniarti per l'invito e per la qualifica di esperto, datami, in questa tavola rotonda. Per ridimensionarne il significato vorrei dire che l'esperienza «è la somma degli errori che compiamo nella nostra vita».

Vorrei cominciare questo mio intervento citando «To err is human», il rapporto pubblicato nel 2000 dall'autorevole «Institute of Medicine», che dava una nuova impostazione allo studio delle malpractice. Partendo dal presupposto che la rischiosità è insita in tutte le pratiche mediche e che sbagliare è umano, è per questo necessario introdurre nei sistemi sanitari dei meccanismi e delle barriere per intercettare gli errori prima che arrivino alla loro conseguenza finale, l'evento avverso.

«To err is human» faceva conoscere la parte sommersa dell'iceberg degli incidenti in medicina, quella che è generalmente sconosciuta ai cittadini, fornendo dei dati sconvolgenti sul numero di morti conseguenti a errori dei medici.

Sulla base di due importanti ricerche svolte nello stato di New York, Utha e Colorado, il rapporto stimava da 44 mila a 90 mila il numero di pazienti che muoiono ogni anno negli Stati Uniti per errori dei medici.

Altro contenuto importante di questo rapporto era proporre l'aeronautica civile come un modello di riferimento per quanto riguarda la sicurezza del paziente. In questi ultimi 30 anni infatti la notevole riduzione degli incidenti aerei è stata conseguente non solo al progresso tecnologico ma soprattutto alla considerazione del fattore umano nell'organizzazione del lavoro e progettazione delle macchine.

È opportuno però sottolineare che il sistema sanitario, è un sistema complesso molto diverso da quello dei trasporti, fosse solo per il fatto che, quando il pilota sbaglia, le conseguenze le subisce lui in prima persona e per la variabilità biologica dell'essere umano, difficilmente paragonabile ad una macchina.

Va però detto che non sono stati gli americani i primi ad affrontare il problema della rischiosità delle cure.

Nel 1863, Florence Nightingale aveva già notato la differenza di mortalità per la stessa classe di malattie negli ospedali rispetto ai pazienti trattati fuori.

Le osservazioni di Florence Nightingale hanno evidentemente preceduto nel tempo quello che successivamente studi più complessi hanno dimostrato. Le ricerche che sono state condotte fino ad oggi, (le ultime si riferiscono agli anni 2000) hanno più o meno quantificato dal 4 al 10%, il tasso di eventi avversi negli ospedali per acuti.

Si tratta di studi che hanno notevoli limiti dal punto di vista epidemiologico. Ne saranno necessari altri, preferibilmente di tipo prospettico per avere delle informazioni più precise ed attendibili sul fenomeno.

Se vogliamo rendere più sicure le cure è però necessario iniziare a costruire dei sistemi sanitari che si adattino ai lavoratori e non viceversa. In altre parole degli ospedali «ergonomici».

Questa dell'ergonomia dei sistemi complessi, è una condizione imprescindibile per quanto riguarda la sicurezza. Ne abbiamo discusso alcuni mesi fa ad un convegno internazionale organizzato a Firenze su «Healthcare ergonomics and patient safety».

Oltre 400 ricercatori da tutto il mondo concordarono sulla necessità di introdurre l'ergonomia (o fattore umano), nelle pratiche cliniche per adeguare il lavoro alle caratteristiche dell'uomo-donna, al fine di costruire un ponte fra la qualità e la sicurezza.

È però necessario incrementare i livelli di sicurezza nelle nostre strutture anche attraverso un maggior collegamento fra la presa in carico, l'accoglienza del paziente con gli aspetti più strettamente tecnologici legati alla cura e alla terapia. Da qui l'importanza di una maggiore umanizzazione del nostro lavoro.

In sanità inoltre esiste una ulteriore variabile che può favorire gli errori: la passione. Il coinvolgimento nel nostro lavoro, l'andare oltre i limiti di quello consentito, talvolta anche come orario di lavoro, come possibilità fisiche e cognitive per far fronte a determinate situazioni. Ma anche la passione intesa come sofferenza, dolore con tutto il suo carico di emozioni.

La complessità, la variabilità biologica, la passione sono solo alcune delle peculiarità del nostro lavoro che lo rendono unico, estremamente affascinante e bello, ma anche pericoloso proprio perché lavoriamo in condizioni di elevata emotività e sappiamo bene come questo stato psicologico abbia delle forti influenze sulla razionalità e sulle nostre capacità di scelta e decisioni nei momenti critici.

Altra questione di estrema importanza che volevo porre, è la comunicazione. La Joint Commission on Accreditation and Healthcare Quality la mette al primo posto come causa di eventi sentinella.

La carenza di personale, il lavoro in sovraccarico sono sicuramente all'origine di molti errori ma sicuramente esiste nelle nostre strutture un problema di comunicazione.

Nel corso di laurea in medicina, rispetto ad una attività come quella sanitaria che ci porta a dialogare per oltre il 70% del tempo con i pazienti o con i colleghi, non abbiamo mai ricevuto un'ora di docenza in scienza della comunicazione in modo da avere qualche conoscenza di tipo tecnico su come comunicare.

La comunicazione sappiamo bene essere alla base di numerosi errori, per varie ragioni: omissioni della comunicazione per dimenticanza, per eccessiva deferenza gerarchica, per ambiguità semantica, per ambiguità fonetica, nomi di farmaci o di patologie simili.

Conosciamo nomi di farmaci sui quali è facile equivocare eppure l'atten-

zione delle industrie alla etichettatura ed al confezionamento dei farmaci è molto bassa. Bisogna per questo costruire dei sistemi sanitari basati sui limiti cognitivi, fisici, sulla razionalità limitata e bisogna tenere in considerazione la possibilità di sbagliare. Dobbiamo imparare a convivere con la possibilità di commettere degli errori.

È necessario per questo creare degli ambienti per la diffusione dell'informazione e spazi per la libera discussione tra operatori, medici e infermieri. I meeting di mortalità e morbilità, svolti oggi nel 90% degli ospedali americani, rappresentano uno degli strumenti più utilizzati per imparare dagli errori.

Bisogna creare anche dei sistemi informativi per raccogliere, analizzare e diffondere i dati sugli eventi avversi più importanti e significativi. Ma soprattutto bisogna cercare di imparare dalle informazioni raccolte, soprattutto dai mancati incidenti ed azioni insicure, che rappresentano la base della piramide ed una grande occasione di apprendimento senza dover attendere l'evento avverso.

La Regione Toscana si è molto impegnata in quest'ultimo anno sulla gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. In ogni azienda sanitaria abbiamo oggi un clinical risk manager (un clinico o un dirigente infermieristico), un gruppo aziendale di clinici che lo supportano nella sua azione, un comitato aziendale per la sicurezza che annualmente redige un programma di attività. Le funzioni di prevenzione del clinical risk manager si integrano con quelle medico legali che sono estremamente importanti nell'analisi del contenzioso.

Il modello toscano per la gestione del rischio clinico prevede l'introduzione e l'uso in ogni struttura di due strumenti di analisi degli eventi avversi: la rassegna di mortalità e morbilità e l'audit clinico.

La rassegna di mortalità e morbilità è stata resa obbligatoria almeno una volta al mese nelle nostre strutture semplici e complesse; l'audit clinico almeno 3 volte l'anno.

Questi incontri dovranno prevedere ovviamente la partecipazione di medici, infermieri e tecnici.

Sono state inoltre lanciate alcune campagne di informazione su strumenti e modalità operative:

- l'uso della scheda terapeutica unica per evitare errori di trascrizione;
- l'adozione di una card traccia farmaci per i pazienti che assumono medicinali che possono, interagendo con altri, causare gravi effetti collaterali (terapia anticoagulante);
- l'igiene delle mani negli operatori ed utenti, mediante l'introduzione di ausili come i dispenser di gel alcolico per facilitare e favorire la pratica del lavaggio.

È altresì importante anche che ogni azienda disponga di un suo sistema di gestione degli eventi avversi e di:

- indicatori specifici per la sicurezza del paziente.

Recentemente ne sono stati messi a punto alcuni, basati sulle schede di dimissione ospedaliera, da organismi internazionali come la Agency for Healthcare Research and Quality e l'OCSE.

Bisogna sicuramente conoscere di più i rischi e introdurre le buone pratiche esistenti per la sicurezza del paziente. È estremamente importante dare a

tutti la possibilità di migliorare gli standard di sicurezza anche per dare maggiori garanzie di assicurabilità alle nostre aziende sanitarie.

Quello che non bisogna fare è invece appaltare a strutture ad hoc la gestione del rischio. La sicurezza non è delegabile.

Oggi è evidente, sia tra gli infermieri che i medici, il bisogno di un cambiamento. La gestione del rischio clinico va vissuta come una responsabilità di tutti e quindi deve essere partecipativa, bisogna rinforzare la fiducia fra pazienti, professionisti e l'azienda.

Iniziamo a diffondere le rassegne di mortalità e morbilità, ormai routine negli ospedali più moderni e avanzati e la pratica del clinical audit.

Vorrei concludere, con una citazione di Proust, che, attraverso l'autocritica a cui dobbiamo costantemente sottoporci, da un estremo significato al nostro lavoro:

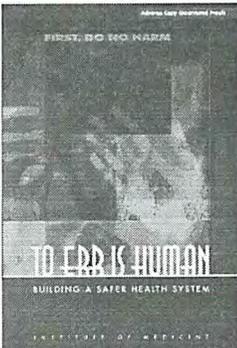
«credere alla medicina sarebbe la suprema follia se il non crederci non ne costituisse una più grande, giacché da questo accumulo di errori, alla lunga, sono venute fuori alcune verità».

24° Congresso Nazionale Aniarti

**Il rischio dell'errore, la protezione
del cittadino e la assicurazione
del professionista**

Riccardo Tartaglia
rischio.clinico@regione.toscana.it
www.salute.

1

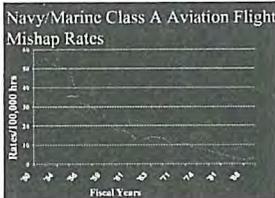


Errare è umano
*Come costruire sistemi sanitari
più sicuri*

Institute of Medicine 1999

2

Un modello di riferimento



Gli incidenti in sanità sono 1000 volte superiori a quelli dell'aviazione
Come ha fatto l'aviazione a ridurre gli incidenti di 50 volte in 30
anni?
Chiedendo ai piloti di non precipitare?
Punendo quelli che l'hanno fatto?

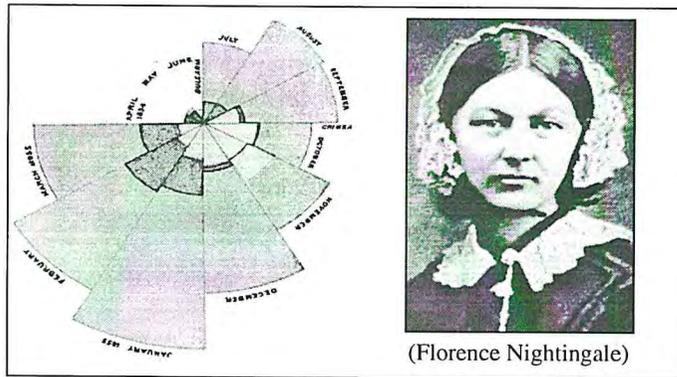
3

I primi pionieri

“Può sembrare strano affermare che il primo requisito di un ospedale dovrebbe essere quello di curare gli ammalati senza causargli danni. È necessario, tuttavia, ribadire questo principio, poiché l'attuale mortalità negli ospedali è molto più alta rispetto a quanto alcuni calcoli, basati sulla mortalità per la stessa classe di malattie tra i pazienti trattati fuori degli ospedali, ci fanno ritenere”.

Anno 1863

4



(Florence Nightingale)

5

La ricerca epidemiologica

Study	Anno	Numero di ricoveri	Tasso eventi avversi (% ricoveri)
Harvard Medical Practice Study	1984	30195	3.7
Utah-Colorado	1992	14052	2.9
Australian	1992	14179	16.6
United Kingdom	1999	1014	10.8
Denmark	1998	1097	9.0
New Zealand	1998	6579	11.2
France	2002	778	14.5
Canada	2000	3745	7.5

Vincent, 2005

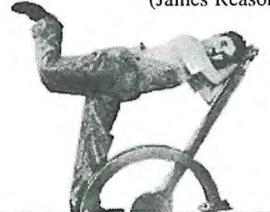
6

Fattore umano o ergonomia

"We cannot change the human beings but we can change the conditions under they work".

(James Reason, 2003)

Dobbiamo progettare sistemi che si adattino ai lavoratori e non lavoratori che si adattino ai sistemi



7

Ergonomia tra qualità e sicurezza

Santiago Calatrava, Alamillo Bridge/Cartuja Viaduct, 1987-92 Seville, Spain

Qualità

Sicurezza

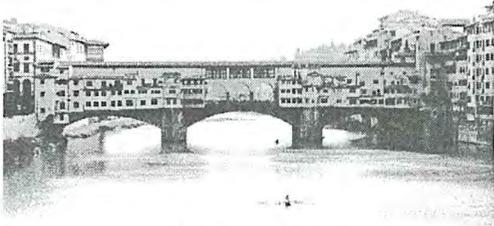


Ergonomia

8

Ergonomia e umanizzazione

Care



Cure

Umanizzazione

Il Ponte Vecchio
attributed a Neri di Fioravante, 1345

9

“PASSIONE”: credere nel proprio lavoro



“Eroi di tutti i giorni”

CAGLIARI - Erano tre i componenti dell'equipe medica della divisione di cardiocirurgia dell'Azienda Sanitaria Brotzu che hanno perso la vita in un incidente aereo proprio mentre tornavano a Cagliari con un cuore che sarebbe servito per salvarne un'altra.

Alessandro Ricchi - Antonio Carta - Angelo Pinna



10

“PASSIONE”: partecipare la sofferenza



11

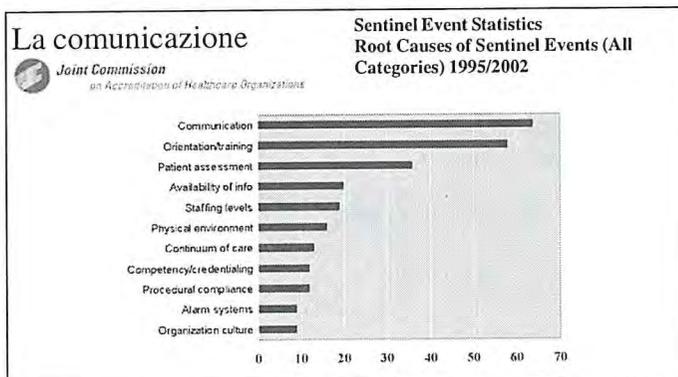
Sindrome del sistema vulnerabile



- Tendenza a colpevolizzare gli operatori di prima linea
- Negare l'esistenza di errori organizzativi causa fallimenti del sistema
- Perseguire ciecamente indicatori economici e di produttività

Reason, 2000

12



13

- La comunicazione**
- Omissione della comunicazione per dimenticanza (es. non avvisato della somministrazione di un farmaco)
 - Omissione della comunicazione per eccessiva deferenza gerarchica (non esprimo un parere su una situazione che ritengo pericolosa)
 - Ambiguità semantica (es. due fratture al braccio - entrambe le braccia fratturate)
 - Ambiguità fonetica o lessicale (es. nomi di farmaci o patologie simili)
 - Rumore di fondo (telefoni, staff, allarmi, strumenti, ecc.)

14

- Le basi per un sistema di gestione del rischio clinico**
- Ambiente per la diffusione di informazioni e creazione di spazi di libera discussione
(reporting culture)
 - Creazione di un sistema informativo per collezionare, analizzare e diffondere i dati relativi alla sicurezza
(informed culture)
 - Sviluppo della capacità di apprendere dalle informazioni raccolte
(learning culture)

15

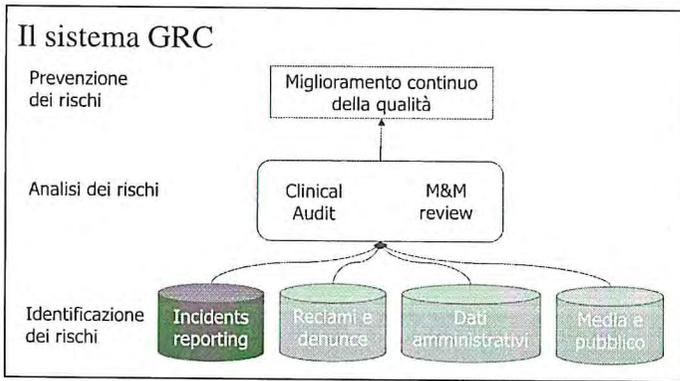
La Gestione del Rischio Clinico in Toscana

Ogni azienda è tenuta ad avere:
 Un Clinical Risk Manager
 Un gruppo aziendale GRC
 Il comitato per la sicurezza del paziente
 Un programma condiviso di formazione GRC
 Area vasta coordinamento gestione rischio clinico polizze e acquisti



Delibere G.R. N. 1387 del 27/12/2004 e n. 657 del 20/06/2005

16



17

I progetti



Scheda terapeutica unica

FARMA-MEMO
 Il libretto traccia farmaci

REGIONE TOSCANA
GRC Gestione Rischio Clinico
 SICUREZZA DEL PAZIENTE

SST Servizio Sostegno della Toscana

18

I progetti



LE MANI PULITE



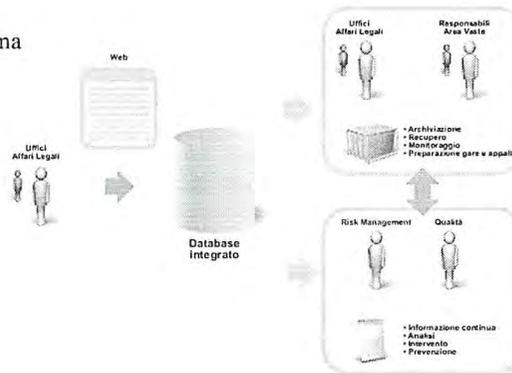
REGIONE TOSCANA
GRC
Settore
Rischio
Clinico
SICUREZZA DEL PAZIENTE

Le mani pulite

L'antibiotico giusto al momento giusto

19

Verso un sistema integrato di gestione degli EA



20

Patient safety indicators



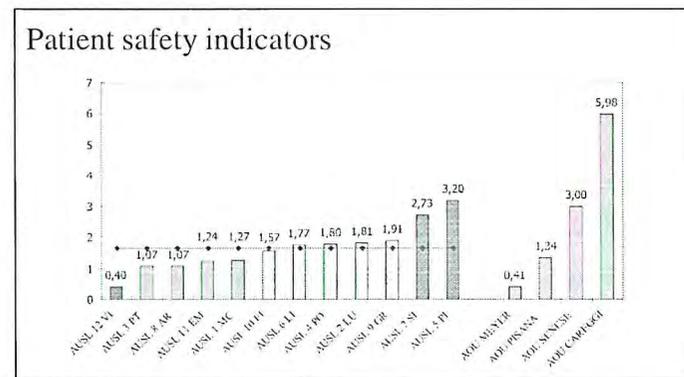
- Punture accidentali e lacerazioni
- Trauma alla nascita - lesione neonatale
- Complicanze da anestesia*
- Mortalità nei DRG a bassa mortalità
- Ulcera da decubito
- Failure to rescue
- Corpi estranei lasciati durante un intervento
- Pneumotorace iatrogeno
- Trauma ostetrico - parto cesareo
- Trauma ostetrico - parto vaginale strumentale
- Trauma ostetrico - parto vaginale non strumentale
- Ematoma o emorragia post-operatoria
- Frattura del femore post-operatoria
- Squilibri fisiologici e metabolici post-operatori
- Embolia polm. o trombosi venosa prof. post-operatorie
- Insufficienza respiratoria post-operatoria
- Sepsis post-operatoria
- Deiscenza di ferita interventi chirurgici pelvico-addominale
- Infezioni selezionate attribuibili a cure mediche
- Reazioni trasfusionali*

21

Patient
safety
indicators

Definizione:	Casi di trombosi venosa profonda o embolia polmonare per 1.000 dimessi con DRG chirurgico
Numeratore:	Dimessi con codici ICM-9-MC per trombosi venosa profonda o embolia polmonare in ogni campo di diagnosi secondaria
Denominatore:	Numero dimessi con DRG chirurgico
Formula matematica:	$\frac{\text{Numero dimessi con embolia polmonare e/o trombosi venosa profonda in diagnosi secondaria}}{\text{Numero dimessi con DRG chirurgico}} \times 1.000$
Note per l'elaborazione:	Codifiche ICD-9 CM: • Embolia polmonare: 415.11; 415.19 • Trombosi venosa profonda: 451.11; 451.19; 451.2; 451.81; 451.9; 453.8; 453.9 Sono esclusi: • I dimessi con diagnosi principale di embolia polmonare o trombosi venosa profonda • I dimessi appartenenti alla MDC 14 • I pazienti con procedura principale di "interruzione della vena cava" (codice di procedura: 38.7) quando questa è l'unica procedura effettuata • I pazienti con procedura secondaria di "interruzione della vena cava" (codice di procedura: 38.7) quando questa procedura viene eseguita il giorno stesso o il precedente dell'intervento principale
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO Si fa riferimento a: "AHRQ Patient Safety Indicators", PSI 12 - Postoperative pulmonary embolism or deep vein thrombosis
Parametro di riferimento:	Media regionale Tasso di popolazione (USA, 2002): 0,83 per 1.000 pazienti a rischio
Significato:	L'indicatore intende identificare i casi di trombosi venosa profonda/embolia polmonare insorti in pazienti sottoposti ad intervento chirurgico. E' utile per valutare l'efficacia (appropriatezza, tempestività, durata) della prevenzione di malattia tromboembolica del paziente chirurgico.

22



23

Obiettivo

- + CONOSCENZA DEI RISCHI
(database sinistri, contenzioso)
- RISCHIOSITÀ (buone pratiche)
- = ARRIVARE ORGANIZZATI
ALL'INCONTRO CON LE
ASSICURAZIONI

REGIONE TOSCANA
GRC Gestione
 Rischio
 Clinico
 SICUREZZA DEL PAZIENTE

24



Cosa fare

Attivare le buone pratiche di gestione del rischio e diffonderle mediante i CRM

Attivare la collaborazione con i medici legali per lo studio dei casi

Operare in sinergia operatori sanitari e colleghi dell'area amministrativa per articolare le polizze in base ai rischi

26

Cosa non fare

Appaltare a consulenti esterni la gestione del rischio o delegarla a strutture ad hoc

Favorire la "blame culture"

Sovrapporre attività dovute (inchiesta interna) alla gestione del rischio

27

Considerazioni finali

I professionisti della sanità sentono il bisogno di cambiamento

La Gestione del Rischio Clinico è una responsabilità di tutti, quindi deve essere partecipativa per rinforzare la fiducia tra aziende, professionisti e pazienti

La riduzione del rischio deve tradursi in minori costi assicurativi da reinvestire in qualità

Iniziamo diffondendo le buone pratiche (M&M, CA ecc.)

28

Cosa fare

Attivare le buone pratiche di gestione del rischio e diffonderle mediante i CRM

Attivare la collaborazione con i medici legali per lo studio dei casi

Operare in sinergia operatori sanitari e colleghi dell'area amministrativa per articolare le polizze in base ai rischi

29

Cosa non fare

Appaltare a consulenti esterni la gestione del rischio o delegarla a strutture ad hoc

Favorire la "blame culture"

Sovrapporre attività dovute (inchiesta interna) alla gestione del rischio

30

Marcel Proust, 1871-1922

“Crede alla Medicina sarebbe la suprema follia se il non crederci non ne costituisse una più grande, giacché da questo accumulo d’errori, alla lunga, sono venute fuori alcune verità”.

UN SISTEMA DI PROTEZIONE. INFERMIERE

M.G. GARIGLIO

Managing Director Area nord ovest di Willis Italia S.p.A., Torino

Volevo innanzitutto ringraziarvi anticipatamente dell'attenzione e della presentazione. Vorrei fare una precisazione: più che assicuratore, io sono un broker di assicurazioni. Nella mia relazione cercherò di spiegare come una riduzione dei costi possa effettivamente verificarsi e possa effettivamente realizzarsi.

Il titolo dell'intervento spero sia un titolo confortevole per voi, «Un sistema di protezione. Infermiere».

Inizierò facendo un accenno a quello che è accaduto, per farvi capire il punto di vista del mondo assicurativo, il mondo proprio delle compagnie di assicurazione che sono un po' i nostri (e mi permetto di dire i nostri, perché mi metto vicino a voi) antagonisti: quello che è il trasferimento del rischio all'assicurazione.

Il decreto ministeriale n. 739 del '94 ha regolamentato la figura e il profilo professionale dell'infermiere.

Sostanzialmente a seguito di questo decreto ministeriale, l'infermiere è divenuto non più un ausiliario ma direttamente il responsabile del proprio operato, non è più quello che si definisce un mero esecutore, ma è obbligato ad assumersi ogni responsabilità della propria attività professionale.

L'articolo 2 della legge n. 42 del 26 febbraio '99 ha abrogato il cosiddetto mansionario e con esso è stato rimosso l'elenco dettagliato di mansioni da svolgere. Si è creato il profilo dell'infermiere, il contenuto degli ordinamenti didattici e il codice deontologico con l'unico limite fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario.

Quindi abbiamo detto che l'infermiere diviene responsabile di tutto il processo assistenziale: dalla raccolta dati, alle identificazioni dei bisogni, alla pianificazione, alla gestione, alla valutazione finale. A tal proposito mi preme sottolineare come sia fondamentale (e lo vedremo meglio più avanti), che venga documentata sempre l'attività svolta.

Perché insieme alla responsabilità si muovono tutta un'altra serie di situazioni collaterali, quali essere in grado di provare e dimostrare di avere svolto al meglio una prestazione per competenza e per propria cognizione.

Il richiamo al codice deontologico e agli ordinamenti didattici è obbligatorio, infatti sappiamo a tal proposito che la formazione degli infermieri è diventata universitaria, sono poi seguite la legge n. 251 del 10 agosto 2000, per la disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, la legge della dirigenza (legge n. 1 dell'8 gennaio 2002), la cosiddetta legge sull'emergenza infermieristica.

Da queste norme possiamo trarre la conclusione che l'infermiere oggi è una figura altamente e pienamente responsabilizzata, nell'esercizio di un'attività professionale il più delle volte complessa.

Il riflesso che se ne è avuto è descritto di seguito.

Alla base del nostro ordinamento giuridico c'è un principio fondamentale: chiunque causa un danno è obbligato a risarcirlo.

Ne consegue che quando un infermiere nell'esercizio della sua attività professionale, causa un danno ad un suo paziente, per legge è obbligato a risarcirlo.

L'infermiere è oggi diventato una figura professionalmente elevata, professione intellettuale, ed ecco che ha acquisito la responsabilità.

In alcuni casi si parla di responsabilità civile extracontrattuale.

La radice normativa della responsabilità civile deriva dall'articolo 2043 del codice civile.

Il suddetto articolo stabilisce che se viene commesso con dolo o colpa, un fatto illecito che ha cagionato un danno ingiusto a terzi, l'autore della condotta è obbligato a risarcire il danno.

Gli elementi costitutivi della responsabilità civile sono che il fatto deve essere doloso o colposo: la condotta deve avere causato un danno e deve sussistere, fra condotta e danno, un nesso causale.

Il fatto illecito deve essere dunque un comportamento umano che può consistere in una azione o in una omissione.

Il fatto illecito deve essere pertanto doloso o colposo.

Il dolo si ha quando l'infermiere ha causato un danno al paziente, la colpa invece è quella che si verifica quando l'infermiere non vuole causare il danno, ma l'evento dannoso si produce, poiché l'infermiere stesso ha agito con negligenza, imprudenza e imperizia o perché ha violato una norma o un regolamento.

La colpa si ha quando l'infermiere omette di osservare quel grado minimo di diligenza, che tutti osservano nell'esecuzione di una prestazione professionale. L'infermiere agisce con straordinaria ed inexcusabile imprudenza.

Il concetto di colpa grave è abbastanza complesso e si distingue dalla colpa lieve perché ha tutta una rilevanza oltre che giuridica, anche assicurativa soprattutto nell'ambito dell'attività prestata presso gli enti pubblici: quando viene dimostrata la colpa grave del soggetto agente, quindi dell'infermiere, l'ente o l'assicurazione dell'ente (qualora non sia compresa la colpa grave nella stessa assicurazione), ha il dovere di agire per la rivalsa di quanto ha pagato.

Per esempio: io, infermiere agisco con colpa grave e con un comportamento che nessuno nei miei panni avrebbe tenuto svolgendo la mia identica attività e so anche (ho coscienza), di agire con una temerarietà senza limiti: cagiono un danno ad un paziente.

In questo caso il paziente fa un'azione di risarcimento (tralasciamo la parte penale, che in questa situazione non teniamo in considerazione, in quanto la responsabilità penale è personale e quindi di per se stessa inassicurabile), inizia l'azione di risarcimento che evidentemente viene fatta sia nei confronti dell'ente sia nei confronti dell'infermiere.

L'ente paga, ma ha il dovere di agire nei confronti dell'infermiere chiedendo la ripetizione di quanto pagato.

Quindi se viene risarcito un miliardo di lire al terzo danneggiato, la corte dei conti sanziona l'ente se questi non esercita quel dovere.

Che cosa succede: che molti enti inseriscono la colpa grave nelle loro polizze assicurative. In questo caso però debbono farla pagare agli infermieri, perché evidentemente c'è una violazione della stessa norma amministrativa che impedisce di pagare per una responsabilità di colpa grave che appartiene all'infermiere stesso, e non evidentemente all'ente, quindi sostanzialmente una perdita di denaro pubblico e come tale sanzionabile.

Avevamo detto che deve esserci un danno ingiusto. Quand'è che c'è un danno ingiusto?

Il danno ingiusto è la lesione dell'interessato protetto da un ordinamento giuridico, per contro abbiamo quello che si definisce danno giusto (c'è il danno ma è giustificato come legittima difesa o stato di necessità).

Abbiamo varie tipologie di danno: danno di proprietà di terzi, danno a persone (quello più citato) e il danno morale (la sofferenza psicologica che il paziente subisce a seguito di una lesione fisica) e il danno biologico, che consiste nella perdita dell'integrità fisica di ciascun soggetto indipendentemente da quella che è la sua capacità di reddito, facilmente assimilabile al danno morale e rientrante per alcune scuole di pensiero nel danno morale.

C'è un nesso di causalità, cioè un rapporto causa-effetto fra il fatto illecito, quindi l'azione compiuta con colpa ed il danno ingiusto, ovvero il primo (l'azione) deve avere causato il secondo (il fatto).

Tutto quanto detto fino a qui ha evidentemente un risvolto assicurativo.

Sulla base della nuova professionalità dell'infermiere quest'ultimo è pienamente responsabile dei suoi comportamenti.

Ma qual è il problema assicurativo?, Come agiscono le compagnie di assicurazione di fronte a questa mutata situazione, di fronte a questa figura dell'infermiere che non è più quello che era prima?

In tal senso bisogna sottolineare che c'è molta ignoranza, c'è molta poca volontà di comprendere.

Di primo acchito c'è la difficoltà di comprensione del rischio, questo genera o una sottovalutazione o una sopravvalutazione del rischio stesso. In entrambi i casi c'è una grossa pericolosità: perché nel primo caso se c'è una sottovalutazione vuol dire che c'è un assicuratore che uscirà alla prima occasione quando comprenderà che il rischio era diverso da come lo intendeva, dall'altro caso evidentemente avremo un assicuratore spaventato o pauroso, che o farà pagare tantissimo o addirittura dirà che non gli interessa entrare in un sistema assicurativo di questo genere.

La difficoltà di comprensione del rischio deriva anche dal fatto che gli assicuratori hanno delle difficoltà ad individuare dei sinistri che in passato erano a capo della struttura, ma che oggi non lo sono più. Come è stato detto prima, una volta o non c'era nessuno che pagava o sicuramente erano altri che pagavano.

Spesso c'è la difficoltà degli stessi infermieri di individuare l'esistenza degli stessi ambiti di responsabilità: quanti di voi sanno qual è l'effettivo ambito di responsabilità nel quale esercitano la propria attività professionale.

D'altra parte c'è anche la difficoltà degli enti ad individuare l'esistenza di una responsabilità in capo all'infermiere: per esempio l'estensione della colpa

grave è offerta normalmente ai medici, che hanno concordato un prezzo nell'ambito della polizza di responsabilità civile con l'ente.

Tutto questo non accade per gli infermieri o se accade, succede raramente.

Non dimentichiamo che c'è un altro problema: dal punto di vista di situazione sociale/giuridica, il medico è ben cautelato, l'ente è ben cautelato, (con tutta una serie di circostanze che lo proteggono), ma se guardiamo l'infermiere, è forse l'anello più debole: da loro si può aggredire il tutto, soprattutto ora che ha una propria responsabilità

Non voglio fare degli allarmismi, però questo è un problema di cui dobbiamo tenere conto oggi, perché sta sorgendo e sorgerà sempre più ingigantito un domani.

Che cosa è stato fatto (con grande sforzo), nella estrema necessità di trovare un assicuratore, nel diffondere un pensiero e un sistema di ingegneria assicurativa? (Il temine ingegneria è forse molto importante ma la lascerei lo stesso).

È stato messo in piedi un sistema di protezione e di collaborazione con l'IPASVI, attraverso il quale monitorare il rischio.

Il ragionamento che è stato fatto è questo: se ciascuno di noi, singolarmente si assicura, trasferisce il rischio di quello che è la responsabilità civile ad un assicuratore, ma quando avrà una richiesta di risarcimento, quando si troverà in una situazione di sinistro, si troverà da solo col suo assicuratore a dover affrontare la situazione. La conseguenza sarà che probabilmente l'assicuratore pagherà, ma non vorrà più assicurarlo o gli chiederà delle cifre esorbitanti anche per proseguire nell'assicurazione, ed inoltre quel sinistro che ha determinato questa situazione rimarrà nel silenzio, non lo si conoscerà e si perderà in mezzo a tutti gli altri.

Ma per effettuare un concreto monitoraggio del rischio, questa non è evidentemente la soluzione.

La soluzione è quella del momento associativo.

Ci vuole qualche cosa di più anche per tenere sotto controllo l'assicurazione stessa.

Un sistema che preveda un comitato tecnico-scientifico che monitorizzi tutti i sinistri, quindi che ci sia una centralizzazione attraverso il momento associativo.

L'assicurazione è solo uno degli elementi che concorre a determinare il monitoraggio ed evidentemente anche la sua conoscenza. Non dimentichiamo che chi conosce, possiede.

È giusto quello che diceva Tartaglia precedentemente, quando diceva che gli assicuratori, le compagnie di assicurazione non devono essere dei nostri antagonisti, perché devono monitorare insieme a noi il rischio, ma noi dobbiamo partecipare insieme a loro alla gestione del rischio stesso, perché così lo si conosce, lo si tiene sotto controllo e lo si trasferisce correttamente al mercato assicurativo, ed inoltre così facendo si definiscono con precisione gli ambiti di responsabilità rispetto agli altri soggetti coinvolti che abbiamo visto prima: gli enti, i medici, ecc.

Si riescono ad attivare tutti quei meccanismi di formazione per diminuire

i rischi futuri, quindi in quel comitato tecnico- scientifico si tratta di definire tutte quelle che sono le modificazioni delle responsabilità anche sulla base delle sentenze che incontriamo sulla base delle nostre attività: si riesce attraverso quel momento a informare gli infermieri sul comportamento più a rischio.



1



2

L'autonomia dell'infermiere: la normativa

DM 14 settembre 1994, n. 739
*Regolamento concernente
l'individuazione della figura
e del relativo profilo professionale
dell'infermiere*

L'INFERMIERE NON È PIÙ UNA PROFESSIONE SANITARIA AUSILIARIA MA DIVIENE
DIRETTAMENTE RESPONSABILE DEL PROPRIO OPERATO. NON È PIÙ UN ESECUTO-
RE: DEVE ASSUMERSI DIRETTAMENTE OGNI RESPONSABILITÀ DELLA PROPRIA
ATTIVITÀ PROFESSIONALE

3

L'autonomia dell'infermiere: la normativa

Legge 26 febbraio 1999, n. 42
Disposizioni in materia di professioni
sanitarie (c.d. "abrogazione del mansionario")

ART. 2 - "IL CAMPO PROPRIO DELL'ATTIVITÀ E DI RESPONSABILITÀ DELLE PROFESSIONI SANITARIE (...) È DETERMINATO DAI DECRETI MINISTERIALI ISTITUTIVI DEI RELATIVI PROFILI PROFESSIONALI E DAGLI ORDINAMENTI DIDATTICI DEI RISPETTIVI CORSI DI DIPLOMA UNIVERSITARIO E DI FORMAZIONE *POST BASE*, NONCHÉ DAGLI SPECIFICI CODICI DEONTOLOGICI".

4

L'autonomia dell'infermiere: la normativa

NON C'È PIÙ UN ELENCO
DETTAGLIATO DI MANSIONI,
MA SI DEVE FARE RIFERIMENTO:

- AL PROFILO DELL'INFERMIERE (DM 739/94)
- AL CONTENUTO DEGLI ORDINAMENTI DIDATTICI (DL 2 APRILE 2001)
- AL CODICE DEONTOLOGICO

UNICO LIMITE - *"fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario"*

5

L'autonomia dell'infermiere: la normativa

IL RICHIAMO AL PROFILO (DM 739/94)

L'INFERMIERE DIVIENE RESPONSABILE DI TUTTO IL PROCESSO ASSISTENZIALE: RACCOLTA DATI, IDENTIFICAZIONE DEI BISOGNI, PIANIFICAZIONE, GESTIONE, VALUTAZIONE FINALE.

ATTENZIONE!! - Fondamentale la necessità di documentare l'attività svolta

6

L'autonomia dell'infermiere: la normativa

**IL RICHIAMO AL CODICE
DEONTOLOGICO 1999**

NELLA DEFINIZIONE DI CIÒ CHE RIENTRA NEGLI OBBLIGHI CUI UN INFERMIERE DEVE ATTENERSI NELLO SVOLGIMENTO DELLA SUA ATTIVITÀ PROFESSIONALE, DIVIENE INDISPENSABILE FARE RIFERIMENTO ALLE REGOLE POSTE NELLA DEFINIZIONE OGGETTIVA DELLA DISCIPLINA INFERMIERISTICA

7

L'autonomia dell'infermiere: la normativa

**IL RICHIAMO AGLI ORDINAMENTI
DIDATTICI**

IL DL 2 APRILE 2001 COSTITUISCE IL CORPO SISTEMATICO DELLE CONOSCENZE TEORICHE E PRATICHE CHE CONSENTONO DI INSEGNARE ALL'INFERMIERE AD EROGARE LE PRESTAZIONI PROPRIE DEL PROFILO, UNA VOLTA VALUTATA E CLASSIFICATA LA SITUAZIONE DELL'UTENTE.

LA FORMAZIONE DIVIENE "UNIVERSITARIA": LAUREA TRIENNALE E SPECIALIZZAZIONE BIENNALE.

8

L'autonomia dell'infermiere: la normativa

LEGGE 10 AGOSTO 2000, N. 251

DISCIPLINA DELLE PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE, TECNICHE, DELLA RIABILITAZIONE, DELLA PREVENZIONE, NONCHÉ DELLA PROFESSIONE OSTETRICA (C.D. "LEGGE DELLA DIRIGENZA")

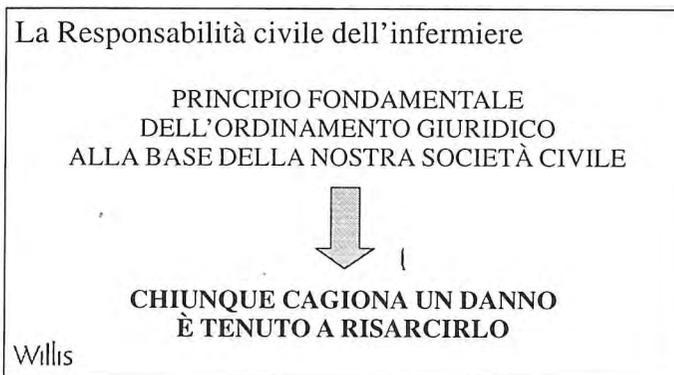
LEGGE 8 GENNAIO 2001, N. 1

CONVERSIONE IN LEGGE, CON MODIFICAZIONI, DEL DL 12 NOVEMBRE 2001, N. 402, RECANTE DISPOSIZIONI URGENTI IN MATERIA DI PERSONALE SANITARIO (C.D. "LEGGE SULL'EMERGENZA INFERMIERISTICA")

9



10



11



12

La Responsabilità civile dell'infermiere

... IN QUESTI CASI SI PARLA DI

RESPONSABILITA' CIVILE EXTRACONTRATTUALE

Willis

13

La Responsabilità civile dell'infermiere

La radice normativa della responsabilità civile

L'art. 2043 del codice civile stabilisce che se viene commesso, con dolo o colpa, un fatto illecito e questo ha cagionato un danno ingiusto a terzi, l'autore della condotta è obbligato a risarcire il danno

Willis

14

La Responsabilità civile dell'infermiere

Elementi costitutivi della Responsabilità civile

- il **fatto** deve essere **doloso o colposo**
- la condotta deve aver causato un **danno**
- deve sussistere tra condotta e danno un **nesso causale**

Willis

15

La Responsabilità civile dell'infermiere

➤ IL FATTO ILLECITO

Il fatto illecito deve essere un comportamento umano che può consistere in una **azione** o in una **omissione**;

il fatto illecito deve essere **doloso** o **colposo** (*infra*)

Willis

16

La Responsabilità civile dell'infermiere

Gradi di responsabilità civile

DOLO = l'infermiere vuole causare un danno al paziente

COLPA = l'infermiere non vuole causare il danno ma l'evento dannoso si produce lo stesso per una sua negligenza, imprudenza, imperizia o per violazione di una norma o di un regolamento

Willis

17

La Responsabilità civile dell'infermiere

Gradi di responsabilità civile

COLPA GRAVE = l'infermiere omette di osservare quel grado minimo di diligenza che tutti osservano nell'esecuzione della prestazione professionale

L'infermiere agisce con straordinaria ed inescusabile imprudenza

Willis

18

La Responsabilità civile dell'infermiere

Gradi di responsabilità civile

COLPA GRAVE = la nozione di colpa grave è molto importante perché individua quel profilo di responsabilità che, in presenza di un rapporto di pubblico impiego, legittima l'azione di rivalsa da parte della Corte dei conti nell'interesse della struttura sanitaria pubblica di appartenenza.

Willis

19

La Responsabilità civile dell'infermiere

➤ IL DANNO INGIUSTO

Il danno ingiusto è *la lesione di un interesse altrui che l'ordinamento giuridico vuole proteggere.*

Esempi di danno giusto:
la **legittima difesa/lo stato di necessità**

Willis

20

La Responsabilità civile dell'infermiere

Tipologie di danno

- Danni a cose di proprietà di terzi: danneggiamento di un macchinario di proprietà dell'azienda sanitaria;
- Danno a persone = morte o lesione fisica permanente o temporanea (la c.d. malattia);
- Danno morale = è la sofferenza psicologica che il paziente subisce a causa di una lesione fisica (il c.d. *pretium doloris*);

Willis

21

La Responsabilità civile dell'infermiere

➤ IL NESSO CAUSALE

Tra il fatto illecito ed il danno ingiusto deve esistere un **rapporto di causa ed effetto** in ragione del quale si possa dire che il primo ha cagionato il secondo.

Willis

22



Le problematiche assicurative

23

Il Sistema di Protezione IPASVI

Le nuove responsabilità dell'infermiere

1999: *abrogazione del mansionario*

nasce una "nuova professionalità" dell'infermiere

l'infermiere è pienamente responsabile dei suoi comportamenti

Willis

24

Il Sistema di Protezione IPASVI

Il problema assicurativo

Difficoltà di comprensione del rischio

Difficoltà ad individuare possibili sinistri del passato che restavano in capo alla struttura

Difficoltà da parte degli stessi infermieri ad individuare l'esistenza di un ambito di responsabilità

Difficoltà da parte degli Enti ad individuare l'esistenza di una responsabilità dell'infermiere (l'estensione colpa grave è offerta ai medici e raramente agli infermieri)

Willis

25

Il Sistema di Protezione IPASVI

Il problema dei rapporti con la struttura e con gli altri sanitari

L'infermiere, in quanto nuova figura "RESPONSABILE" potrebbe essere giudicato l'anello debole e, quindi, più indifeso ed attaccabile.

È necessario che prima che il problema della responsabilità sanitaria esploda gli infermieri individuino dei meccanismi di tutela (anche assicurativa) che garantiscano sia loro (in termini di difesa legale) che i pazienti (garanzia del risarcimento del danno subito).

Willis

26

Il Sistema di Protezione IPASVI

Monitoraggio del rischio

È importante definire un sistema di monitoraggio del rischio per individuare con precisione gli ambiti di responsabilità dell'infermiere.

La Federazione IPASVI ha definito una convenzione nazionale che permette di monitorare il rischio reale della professione infermieristica.

Willis

27

Il Sistema di Protezione IPASVI

I vantaggi della conoscenza del rischio

Conoscere il rischio significa:

definire con precisione gli ambiti di responsabilità rispetto ad altri soggetti coinvolti (enti e medici)

attivare meccanismi di formazione per diminuire i rischi futuri

informare gli infermieri sui comportamenti più a rischio

Willis

INTERVENTO D. Rodriguez - Tavola Rotonda

**Il rischio professionale.
La prevenzione dell'errore,
la protezione del cittadino
e la assicurazione del professionista**

Moderatori

Annalisa Silvestro - Angelina di Nuccio

1

Obiettivi:

Individuare le modalità di prevenire l'errore professionale;

Definire ed analizzare gli elementi costitutivi di un sistema di prevenzione della *mal-practice*, che protegga il cittadino ed rassicuri il professionista

Il medico legale: Daniele Rodriguez

Università degli Studi di Padova

2

TRE TEMI CONNESSI

AGLI OBIETTIVI:

LA MEDICINA LEGALE OGGI

LINGUAGGIO E CONCETTI

RACCOLTA DATI E FALSI PROBLEMI

3

1. LA MEDICINA LEGALE OGGI



4

LA MEDICINA LEGALE OGGI

Valutazione
del danno



Prevenzione
dell'errore

5

LA MEDICINA LEGALE OGGI

Attività
giudiziaria



Attività
sanitaria
istituzionale

Medicina
legale
FORENSE

Medicina
legale
CLINICA

6

LA MEDICINA LEGALE OGGI
Attività Sanitaria Istituzionale

Medicina legale CLINICA

Prospettive di contributo della medicina legale al clinical risk management:

- individuazione dei rischi della struttura e dell'organizzazione sanitaria

7

LA MEDICINA LEGALE OGGI
Attività Sanitaria Istituzionale
Medicina legale CLINICA

Prospettive di contributo della medicina legale al tema del clinical risk management:

- genesi dei rischi: riconducibilità o al singolo o alla mancata integrazione professionale o all'organizzazione

8



LA MEDICINA LEGALE OGGI
Attività Sanitaria Istituzionale

Medicina legale CLINICA

Prospettive di contributo della medicina legale al tema del clinical risk management:

- questioni giuridiche, amministrative ed assicurative connesse

9



LA MEDICINA LEGALE OGGI
Attività Sanitaria Istituzionale

Medicina legale CLINICA

Prospettive di contributo della medicina legale al tema del clinical risk management:

- metodologia di identificazione dei rischi

10



LA MEDICINA LEGALE OGGI
Attività Sanitaria Istituzionale

Medicina legale CLINICA

Prospettive di contributo della medicina legale al tema del clinical risk management:

- metodologia di identificazione degli strumenti della prevenzione

11



LA MEDICINA LEGALE OGGI
Attività Sanitaria Istituzionale

Medicina legale CLINICA

Prospettive di contributo della medicina legale al tema del clinical risk management:

- elaborazione di progetti di intervento

12



LA MEDICINA LEGALE OGGI
Attività Sanitaria Istituzionale

Medicina legale CLINICA

Prospettive di contributo della medicina legale al tema del clinical risk management:

- formazione

13



LA MEDICINA LEGALE OGGI
Attività Sanitaria Istituzionale

Medicina legale CLINICA

Prospettive di contributo della medicina legale al tema del clinical risk management:

- formazione

L'Università degli Studi di Padova istituisce per l'A.A. 2005/06 un Master di II livello dal titolo CLINICAL RISK MANAGEMENT, promosso da «Comitato ordinatore», costituito, tra l'altro, da vari medici legali che conducono conforme esperienza

14

2. LINGUAGGIO E CONCETTI:

**ERRORE E...
DINTORNI**

15

TERMINOLOGIA

Evento avverso
...
Errore
...
Quasi-errore
...
Evento sentinella
...

16

TERMINOLOGIA

*Evento avverso
esito indesiderato (del processo di cura)
che può o meno costituire
il risultato di un errore*

*Errore
una deviazione nel processo di cura
che può o meno comportare
un evento avverso*

17

TERMINOLOGIA

Evento avverso

Errore

NON SONO SINONIMI

18

TERMINOLOGIA

Evento avverso

Errore

**QUANDO C'È L'UNO
NON NECESSARIAMENTE
C'È ANCHE L'ALTRO**

19

TERMINOLOGIA

Evento avverso

Danno

**SONO POSSIBILI
SINONIMI**

20

C. Vincent, 1998; BMJ, 316: 1154-7

Gli eventi avversi in cui i pazienti
riportano un danno sono piuttosto frequenti

...

L'errore è il più delle volte connesso
a condizioni avverse di lavoro
(es. scarsa comunicazione, rapidi cambiamenti
organizzativi all'interno di un
sistema organizzativo

21

ERRORE

- Perché parlarne?
- Come e perché avviene?
- Cosa determina?

22

ERRORE

- Perché parlarne?
- Come e perché avviene?
- Cosa determina?

23

**ERRORE
SUPERARE I LUOGHI COMUNI**

24

ERRORE

- Perché parlarne?
- Come e perché avviene?
- Cosa determina?

25

ERRORE

- Danno (talora)
- Esperienza (teoricamente sempre)
- ...

26

ERRORE

- Perché parlarne?
- Come e perché avviene?
- Cosa determina?

27

ERRORE

Nella maggior parte dei casi è:

- multicausale
- il risultato di una interazione tra difetti tecnologici, procedurali, organizzativi, sociali e culturali

28

In altre parole

- Occorre considerare l'errore umano del singolo professionista come un aspetto parziale del problema
- Si devono prendere in considerazione tutti gli elementi del sistema di cura
- È necessario cambiare prospettiva e atteggiamento: dall'individuo al sistema organizzativo

29

COMUNQUE:

**IN UNA
PROSPETTIVA
DI PREVENZIONE**

30

TERMINOLOGIA*Evento avverso**Errore**Fattore di rischio*

31

TERMINOLOGIA*Errore**Fattore di rischio*

**NON NECESSARIAMENTE
COINCIDENTI**

32

TERMINOLOGIA*Errore**Fattore di rischio*

**SEMPRE, COMUNQUE,
CORRISPONDENTI A MODI
DIVERSI DI LEGGERE LA REALTÀ
(UNA STESSA REALTÀ)**

33

TERMINOLOGIA*Fattore di rischio*

**PROBABILITÀ
DI SUBIRE
UN EVENTO AVVERSO
(UN DANNO)**

34

Fattori di rischio nella pratica clinica*C. Vincent, 2000; BMJ, 320: 777-781*

Tipologia di fattore	Fattori che contribuiscono ad influenzare	Esempi
Istituzionale	Contesto economico e regolatore; servizio esecutivo per la salute nazionale	Politiche inconsistenti, problemi di investimento
Fattori organizzativi e di gestione	Risorse e restrizioni finanziarie; struttura organizzativa; obiettivi di gestione; cultura della sicurezza	Mancanza di adeguate procedure per la gestione del rischio
Fattori legati all'ambiente di lavoro	Livello professionale del personale; carico di lavoro; disponibilità, supporto amministrativo e manageriale	Elevato carico di lavoro, personale inadeguato, accesso limitato a strumenti di lavoro essenziali

35

Fattori di rischio nella pratica clinica*C. Vincent, 2000; BMJ, 320: 777-781*

Tipologia di fattore	Fattori che contribuiscono ad influenzare	Esempi
Fattori legati al gruppo di lavoro	Comunicazione, supervisioni, struttura del gruppo (qualità, direzione)	Scarsa comunicazione fra il personale
Fattori individuali	Preparazione, esperienza, salute fisica e mentale	Mancanza di personale qualificato
Fattori legati al lavoro	Programmazione, disponibilità ed uso di protocolli, disponibilità ed accuratezza dei risultati dei tests	Non disponibilità di protocolli e dei risultati di tests
Fattori legati ai pazienti	Complessità clinica, lingua, comunicazione, personalità e fattori sociali	Pazienti preoccupati o problemi di lingua

36

RISK MANAGEMENT

gestione professionale del rischio:
l'identificazione, l'analisi
ed il controllo economico di quei
particolari rischi che possono
minacciare gli equilibri
o modificare le capacità
produttive di una impresa

37

RISK MANAGEMENT

Rischio connesso a perdite economiche

- Da azioni legali e risarcimenti
- Morte o lesioni di persone
- Danno all'immagine aziendale

38

**CLINICAL RISK
MANAGEMENT**

gestione
professionale
del rischio
in ambito sanitario

39

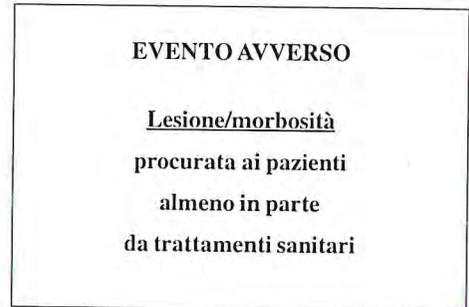
CLINICAL RISK MANAGEMENT

- Nel campo della qualità delle cure
è un processo sistematico finalizzato a:
- 1) tempestiva identificazione e valutazione
- dei fattori di rischio che possono portare a conseguenze di danno
 - della severità di tali conseguenze
 - 2) alla realizzazione dei meccanismi di controllo dei rischi

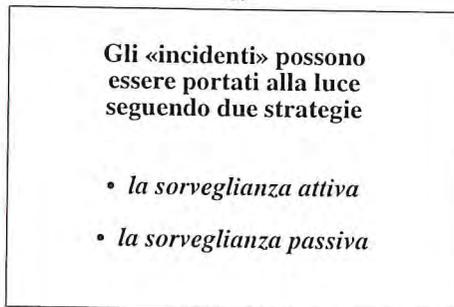
40



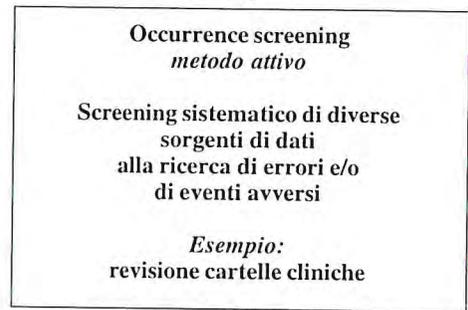
41



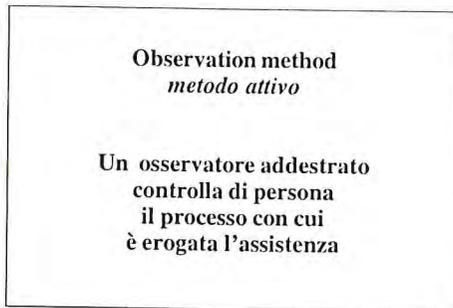
42



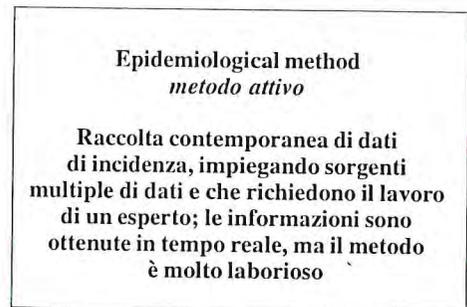
43



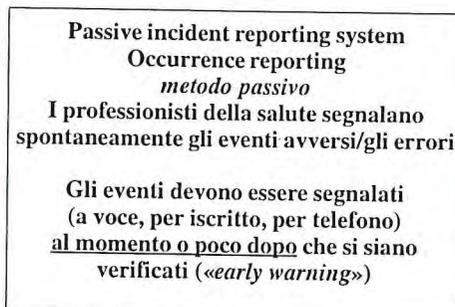
44



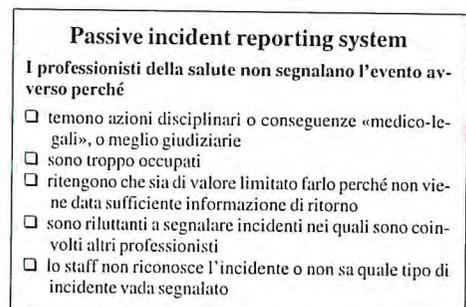
45



46



47



48

**3. RACCOLTA DATI
E
FALSI PROBLEMI**

49

**3A. LO SCHEMA
LOGICO
GUIDA**

50



51

*ma l'idea
del professionista
della salute
potrebbe essere...*

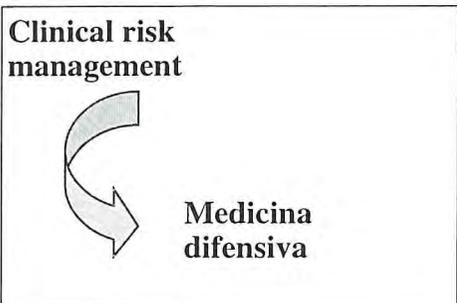
52



53



54



55



56

Clinical risk management



Prevenzione mirata

57

**Si può
«imparare
dall'errore»
per arrivare a
non ripeterlo
più**

58

**Una soglia di errore
deve essere accettata
come inevitabile:
va però ridotta
progressivamente,
a percentuali sempre più
vicine allo zero**

59

**Non attraverso la
logica della
punizione,
ma attraverso
la linea
della formazione**

60

**Addestrare i professionisti
della salute alla formazione
continua, a fare la cosa
giusta, a seguire protocolli
aggiornati che riducano il
rischio e quindi l'errore,
significa giocare d'anticipo,
impedendo (almeno in molti casi)
il verificarsi del danno**

61

**OCCORRE
SUPERARE
LA LOGICA
DEL TIMORE
DELLE
SANZIONI**

62



63

**3B.
FALSI
PROBLEMI**

64

Protocollo operativo

- 1) *Istituzione unità di risk management* (un responsabile-risk manager, pochi collaboratori fissi, una molteplicità di collegamenti)
- 2) *Revisione della letteratura*
- 3) *Comunicazione interna allo scopo di presentare l'iniziativa a tutte le unità operative* (Incontro Responsabili U.O.-Giornata/studio per i professionisti sanitari)

65

Metodi passivi - segnalazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella * (scheda di segnalazione spontanea dell'evento avverso - anonimato).

*Particolare tipo di indicatore sanitario, la cui soglia di allarme è uno. Basta cioè che il fenomeno relativo si verifichi una sola volta perché si renda opportuna una indagine immediata rivolta ad accertare se hanno contribuito al suo verificarsi alcuni fattori che potrebbero in futuro essere corretti.

67

- 6) *Sensibilizzazione e creazione di «clima» favorevole alla rilevazione sistematica degli eventi di interesse - anonimato*
- 7) *Formazione specifica (ECM)*
- 8) *Analisi tempestiva ed accurata di ogni evento*
- 9) *Proposta di interventi correttivi*
- 10) *Presentazione e divulgazione risultati*

69

**Sono un elemento
di criticità
di tutto
il disegno
organizzativo**

71

4) *Indagine conoscitiva - ricognizione fonti informative esistenti sul rischio*

- Metodi attivi - analisi dei dati amministrativi tratti dalle schede di dimissione ospedaliera, durata di degenza, mortalità, ricoveri ripetuti; analisi delle prestazioni rianimatorie in regime di emergenza; analisi delle segnalazioni guasti alle apparecchiature elettromedicali; analisi dei reclami e delle segnalazioni di disservizio; analisi degli esposti all'autorità giudiziaria e dei casi di responsabilità civile.
- Metodi passivi - segnalazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella (scheda di segnalazione spontanea dell'evento avverso - anonimato).

66

5) *Mappatura dei rischi - Integrazione fonti informative*

- individuare gli eventi più frequenti nelle strutture sanitarie (incidenti, quali cadute in bagno, dal letto, etc. ...; diagnosi errate; infezioni contratte in ospedale; errori in terapia farmacologica; ritardi nei soccorsi; problemi nel rapporto medico-paziente; disguidi organizzativi; malfunzionamento di apparecchiature, etc.);
- individuare le aree di criticità;
- esplorare l'operato di tutte le categorie di lavoratori della struttura sanitaria

68

**Problematiche medico legali
della segnalazione di eventi
avversi da parte del
professionista all'unità
di gestione del rischio**

70

**Occorre considerare
queste
problematiche
con l'obiettivo
di risolverle**

72

**Riferimento
ad un aspetto particolare
della
individuazione
del rischio**

73

**La segnalazione
spontanea di eventi
avversi da parte
del professionista
è uno dei metodi
di individuazione
del rischio**

74

EVENTO AVVERSO

quale definizione?

75

EVENTO AVVERSO

**Lesione/condizione
morbosa del paziente
riconducibile a
trattamenti sanitari**

76

**Evento avverso
accadimento (anche
trattamento sanitario)
che ha causato danno,
o anche quello che
ne aveva la potenzialità,
nei riguardi
di un paziente?**

77

- Con errore/omissione
- Senza errore/omissione

78

LO SCENARIO

le preoccupazioni dei «medici»:

- per sé: timore di conseguenze giudiziarie e/o disciplinari
 - Per altri:
sensazione di operare una delazione

79

L'OBIETTIVO

ridurre le preoccupazioni

- sensibilizzare i medici
- chiarire i problemi deontologici
- riflettere sulle ripercussioni giudiziarie e amministrativo-disciplinari

80

L'OBIETTIVO

- Ridurre
le preoccupazioni
- sensibilizzare i medici
 - chiarire i problemi deontologici
 - riflettere sulle ripercussioni giudiziarie e amministrativo-disciplinari

ecco il dettaglio...

81

Obiettivo
ridurre le preoccupazioni
SENSIBILIZZARE I MEDICI

- ardua impresa «occultare» errori professionali (altre fonti conoscitive)
- dal punto di vista della copertura assicurativa è meglio segnalare prontamente
- non necessariamente vi è colpa medica

82

Obiettivo
ridurre le preoccupazioni
**CHIARIRE I PROBLEMI
DEONTOLOGICI**

**IL CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA
TITOLO IV
RAPPORTI CON I COLLEGHI
CAPO I**

Solidarietà tra medici

83

Obiettivo
ridurre le preoccupazioni

CHIARIRE I PROBLEMI DEONTOLOGICI

Art. 57 - Rispetto reciproco

- Il rapporto tra i medici deve ispirarsi ai principi del reciproco rispetto e della considerazione della rispettiva attività professionale.
- Il contrasto di opinione non deve violare i principi di un collegiale comportamento e di un civile dibattito.
- Il medico deve assistere i colleghi senza fini di lucro, salvo il diritto al recupero delle spese sostenute.
- Il medico deve essere solidale nei confronti dei colleghi sottoposti a ingiuste accuse.

84

Obiettivo
ridurre le preoccupazioni
CHIARIRE I PROBLEMI DEONTOLOGICI
IL CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA
TITOLO VI
RAPPORTI CON IL SERVIZIO
SANITARIO NAZIONALE E CON ENTI
PUBBLICI E PRIVATI
CAPO I

Obblighi deontologici del medico a rapporto di impiego o convenzionato

85

Obiettivo
ridurre le preoccupazioni
CHIARIRE I PROBLEMI DEONTOLOGICI

Art. 71 - Collegialità

Nella salvaguardia delle attribuzioni, funzioni e competenze, i rapporti tra i medici dipendenti e/o convenzionati, operanti in strutture pubbliche o private devono ispirarsi ai principi del reciproco rispetto, di collegialità e di collaborazione

86

Obiettivo
ridurre le preoccupazioni
CHIARIRE I PROBLEMI DEONTOLOGICI
CODICE DEONTOLOGICO
DELL'INFERMIERE

5. RAPPORTI PROFESSIONALI
CON COLLEGHI E ALTRI
OPERATORI

87

Obiettivo
ridurre le preoccupazioni
CHIARIRE I PROBLEMI DEONTOLOGICI
CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE
5. RAPPORTI PROFESSIONALI CON COLLEGHI E ALTRI OPERATORI
5.1. L'infermiere collabora con i colleghi e gli
altri operatori, di cui riconosce e rispetta lo
specifico apporto all'interno dell'équipe.
Nell'ambito delle proprie conoscenze, esperienze e ruolo professionale contribuisce allo sviluppo delle competenze assistenziali.

88

Obiettivo
ridurre le preoccupazioni
CHIARIRE I PROBLEMI DEONTOLOGICI
CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE
5. RAPPORTI PROFESSIONALI CON COLLEGGI E ALTRI OPERATORI

5.2. L'infermiere tutela la dignità propria e dei colleghi, attraverso comportamenti ispirati al rispetto e alla solidarietà. Si adopera affinché la diversità di opinione non ostacoli il progetto di cura.

89

Obiettivo
ridurre le preoccupazioni
CHIARIRE I PROBLEMI DEONTOLOGICI
CODICE DEONTOLOGICO
DELL'INFERMIERE

6. RAPPORTO CON
LE ISTITUZIONI

90

Obiettivo
ridurre le preoccupazioni
CHIARIRE I PROBLEMI DEONTOLOGICI
6. RAPPORTO CON LE ISTITUZIONI

6.1. L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'equo utilizzo delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale.

91

Obiettivo
ridurre le preoccupazioni
CHIARIRE I PROBLEMI DEONTOLOGICI
6. RAPPORTO CON LE ISTITUZIONI

6.3. L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, di fronte a carenze o disservizi provvede a darne comunicazione e per quanto possibile, a ricreare la situazione più favorevole.

92

OBIETTIVO
RIDURRE
LE PREOCCUPAZIONI

• RIFLETTERE
SULLE RIPERCUSSIONI
GIUDIZIARIE
E AMMINISTRATIVO-DISCIPLINARI

93

OBIETTIVO
RIDURRE LE PREOCCUPAZIONI
RIFLETTERE SULLE RIPERCUSSIONI
GIUDIZIARIE E AMMINISTRATIVO-
DISCIPLINARI

qualche
valutazione
preliminare...

94

HO CONCLUSO

grazie per
l'attenzione

95

LA RASSICURAZIONE DEL PROFESSIONISTA

C. DI VIGGIANO

Infermiera, Dirigente del Servizio Infermieristico del Dipartimento di malattie polmonari dell'Azienda Ospedaliera S. Camillo/Forlanini, Roma

Voglio portarvi le mie riflessioni sul problema che riguarda la responsabilità professionale e il rischio professionale.

Altri relatori hanno delineato un quadro sufficientemente ampio ed esaustivo della situazione in cui noi oggi andiamo ad operare.

Ho preparato poche diapositive che sono anche un riassunto e un richiamo agli argomenti trattati in queste giornate: il risk management, la gestione, la dimensione del rischio e la probabilità che un determinato evento avverso o comunque non voluto, si realizzi e quindi determini dal punto di vista professionale una risposta, una responsabilità.

Io personalmente lavoro come infermiera da molti anni: 30 anni fa questo problema non ce lo ponevamo, perché arrivavamo in reparto, eseguivamo le nostre mansioni, e qualsiasi cosa succedesse, che non fosse di rilevanza penale, e quindi ci imponeva di rispondere personalmente di ciò che era successo, avevamo il medico che si faceva carico di tutte le nostre azioni.

Ad un certo punto è cambiata la situazione, perché è cambiata la professione, è cambiato il livello di professionalità che soprattutto nelle aree critiche è altissimo, ma soprattutto è cambiato il contesto giuridico in cui noi oggi operiamo, e molti colleghi purtroppo ancora non si rendono conto di questo enorme e profondo cambiamento che ci vede poi a rispondere in sedi più o meno giuridiche, o in tribunali o in altri posti. Però non voglio essere una giustizialista o mettere paura: quello che è stato detto oggi è il prevalentemente «prendiamo coscienza» della modificata situazione, prendiamo coscienza della situazione di prevenzione del rischio e della «gestione della chiamata a rispondere».

Questo va detto soprattutto ai sensi della normativa che regola oggi la figura professionale.

Sono stati presentati molti dati e numeri che possono essere cambiati o riaggregati.

Anche io mi sono presa l'impegno di cercare alcuni dati che potessero essere utili alla riflessione di oggi. Li potete trovare sul sito del ministero della salute, quindi non sono dati difficili da acquisire, e mi sono fermata a riflettere sugli errori e quindi la chiamata a rispondere.

Tra i vari dati c'era questo che mi ha colpito: l'85% sono attribuibili a responsabilità organizzative e il 15% a responsabilità individuali.

Le attività correttive che vengono a oggi messe in atto sono: per il 2% di tipo organizzativo e per il 98% di tipo individuale.

Mi sembra che ci sia una evidente discrasia fra l'errore e il relativo impegno alla correzione.

Quello su cui ho ragionato è che parlando con alcuni colleghi di impegno, quando si tratta di responsabilità organizzative, non si capisce bene per quale meccanismo, tutti pensiamo che l'organizzazione la facciano gli altri, cioè quelli che stanno in un altro posto, che stanno a dirigere, che stanno a pianificare, che stanno a fare altre cose.

Io penso che invece la responsabilità organizzativa comincia da noi: ognuno di noi deve prima di tutto organizzare se stesso, capire chi è come professionista e se possibile leggersi almeno una volta nella vita il decreto ministeriale che enuncia appunto il profilo dell'infermiere professionale. Perché a fronte di questi dati sugli errori, ci sono altri dati importanti, sempre tratti dal sito del ministero. E questi sono che il 22,5% dei sospetti errori sono riferibili a violazioni di protocolli (e qui ci riferiamo al discorso della colpa): la violazione dei protocolli e delle linee guida configura una colpa per imprudenza e quindi oggi la giurisprudenza è orientata a considerare la imprudenza professionale in ambito sanitario come colpa grave.

Altro dato è che il 43,1% degli errori riferibili alla inadeguatezza qualitativa dell'esecuzione del trattamento sanitario. Su questo punto vi invito a ragionare attentamente: chi è che oggi è responsabile del trattamento sanitario? Nell'agenda dell'Aniarti c'è una raccolta di normative: se la leggete c'è anche il decreto del 14 settembre 1994, articolo 1, comma 3, punto C.

All'articolo 1 si dice che l'infermiere è responsabile dell'assistenza generale infermieristica, quindi la nostra responsabilità è prevista specificatamente dalla legge.

Nei commi successivi specifica questa responsabilità: al punto C dice che l'infermiere è responsabile della pianificazione, gestione e valutazione dell'intervento assistenziale infermieristico, e garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutico.

Tutto questo potrebbe essere riassunto nella adeguatezza o meno qualitativa dell'esecuzione del trattamento sanitario.

Pertanto l'infermiere oggi si trova a discutere, a ragionare sul rischio, si trova a discutere sulla responsabilità professionale proprio perché è chiamato in prima persona ad analizzare le proprie competenze professionali dal punto di vista dei limiti delle possibilità e degli obblighi che noi oggi abbiamo, ma anche dal punto di vista dell'attinenza o meno ad una corretta esecuzione delle prestazioni sanitarie che siamo chiamati ad erogare ai pazienti.

E' inutile dire che condivido il discorso che veniva fatto dal Broker (che diceva giustamente non essere un assicuratore): non è possibile, ed è errato sovrapporre il lavoro di verifica della qualità della prestazione assistenziale e contemporaneamente verifica, valutazione e prevenzione del rischio, anche se sono e devono essere gli stessi professionisti coinvolti in questi processi. Però i tempi devono essere differenziati e non possono assolutamente essere sovrapposti perché altrimenti non otterremmo i risultati che vorremmo avere.

L'operatore sanitario è responsabile di un trattamento sanitario. Risponde per quanto riguarda il nostro diritto, il nostro sistema legislativo non di un risultato ma di un operato.

Su questo punto speravo che il nostro medico legale facesse un inciso: perché molti colleghi pensano di non dover rispondere dei risultati. Rispondere del risultato non vuol dire che dobbiamo o siamo in grado per forza di guarire o di determinare un certo evento, ma che tutta la nostra attività deve essere tarata, impostata al fine di ottenere il risultato: a volte ci sono eventi che non dipendono dai nostri errori, che però non ci permettono di ottenere il risultato sperato: ciò però non va a configgere col fatto che noi abbiamo operato nella maniera più corretta possibile.

La maniera più corretta possibile è quella di adeguarci e di aggiornarci costantemente alle evidenze scientifiche, anche se non possiamo essere dei giustizialisti o comunque avere sempre la paura di andare a finire in tribunale, noi dobbiamo sempre tarare le nostre azioni in funzione di una possibile chiamata a rispondere.

Quindi se io opero e pianifico un intervento assistenziale lo devo fare secondo scienza e coscienza, sapendo che quella è la procedura o il percorso assistenziale più idoneo per quella specifica patologia nel rispetto dei bisogni del paziente.

Un altro punto su cui volevo richiamare la necessità di essere professionisti responsabili è quella del consenso informato. Quest'ultimo è sempre stato visto come una competenza specifica del medico che informa sulla patologia e sulla terapia.

Noi come professionisti siamo chiamati ad informare il paziente sul piano di trattamento che noi pensiamo essere il più idoneo per la sua patologia e per le sue condizioni di salute e in alcuni casi concordarlo anche con le aspettative del paziente, perché lui ha il diritto di autorizzarci a proseguire e andare avanti sul livello di prestazione che noi pensiamo siano le più idonee al suo stato di salute.

Nel momento in cui l'infermiere deve somministrare una terapia o un farmaco deve essere in grado anche di dare la spiegazione su quello che sta praticando e del perché lo sta praticando: è chiaro che il medico lo prescrive, ma l'infermiere lo somministra, e se il paziente ci chiede qualcosa o ci dice che non vuole essere sottoposto alla terapia noi dobbiamo conoscere esattamente il nostro comportamento più idoneo e dobbiamo sapere se nel caso in cui non rispettiamo il volere del paziente, dovremo poi rispondere di qualcosa di veramente grave.

Cosa fare? Sono state dette tante cose in queste giornate, veramente interessanti e piene di contenuti importanti.

Posso riprendere alcuni punti che sono stati già trattati: la necessità di individuare i rischi che la struttura in cui operiamo presenta e attraverso dei processi di rilevazione, registrazione, comunicazione e gestione dell'errore; la conoscenza delle questioni giuridiche, amministrative e assicurative che sono state esplicitate chiaramente, che ogni azienda dovrebbe ulteriormente approfondire, anche a livello di unità operativa. Sarebbe opportuno verificare le attività e i livelli di rischio a cui siamo sottoposti e capire che tipo di implicazioni giuridiche, amministrative e assicurative queste potrebbero portare al loro seguito.

Sulla necessità del risk management e quindi della necessità di organizza-

re una rete di protezione, gestione e prevenzione del rischio siamo tutti d'accordo.

Dovremmo elaborare dei progetti assistenziali e organizzativi finalizzati alla gestione (e non tanto alla rilevazione) nelle unità operative, senza aspettare che gli interventi di tipo organizzativo ci calino dall'alto: siamo dei professionisti preparati, competenti per ciò che compete le nostre attività professionali e siamo noi che possiamo pensare e progettare dei modelli assistenziali che organizzativamente modificati portano ad una riduzione del rischio, perché i rischi spesso sono tipici di un reparto particolare, di una unità operativa particolare e non sempre sono generalizzabili a tutta la struttura.

Come diceva il medico legale prima di me, c'è la paura ad evidenziare, di denunciare un errore: è una paura umana e legittima che però dovrebbe essere superata dalla presa di coscienza del livello professionale che noi esprimiamo nella nostra attività lavorativa quotidiana, e cercare di analizzare il quasi errore, che è quello che tutto sommato ci permette di non sentirci accusati di qualche cosa ma anzi ci vede attivi nella rilevazione di situazioni rischiose all'interno della nostra unità operativa, e quindi ci gratifica questa capacità di individuare le situazioni o i processi che possono dare seguito ad un errore e ci permettono in questo modo di attivare parallelamente alla progettazione e all'esecuzione delle attività assistenziali anche dei progetti locali che possono intervenire a migliorare questi processi.

Tutto deve essere fatto alla luce delle evidenze scientifiche: quindi l'aggiornamento professionale deve essere un invito ad essere anche portatori di questo messaggio ai colleghi, in modo che si attivi questo processo: la presa di coscienza di sé.

Prima di governare o cambiare o modificare o ridurre i rischi all'interno di una struttura ospedaliera dobbiamo prima di tutto prendere coscienza di noi stessi, della nostra posizione professionale e della nostra capacità di intervenire in una condizione di prevenzione di rischio e quindi di riduzione della responsabilità professionale che oggi c'è, e non si può negare, perché esiste, dobbiamo prenderne coscienza e dobbiamo tutti insieme trovare gli strumenti per poterla gestire al meglio.

LA PREVENZIONE DELL'ERRORE

A. GIORDANO

Medico - Direttore Sanitario Aziendale AORN «Monaldi», Napoli

Innanzitutto vorrei ringraziare gli organizzatori di questo convegno che hanno avuto la sensibilità di invitare anche un direttore sanitario di azienda e di individuare me, per poter portare il saluto e la nostra esperienza in questo bellissimo evento, così ben organizzato, in un posto magnifico.

Il problema della presenza di un «gestionale» all'interno di questa tavola rotonda, per certi versi mi ha messo in una condizione di grande difficoltà.

Nelle tavole rotonde quando si incontrano esperienze di persone che non hanno avuto mai rapporti in precedenza, si corre sempre il rischio di dire tutti le medesime cose, o magari di porsi il problema di come affrontare la relazione, di come portare un'esperienza.

Il percorso che proporrò è quello di mostrare quello che sta accadendo nella nostra azienda.

Abbiamo nominato da circa un anno una commissione di Risk management, presieduta dal sottoscritto ma coordinata da un collega chirurgo che ha fatto precedentemente il capo dipartimento delle chirurgie. È composta da un medico della direzione sanitaria oltre a me, e da ben 7 infermieri, tra cui anche un collega di area critica.

Prima di tutto abbiamo pensato fosse necessario definire un percorso che potesse essere poi portato all'attenzione di tutti gli operatori: era necessario analizzare quello che è il problema del Risk management e poi individuare una serie di percorsi operativi, inizialmente soltanto teorici, ma che potessero rientrare in una migliore/maggiore operatività.

Gli eventi indesiderati in medicina costituiscono il problema del Risk management. Le cause sono di varia natura, e le vedremo successivamente, ma per poter andare avanti e migliorare la nostra qualità assistenziale, bisogna organizzarsi per individuare i meccanismi di prevenzione.

Il progetto di cui vi parlo è rivolto al nostro personale, quindi ha avuto la necessità di essere per certi versi organico, di far capire complessivamente qual è il tema di cui stiamo parlando.

La clinical governance è stata descritta per la prima volta nel libro bianco di Blair, nel momento in cui i laburisti sono tornati al potere nel Regno Unito. Blair aveva basato la sua campagna elettorale sulla riforma del sistema sanitario inglese, dopo 4 mesi di governo riuscì a promulgare la riforma in cui, tra le tante cose descritte in questo libro bianco, la cosa di maggiore interesse, la vera novità è stata la «clinical governance», cioè il governo della struttura.

Il Risk management può essere definito secondo alcuni autori come un complesso di procedure organizzate per identificare, valutare e ridurre, dove

possibile, i rischi dei pazienti, dei visitatori, dei dipendenti e di tutta l'organizzazione.

È una definizione che mi piace perché mette insieme tutti i vari aspetti del Risk management.

Nella sostanza identifica un programma finalizzato a ridurre l'incidenza di eventi indesiderati, preventivabili e la perdita economica che da essi ne deriva.

Lo strumento che si utilizza è un complesso di procedure: è un programma che è destinato ai pazienti, ai visitatori, ai dipendenti dell'azienda; e il metodo utilizzato è quello di identificare, avvalorare e ridurre i rischi. L'obiettivo finale è quello di ridurre l'incidenza di eventi indesiderati.

L'obiettivo indiretto è quello di ridurre la perdita economica che ne deriva. Perdonatemi se sottolineo l'aspetto economico, ma dal mio punto di vista, è un problema.

Dovremmo arrivare alla qualità, che è la somma del Risk management e della responsabilità professionale che si coniuga con la parola Clinical governance, che alla fine si pone il problema di offrire un prodotto di qualità, in senso di efficienza, di processi, non dimenticando mai quello che dice Donabedian (il padre della prima riforma sanitaria inglese), che amava finire i suoi testi, i suoi interventi con una frase che io ho stampato nella mente, che è: « non vi è nessuna forma di efficienza, senza efficacia clinica ».

Tenete presente che stiamo affrontando la questione in termini di processi, ma il nostro scopo è quello di produrre un risultato finale efficace per il paziente (termine improprio, ma ancora oggi si usa) e che non faccia correre dei rischi.

Quali sono i vantaggi del risk management?

- maggiore efficacia della programmazione,
- efficienza ed efficacia nell'erogazione delle prestazioni,
- efficienza ed efficacia allocazione delle risorse,
- standard di prestazioni orientate al cliente,
- standard di responsabilità, ecc.

(secondo la definizione dell'Australian Michigan standard).

Che cosa è il rischio? E il rischio di perdere cosa? Gli inglesi la definiscono «Loss» = perdita, e il management si inserisce nel tentare di ridurre il rischio di perdere la «Loss», attraverso situazioni, comportamenti e procedure.

La definizione in italiano è la perdita di qualcosa per sempre: denaro perso dall'organizzazione, svantaggio causato dall'asportazione di qualcosa di utile; e comporta una lesione, un danno, un risarcimento.

Le potenziali occasioni di «loss» sono le perdite economiche conseguenti ad azioni legali e reclami, danni ad attrezzature ed immobili, incidenti, lesioni, malattie, morte di persone, danno dell'immagine aziendale o della reputazione professionale.

Il primo obiettivo del Risk management è il tentare di ridurre il rischio di denuncia, o meglio tendere ad assumere un comportamento che è valutato ineccepibile, perché altrimenti la denuncia porta ad un processo ed eventualmente ad un altro rischio.

Come ci si deve muovere nel Risk management? Individuando innanzitut-

to il Risk identification = un processo di identificazione, situazione, comportamenti e procedure che possono potenzialmente portare ad una «loss».

Le fonti della Risk identification sono: la sicurezza dell'ambiente e delle attrezzature, percorso per il controllo delle infezioni, programmi di miglioramento della qualità delle procedure, sorveglianza del grado di soddisfazione dei reclami, eventi avversi, management e leadership.

Le criticità sono gli eventi indesiderati. Come possiamo tentare di ridurre questi ultimi? Attraverso l'identificazione dei rischi, perché se non identifichiamo i rischi non abbiamo nessuna modalità di agire.

I rischi sono quelli correlati all'utente, con le attività finalizzate alle cure del paziente, riservatezza dei dati personali e sensibili del paziente, informazione e consenso.

Per quanto riguarda il consenso, la legge dice che deve essere informato, perché non basta far firmare una persona, bisogna parlare con questa, spiegare qual è il problema, farglielo capire e accertarsi che abbia compreso, tenendo presente un fatto: il paziente il consenso lo firma perché si trova in una condizione di debolezza, sa che deve accettare quello che gli operatori in una qualche maniera gli devono somministrare, o deve andarsene. Questo non è consenso, ma una forma di ricatto psichico per cui alla fine il ruolo di tutti gli infermieri, è quello di tranquillizzare, di spiegare, di far capire, di informare.

La documentazione è uno dei problemi più grossi del risk management, sulla cartella clinica e sulla documentazione approfondirò in seguito.

I rischi correlati all'azienda sono i miglioramenti della qualità, accreditamento estensionale, livelli di assistenza e i gradi di specializzazione.

I rischi correlati ai dipendenti sono la sicurezza negli ambienti di lavoro, violazione dei diritti civili, mobbing e molestie sessuali.

Altri rischi sono i disastri naturali, ecc.

Come identifichiamo i rischi? Attraverso eventi sentinella, per formare un «incident reporting», attraverso una formazione di una migliore informazione e consenso, con la cartella clinica e con le linee guida.

Gli eventi sentinella sono rivelatori della grave criticità del sistema. Non ne ho descritti tanti perché mi pare che dipendano anche dal tipo di attività che si fa.

In area critica troviamo: le procedure chirurgiche sbagliate eseguite su parti anatomiche, danni neurologici riconducibili ad anestesia spinale, suicidio del paziente durante la degenza, ritenzione in sede di intervento chirurgico di strumenti e materiali che richiedono il reintervento oltre le procedure chirurgiche, la morte del paziente riconducibile ad una inadeguata somministrazione di farmaci, l'embolia gassosa, reazione emolitiche da incompatibilità trasfusionale, ipossia cerebrale in corso di anestesia, la morte o danno severo nella donna gravida associata al travaglio o al parto, dimissione del neonato con l'affidamento alla famiglia sbagliata.

Questi eventi sentinella sono stati individuati dall'Australian Council.

L'incident reporting è una metodica standardizzata di segnalazione spontanea di eventi indesiderati finalizzata alla rilevazione della criticità del sistema o delle procedure. Su questo bisogna intervenire.

Il medico legale era intervenuto e ha detto molto a riguardo di questo argomento: c'è una nostra resistenza spaventosa («i panni sporchi si lavano in famiglia»), perché le cose non si dicono, si tendono di evitare. E dall'altra parte ci si chiede: «perché dovrei segnalare un incidente?». Infatti il minimo che possa capitare è andare di fronte ad una commissione disciplinare, ad una indagine.

Ma bisogna capire questo: fin tanto che esiste un meccanismo di tipo punitivo, sarà impossibile immaginare un «incident reporting».

Su quest'ultimo bisogna ragionare molto e bisogna prima di tutto garantire l'impunità a chi ha la sensibilità di segnalarlo.

Questo non significa utilizzare una serie di procedure e sanzioni, ma il fatto che una persona ha individuato un incidente e lo segnala, significa che dentro di sé è molto motivata e specialmente se segnala un proprio incidente. Meno bene se segnala un incidente altrui, perché prende le caratteristiche della denuncia e non più di incident reporting.

L'incident reporting lo dobbiamo dividere in 3 grossi gruppi:

- gli eventi avversi,
- gli eventi che invece hanno procedure potenzialmente lesive, ma non hanno causato danno,
- le procedure potenzialmente lesive interrotte prima che si concretizzi il danno.

Parlare di eventi avversi è già grave, perché il danno si è già verificato; lavorare sul risk management vuol dire lavorare su procedure che non hanno causato danno e sono procedure interrotte prima che si concretizzi il danno.

Il nostro scopo è lavorare su questo per impedire che l'evento avverso accada.

Ancora di più lavorare sui near miss perché sono questi i veri problemi.

L'incident reporting deve essere effettuato con la riservatezza della segnalazione, senza sanzioni disciplinari: solo da 5-30% degli eventi che dovrebbero essere segnalati, vengono fatti.

Questo concetto del risk management viene rappresentato come la punta dell'iceberg, ma tutto quello che accade è la base, che sta sotto che è enormemente più grande.

È per questo che dobbiamo cercare di vincere la nostra diffidenza segnalando gli eventi avversi, in modo che si riesca ad innescare delle procedure gestionali che possano migliorare in una qualche maniera la qualità del servizio e ridurre tutti gli eventi avversi o gli eventi che non hanno ancora causato un danno.

La riservatezza è pertanto fondamentale: il report non deve essere inserito nella cartella clinica o in documenti destinati all'utente.

Per quanto riguarda la responsabilità deve essere garantita l'impunità dell'estensore.

Questi 2 concetti sono stati definiti anche dal garante della privacy e dal buon senso.

L'informazione-consenso deve essere comprensibile in relazione al livello culturale del paziente: non abbiate vergogna e non abbiate preoccupazione se il paziente è anziano, difficile, di scarso livello culturale: parlategli in dialetto,

come sa capire, perché l'informazione deve essere completa, circa gli effetti collaterali indesiderati.

Su questo punto vorrei raccontare un'esperienza sulla descrizione degli effetti indesiderati, che non può essere un fatto aritmetico: non si può informare il paziente dicendogli che l'intervento che subirà gli «darà l'x percentuale di morte», questo è atroce, perché noi dobbiamo farci capire, dobbiamo riferire anche la pericolosità dell'intervento, però dobbiamo utilizzare le strade più corrette per poter rappresentare queste cose. Perché una bella scheda che ci fa la sommatoria del rischio probabile, specialmente in taluni tipi di intervento ad elevato rischio dove già la preoccupazione del paziente è alta, abbatte ancora di più la persona che lo deve subire.

Facciamo molta attenzione. Con la logica e la completezza dell'informazione non dobbiamo diventare dei cinici segnalatori aritmetici di una serie di eventi, che devono essere descritti, ma dobbiamo utilizzare il tempo necessario: nell'informazione, la risorsa fondamentale è il tempo, altrimenti non è un'informazione.

Forse è il nostro grande errore: la medicina basata sulla quantità numerica dei processi, che la fa diventare disumana in certi momenti, completa degli effetti indesiderati, eventuali ipotesi alternative, possibili conseguenze di un rifiuto, partecipativa cioè con gli aspetti psicologici del rapporto medico-paziente o infermiere-paziente.

Il consenso determina un atto giuridico che consente la liceità dell'intervento e necessita una comunicazione. Su quest'ultimo punto, noi stiamo proponendo di fare dei seminari specifici, in tema di informazione-consenso, perché crediamo che questo sia uno dei punti veramente importanti.

La cartella clinica. La finalità della cartella clinica ha molto in comune con l'interesse del medico e del personale infermieristico.

Il discorso va un po' più nel dettaglio quando per le finalità bisogna valutare anche il tema della responsabilità professionalità del medico, dell'ospedale e oserei anche dire dell'infermiere.

Quindi dobbiamo vedere il controllo delle infezioni ospedaliere, le analisi dei costi, ecc.

Le anomalie più frequenti nella cartella clinica sono: scarsa leggibilità, abbreviazioni improprie, omissioni, generalizzazioni, frasi positive o negative, annotazioni postume, ecc.

La scarsa leggibilità è una delle cose che maggiormente ci rimprovera la magistratura.

Per quanto riguarda le omissioni: la cartella fa fede di vero fino a prova contraria: tutto quello che non è scritto in cartella non esiste, non è stato fatto.

Le linee guida comportano vantaggi: sono gli strumenti per ridurre il risk management, perché determinano l'omogeneità dei comportamenti da tenere in determinati momenti e facilita la verifica dell'out come; ma comportano anche degli svantaggi: riduzione dell'autonomia decisionale del medico, descrizione del pensiero medico logico di routine, introduzione della medicina difensiva.

La linea guida ci offre una standardizzazione del processo: ci garantisce di poter offrire quello che attualmente è il pensiero dominante in medicina. La riduzione della medicina difensiva e la riduzione della creatività per il professionista sono un grosso problema, ma in nome di questa riduttività e in nome della scienza e coscienza sono state commesse tante cose.

La colpa professionale è una valutazione a cui si può arrivare sulla base delle linee guida nel momento in cui le linee guida sono state per certi versi validate all'interno della struttura e poi successivamente motivate: nel momento in cui sono state fatte (sulla base di dati certi), l'eventuale non rispetto deve essere motivato.

L'ipotesi di colpa professionale sulla base delle ipotesi di teoria accreditate, si devono valutare sulla base delle linee guida.

Qual è l'identificazione delle ipotesi percorribili *ex ante*: si devono tenere comportamenti coerenti con le linee guida e quindi validità dell'uso delle medesime oppure un comportamento non coerente con le linee guida.

Questo ci comporta una inadeguatezza dell'uso abusatorio di queste: in qualche caso il comportamento non coerente con le linee guida espone di più, ma se esistessero gli estremi che possono essere motivati adeguatamente non è sbagliato approfondirle.

L'analisi dei rischi. È prima di tutto l'analisi delle cause, che risulta indispensabile per studiare gli eventi avversi, che non hanno provocato danno e quelli che sono stati bloccati in tempo. Si focalizza non tanto sulla performance dei dipendenti, ma sul sistema e sui processi.

La mappa delle aree critiche sono le analisi dei singoli eventi indesiderati e l'analisi dell'organizzazione aziendale.

Il risk control è acquisire conoscenze sulla definizione di rischio, conoscere la classificazione degli eventi sentinella e degli eventi avversi, imparare la mappatura dei rischi, imparare a monitorare gli eventi a rischio, imparare a collaborare circa le modalità di segnalazione degli eventi avversi, imparare le cause degli eventi indesiderati.

Ma la vera soluzione è imparare a identificare i correttivi organizzativi clinici inerenti ai processi di comunicazione nell'applicare un piano di gestione del rischio nella propria realtà operativa.

Alla fine per il rischio finanziario che cosa si tende a fare? Trasferire ad altri il lavoro economico del rischio e a trasferire la gestione del rischio.

Su queste cose dovremmo in qualche modo riflettere tutti quanti insieme e probabilmente non è semplice la strada di trasferire ad altri la gestione del rischio economico e di responsabilità perché in ogni caso ci sembrerà impossibile, ma il vero problema è tentare di costruire, per ogni singolo aspetto, delle procedure che ci consentano di portare avanti una politica di riduzione del rischio. Questo potrebbe essere un progetto su cui poter lavorare analiticamente nelle varie realtà lavorative.

SEZIONE POSTER

La gestione delle Maxiemergenze in Ospedale

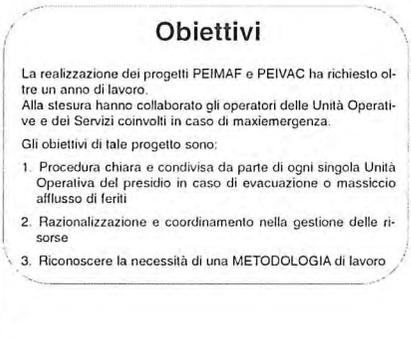
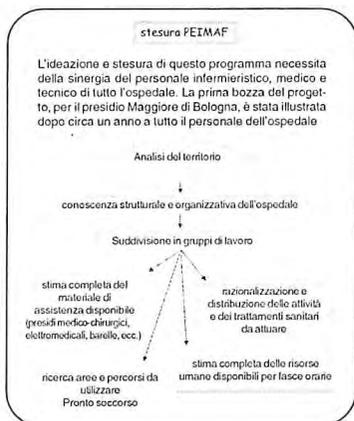
F. CANDIDO, A. MONESI, P. FERRARI, S. BADIALI

con la collaborazione del gruppo infermieristico Medicina delle Catastrofi Bologna

PEIMAF
 Piano di emergenza
 afflusso di feriti



PEIVAC
 Piano di emergenza
 per evacuazione



Il PEIMAF è stato testato durante gli incidenti ferroviari di Casalecchio e Crevalcore. Per quanto riguarda la verifica del PEIVAC del presidio si è provveduto alla valutazione critica della simulazione effettuata presso l'ospedale Maggiore.

Collisione ferroviaria Crevalcore (BO): 17 morti 86 feriti
 Non è stato necessario utilizzare il piano in quanto i pazienti giunti presso il P.S. dell'Ospedale Maggiore furono solo tre. L'unità operativa di Rianimazione del presidio stesso è stata in grado di rendere operativo il PEIMAF entro 14', portando i posti letto disponibili da 10 a 16.



Eventi che necessitano l'attivazione di un PEIVAC:

- Cedimento strutturale
- Eventi tecnici
- Infestazione
- Black-Out
- Trasloco
- Incendio



Incidente ferroviario Casalecchio (BO): 150 feriti
 - PEIMAF operativo entro 20 primi.
 - Il primo paziente giunge in PS dopo 30' dall'evento
 - Si è provveduto all'utilizzo dei kit paziente.
 - Numero dei pazienti trattati O. Maggiore n. 65.

Elementi necessari

1. *Necessità di avere già predisposti percorsi di afflusso feriti presso le aree deputate.*
2. *Condivisione con tutto il personale del progetto.*
3. *Necessità di ausili specifici (braccialetti, schede, kit) di uso comune.*
4. *Utilizzo di action card.*

La verifica del PEIVAC avvenuta nell'ambito della simulazione per evento non convenzionale (NBCR) presso l'ospedale Maggiore di Bologna, l'8/6/2005, ha evidenziato le seguenti criticità:

1. *Necessità di una suddivisione chiara delle attività durante l'installazione delle unità campali.*
2. *Operatività del Posto Medico Avanzato entro 13' dall'allarme.*
3. *Necessità di formazione del personale operativo in relazione al montaggio delle unità campali di soccorso.*

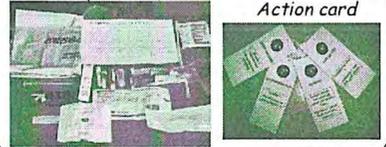
Presidi utilizzati nel PEIMAF e PEIVAC:bracciali
codice
colore

casacche



Kit paziente

Action card

**Allarme**

*Attivazione Peimaf
o Peivac Distribuzione
Action card*

**Installazione
Unità campale**

*Per informazioni:
sandromonesi@libero.it
www.conferencenecatastrofi.it*



Azienda USL di Bologna
Gestione Emergenza Cantieri Alta Velocità e Variante di Valico
Coordinatore infermieristico Marco Vigna

Approccio all'NBCR nella provincia di Bologna

M. Izzi, S. Musolesi – U.O. 118 GECAV AUSL Bologna
A. Monesi – Rianimazione Osp.le Maggiore AUSL Bologna

MEDICAL PRACTICE

Hospital preparedness for chemical and biological incidents in Hong Kong

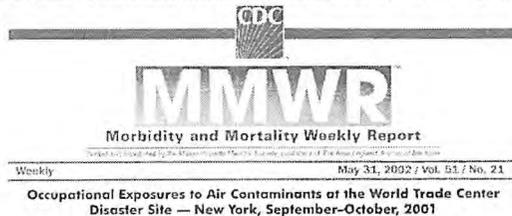
香港醫院應付生化事件的準備



Characteristics of Hazardous Material Spills from Reporting Systems in California

GARY M. SHAW, MPH, GAYLE C. WINDHAM, MSPH, ALVIN LEONARD, MD, MPH,
AND RAYMOND R. NEUFER, MD, DRPH

Abstract: Data on hazardous material releases that occurred between January 1, 1982 and September 30, 1983 in California were obtained from the California Highway Patrol (CHP) and the US Department of Transportation (DOT). The majority of incidents involved highway transport of hazardous materials, although some information was available on air, rail, and stationary facility releases. Vehicle accidents and failure of or damage to the container were the most frequent causes of releases. Proportionately more hazardous materials incidents occurred in early summer than at other times of the year, during weekdays, and daytime hours. The largest proportions of incidents involved the chemical categories of corrosives and fuels. Reported exposures and injuries to response personnel and other people at the scene were relatively few; no fatalities were reported. Few incidents were reported in both data sources, suggesting that the examination of only one data source would yield a gross underestimate of the total number of hazardous materials incidents in California. The lack of available denominator data limits the interpretation of the findings. (*Am J Public Health* 1986; 76:540-543).



Occupational Exposures to Air Contaminants at the World Trade Center Disaster Site — New York, September–October, 2001

Amid concerns about the fires and suspected presence of toxic materials in the rubble pile following the collapse of the World Trade Center (WTC) buildings on September 11, 2001, the New York City Department of Health (NYCDOH) asked CDC for assistance in evaluating occupational exposures at the site. CDC's National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) collected general area (GA) and personal breathing zone (PBZ) air samples for numerous potential air contaminants. This report summarizes the results of the assessment, which indicate that most exposures, including asbestos, did not exceed NIOSH recommended exposure limits (RELs) or Occupational Safety and Health Administration (OSHA) permissible exposure limits (PELs) (1,2). One torch cutter was overexposed to cadmium; another worker was overexposed to carbon monoxide (CO) while cutting metal beams with an oxyacetylene torch or a gasoline-powered saw, and two more were possibly overexposed to CO. NIOSH recommended that workers ensure adequate on-site ventilation when using gas-powered equipment and use rechargeable, battery-powered equipment when possible.

Toxic substances of concern included asbestos (from insulation and fireproofing materials), concrete (made from Portland cement and used in the buildings' construction) and the crystalline silica it contained, CO (from fires and engine exhaust), diesel exhaust (from vehicles and equipment), mercury (from fluorescent lights), chlorodifluoromethane (Freon™-22, from air conditioning systems), heavy metals (from building materials), hydrogen sulfide (from sewers, anaerobically decomposing bodies, and spoiled food), inorganic acids, volatile organic compounds (VOCs), and polynuclear aromatic hydrocarbons (PAHs) (from fires and engine exhaust). Environmental sampling during September 18–October 4 focused on search-and-rescue personnel, heavy equipment operators, and workers cutting metal beams (Figure 1) but also included various other occupations. A total of 1,174 air samples was collected, including 804 for asbestos. NYCDOH contractors collected most of the asbestos samples; NIOSH personnel collected all other samples. In addition, NIOSH collected 33 bulk samples of dust, debris, and other materials.

FIGURE 1. A worker clears rubble at the World Trade Center disaster site using an oxyacetylene torch



Photo/National Institute for Occupational Safety and Health

INSIDE

- 456 State-Specific Trends in Self-Reported Blood Pressure Screening and High Blood Pressure - United States, 1991-1999
- 460 Nonfatal Physical Assault-Related Injuries Treated in Hospital Emergency Departments - United States, 2000



Non si deve pensare che l'evento non convenzionale NBCR (nucleare, batteriologico, chimico, radiologico) sia legato solamente ad atti terroristici; in tutto il mondo vi sono enti privati o militari che producono, trattano, trasportano, conservano materiali tossici, corrosivi, infiammabili od esplosivi. Pertanto i sistemi di soccorso devono essere pronti a gestire questi eventi con personale ben addestrato ed equipaggiato affinché possa operare in sicurezza.

Il servizio GECAV (Gestione Emergenza Cantieri Alta Velocità e Variante di Valico) nasce nell'estate del 1996 come potenziamento del Servizio di Emergenza-Urgenza preospedaliera per affrontare la nuova esigenza di garantire il soccorso sanitario sia ai residenti nel territorio sia ai lavoratori addetti alla costruzione della linea ferroviaria alta velocità Bologna-Firenze e successivamente della Variante di Valico Autostradale.

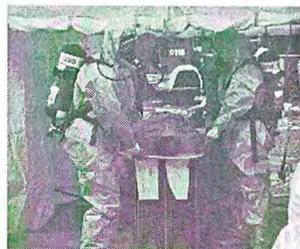
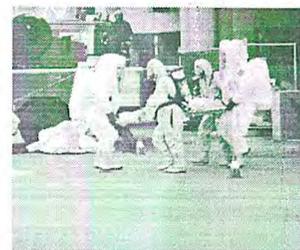
Attualmente il servizio GECAV rientra nel programma ministeriale di "difesa civile", in quanto, nell'ultimo decennio, ha acquisito competenze nell'addestrare personale che opera in ambienti confinati quali le gallerie, dove esiste il rischio di esplosioni o di contatto con sostanze chimiche oppure dove l'aria può non essere respirabile e richiedere l'utilizzo di autorespiratori.

Il personale infermieristico che presta servizio al GECAV frequenta, oltre i normali corsi previsti per lavorare in area critica (BLSD, PTC, ALS, ecc), un percorso formativo specifico. Tale percorso, pensato in primo luogo per garantire la sicurezza nei cantieri di lavoro, è tale da potere fronteggiare anche il manifestarsi di eventi non convenzionali.

L'addestramento infatti comprende:

- utilizzo di mezzi speciali di **autoprotezione** (caschi, tute, autoprotettori, autorespiratori, ecc);
- conoscenza di **tecniche alpinistiche**, per il soccorso in terreni con forti pendenze;
- apprendimento di tecniche atte alla gestione dello stress, attraverso l'uso della **camera fumi**, dove si ricreano condizioni di aria non respirabile ed ambiente impervio saturo di fumo ed ostacoli.

L'approccio formativo all'NBCR deve pertanto seguire un percorso scientifico che parta dalla ricerca per analizzare ed inquadrare il problema. Le procedure devono essere condivise da tutti gli operatori coinvolti (personale sanitario, vigili del fuoco, forze dell'ordine, ecc). L'addestramento deve garantire l'acquisizione delle necessarie competenze attraverso percorsi di valutazione all'interno del Gecav (codice alpha) o test di gruppo, com'è avvenuto in occasione della simulazione NBCR presso l'Ospedale Maggiore di Bologna l'8 giugno 2005.



MAJOR INCIDENT MEDICAL MANAGEMENT AND SUPPORT (MIMMS)

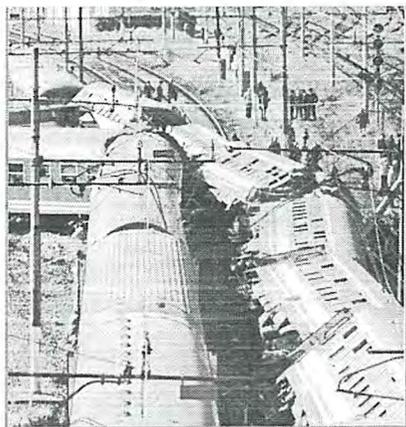
G. MARCIANESI CASADEI
S. FULVIO

Infermiera ARES 118 Roma
Medico Aeronautica Militare Roma

Incidente maggiore (maxiemergenza): qualsiasi incidente in cui la collocazione, il numero, la gravità o il tipo dei feriti ancora vivi richieda l'utilizzo di risorse e/o procedure straordinarie

L'attuale situazione italiana mostra una completa eterogeneità nell'approccio sistemico degli eventi di emergenza maggiori. Un **incidente maggiore** evento assolutamente imprevedibile per quanto riguarda localizzazione, danni e risorse da utilizzare impone un approccio il più sistematico e strutturato possibile. Alcuni paesi europei, non ultima la Gran Bretagna che nel mese di luglio è stata al centro di un evento terroristico, hanno adottato sistemi di gestione degli eventi maggiori che condivisi a livello nazionale attualmente garantiscono una risposta efficace.

Il **sistema qui presentato** non rappresenta una scoperta unica e strabiliante ma traduce l'esperienza di professionisti, da anni impegnati in questo difficile campo, nell'elaborazione di una serie di procedure standardizzate che permettono l'ottimizzazione delle risorse, sia umane che materiali, impegnate in un teatro la cui gestione sarebbe altrimenti problematica.



La **condivisione** dello stesso metodo ai diversi livelli di intervento (Polizia, 118, VVF, FA, etc) permetterebbe di parlare una stessa lingua «operativa» e permetterebbe di dare una risposta d'azione valida e efficace all'azione sulla scena.

Le possibili strategie risolutive potrebbero essere individuate nel necessario rispetto e mantenimento delle competenze di settore e di area dei diversi organismi ciò sarebbe possibile unificando la metodologia d'intervento adottando uno **STANDARD NAZIONALE**. Ciò consentirebbe omogeneità procedurale d'intervento indipendentemente dalle diverse competenze permettendo di mantenere la specifica professionalità e mandato istituzionale di ognuna delle forze impegnate.

Il **MIMMS** deve essere considerato come standard metodologico per la gestione della **maxi emergenza** di eventi di incidenti maggiori.

Già applicato come standard nazionale per la gestione della maxi-emergenza in: Olanda, GB, Svezia, Irlanda, Giappone e Australia.

- È uno standard internazionale.
- È uno standard nazionale per l'A.M. in Italia.
- È uno standard NATO.
- È un metodo sperimentato sul campo che ha dato eccellenti risultati (vedi fatti di Londra luglio 2005).



- Flessibile ed applicabile (indipendentemente dal tipo e dall'entità della maxi emergenza).
- Non risente di fattori locali/nazionali/trans-nazionali.
- Linearità nell'applicazione del metodo e riproducibilità operativa.
- Applicabilità ad ogni tipo di servizio d'emergenza.

Il sistema MIMMS affronta il problema Maxiemergenza in tre successive fasi applicative: la Preparazione, la Risposta Strutturata, il Recupero.

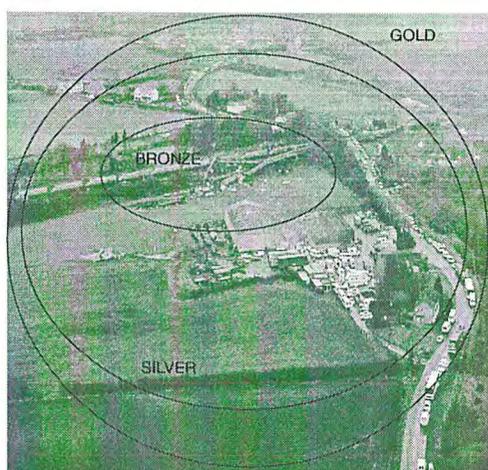
PREPARAZIONE

Ridurre il CAOS di una MAXI Emergenza a moderata confusione. In altro senso si potrebbe esprimere che rinunciare a pianificare equivale a pianificare una rinuncia.

- Conoscere la MAPPA del RISCHIO del territorio di competenza.
- Standardizzare e mantenere predisposti ed efficienti gli equipaggiamenti che gli operatori utilizzeranno nelle attività.
- Non duplicare gli equipaggiamenti (ad esempio distinguere in materiale utile sulla scena, nel PMA e sulle ambulanze).
- Standardizzare formazione ed addestramento periodico sia del personale sanitario e non sanitario coinvolto nella gestione delle maxi emergenze simulate.



RISPOSTA STRUTTURATA



Command & Control	C2
Safety (1-2-3)	Sicurezza
Communication	Comunicazione
Assesment	Valutazione
Triage	Triage
Treatment	Trattamento
Transport	Trasporto

RECUPERO

I Direttori delle varie componenti sono anche responsabili del recupero psicofisico e tecnico del personale impiegato nell'evento, affrontabile con tecniche di **DEBRIEFING** (discussione di gruppo su aspetti tecnici) e **DEFUSING** (affrontare i problemi di carattere emozionale e di fatica operativa).



Il Major Incident Medica Management and Support (MIMMS) è un corso di tre giorni per medici, infermieri e componenti dei servizi di emergenza extraospedaliera che ha lo scopo di insegnare al personale del SSN un metodo di approccio sistematico. È stato anche usato per addestrare responsabili della pianificazione di emergenze, componenti della polizia, dei Vigili del Fuoco, delle forze armate e/o coloro che potrebbero trarre beneficio dalla comprensione del sistema.

Valutazione di un nuovo device per la diagnosi di ritenzione di secrezioni bronchiali

A. Lucchini, E. Asnaghi, V. Doni, Celotto S., Casiraghi A., De Felippis C., Costanzo A., Chinello V., S. Del Cotto, G. Foti
Terapia Intensiva generale - Azienda Ospedaliera San Gerardo, Monza - pubblicita@unimib.it



INTRODUZIONE : abbiamo valutato la specificità /sensibilità di un nuovo dispositivo (TBA care) nella diagnosi precoce di ritenzione di secrezioni bronchiali

Materiali e metodi

La broncoaspirazione del paziente ventilato invasivamente è una procedura terapeutica effettuata dagli infermieri in base alla diagnosi di "incapacità a rimuovere secrezioni bronchiali presenti nell'albero respiratorio" (1).

Le indicazioni alla broncoaspirazione presenti in letteratura (2-3-4) utilizzano come indicatori per la broncoaspirazione :

➤ il deterioramento delle condizioni del paziente , espresso dall'esame obiettivo del paziente o dai dati di monitoraggio dei parametri vitali (1)

➤ l'uso delle curve flusso/volume per il "detecting" delle secrezioni nei pazienti dipendenti da ventilatore (5)

Tutti i metodi usati per rilevare la presenza o l'assenza di secrezioni, la valutazione dei segni clinici, suoni polmonari, curve flusso/volume, ecc., si basano sull'aggravamento delle condizioni di un paziente e possono considerarsi tardivi.

La valutazione clinica è inadeguata in quanto a sensibilità e a specificità se paragonata all'analisi delle curve flusso/volume e può essere influenzata dal livello di educazione e conoscenza dell'operatore e dal rapporto numero operatore/paziente, meglio indicato come "carico di lavoro".

Gli interventi di routine, considerati una pratica sicura possono sottoporre il paziente senza secrezioni ad aspirazioni non necessarie ma possono essere più sicure in quei pazienti che richiedono un'aspirazione più frequente rispetto a quello stabilito dalla routine. (6-7)

Il nuovo device che abbiamo testato ha come finalità la capacità di fornire dati oggettivi per la diagnosi precoce di ritenzione di secrezioni bronchiali. Per verificarne la sensibilità/ specificità abbiamo campionato 500 broncoaspirazioni effettuate in pazienti intubati e ventilati collegati al dispositivo.

Caratteristiche del dispositivo TBA Care® :

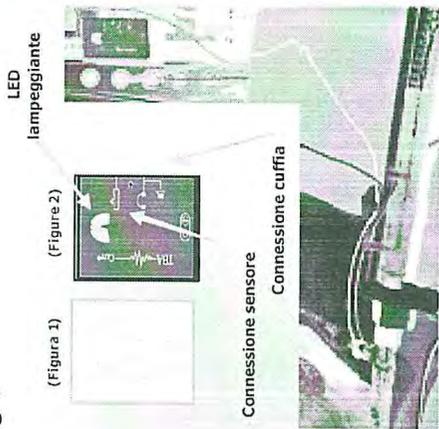
Il dispositivo monitorizza il livello sonoro delle secrezioni tracheobronchiali, riconoscendo l'ampiezza delle secrezioni quando queste sono presenti nelle vie aeree. Il microfono per l'acquisizione del segnale è collegato al paziente tramite un raccordo Maschio /femmina passo 15 posizionato tra il tubo orotracheale e la Y del circuito ventilatorio. (Fig. 1).

Nel momento in cui il paziente inizia a ritenere le secrezioni bronchiali, il dispositivo avverte gli operatori tramite un allarme sonoro e visivo che aumenta di intensità proporzionalmente all'aumento del relativo segnale. (Fig. 2).

E' possibile anche l'ascoltazione diretta dei suoni polmonari grazie alla presenza di cuffie stereo a disposizione degli operatori

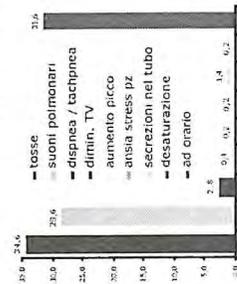
Raccolta dati

500 pazienti con via aerea artificiale ventilati con ventilatore (Evita 4,XI, Servo I). In tutti i pazienti è stato posizionato il device. Gli infermieri hanno broncoaspirato i pazienti in base elaborando la diagnosi di ritenzione in base alle proprie esperienze, o con interventi prefissati ad orario (almeno una broncoaspirazione per turno). Sono state registrate le indicazioni alla broncoaspirazione, le complicanze legate alla manovra, le sequenze di aspirazione e la relativa tecnica (esempio sequenza con circuito chiuso ripetuta 2 volte = C+C), la quantità media di secrezioni rimosse. Al termine della manovra si è registrato il quanto segnalato dal TBA care indicando se lo strumento avesse fornito un segnale identificabile in Vero Positivo (lo strumento segnala la presenza di secrezioni e queste sono presenti), Vero Negativo (segnale assente / secrezioni assenti), Falso positivo (segnale presente / secrezioni assenti), Falso negativo (segnale assente / secrezioni presenti).

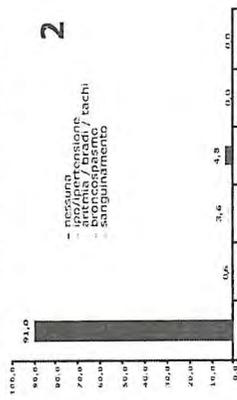


I risultati sono espressi in percentuale sul campione analizzato di 500 aspirazioni con paziente collegato al dispositivo TBA care. Aspirazioni con sistema chiuso : 484 (93,6 %) - Aspirazioni con sistema aperto : 16 (6,4 %)

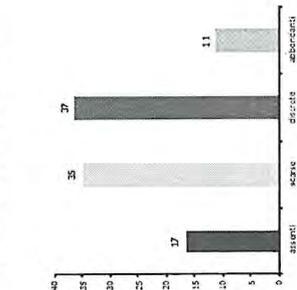
Indicazioni alla broncoaspirazione



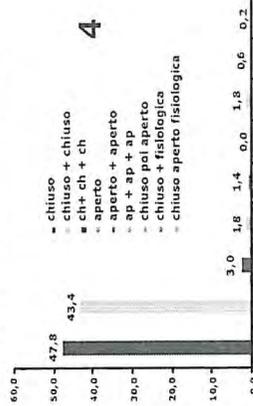
Complicanze indotte dalla manovra



Quantità di secrezioni rimosse

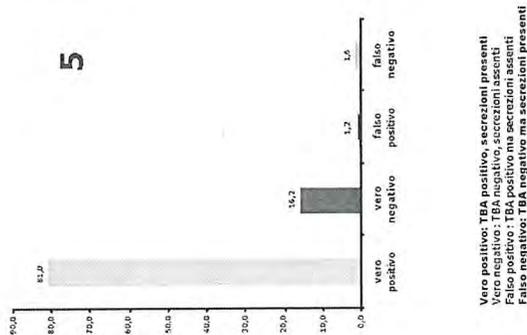


Sequenze di broncoaspirazione



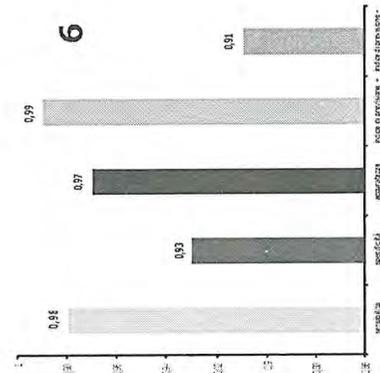
La sequenza di chiusura più frequente è costituita da aspirazione necessaria per ottenere un'adeguata rimozione delle secrezioni bronchiali. Chiama l'attenzione il fatto che il 3,0% delle aspirazioni di chiusura non è stata seguita da un'aspirazione aperta. Chiuso non è stato il grado di defibrinazione durante l'effluvio delle secrezioni e quindi il grado di broncoaspirazione aperta.

Analisi TBA care



Vero positivo: TBA positivo, secrezioni presenti
Falso positivo: TBA negativo, secrezioni assenti
Vero negativo: TBA positivo ma secrezioni assenti
Falso negativo: TBA negativo ma secrezioni presenti

Sensibilità/Specificità TBA care



Sensibilità: su 100 pazienti con secrezioni il TBA suona 98 volte (capacità di riconoscere nel paziente malato la presenza di malattia)

Specificità: su 100 pz. senza ritenzione di secrezioni il TBA non suona in 93 pz. (capacità di riconoscere l'assenza di malattia nel soggetto sano)

Accuratezza: quantità di diagnosi corrette

Indice di previsione positiva: di un test è la probabilità che la malattia sia presente in caso di test positivo

Indice di previsione negativa: probabilità che la malattia sia assente in caso di test negativo

Conclusioni

Il dispositivo TBA care ha dimostrato una specificità/sensibilità elevata nella diagnosi di ritenzione di secrezioni bronchiali (Grafico 5/6). Lo studio ha permesso di evidenziare come attualmente 1/3 delle broncoaspirazioni venga effettuato ad orario (1) e di queste il 50 % sono state effettuate senza rimozione di secrezioni. Lo studio ha evidenziato anche come l'utilizzo del sistema chiuso richieda nel 45% dell'utilizzo, due sequenze di aspirazione per ottenere un adeguato cleaning delle vie aeree(4) . Vista l'attendibilità dello strumento nel diagnosticare la presenza di secrezioni e la sua precocità rispetto ad altri indicatori utilizzati attualmente (grafico 1), è nostra intenzione investigare se la possibilità di diagnosi precoce di ritenzione di secrezioni possa portare benefici maggiori all'andamento clinico del paziente. Attualmente il dispositivo rappresenta un aiuto oggettivo importante per identificare quando broncoaspirare un paziente.

1) NANDA Nursing Diagnoses 2001-2002; 2) Endotracheal suctioning: a literature review. - Wood C.J. Intensive Crit Care Nurs. 1998 Jun; 14(3):124-36; 3) How frequently should endotracheal suctioning be undertaken? - Carol L. Simmons, American Journal of Critical Care January 1997; Volume 6 No 1; 4) Clinical signs associated with the amount of tracheobronchial secretions. - Amborn SA. Nurs Res. 1976 Mar-Apr; 25 (2):121-6; 5) Use of flow-volume curves in detecting secretions in ventilator-dependent patients. Jubran A, Tobin MJ Am J Respir Crit Care Med. 1994 Sep; 150(3):766-9; 6) Can nurses safely assess the need for endotracheal suction in short-term ventilated patients, instead of using routine techniques? Wood C.J Intensive Crit Care Nurs. 1998 Aug;14(4):170-8; 7) La Broncoaspirazione, una diagnosi infermieristica? Jacopo Comanducci, Tuscany Nursing Tuscany Critical Care Group, Firenze 12 maggio 2000.

Il trasporto del paziente critico : 15 anni di esperienza a Monza



A. Lucchini¹, D. Brambilla², R. Gariboldi³, L. Lazzaruzzi⁴, M. Martino⁵, F. Tremolada⁶, S. Villa⁷, M. Sacco⁸, L. Aliprandi, I. Monti⁹
 1 Terapia Intensiva generale, # Ingegneria Clinica - Azienda Ospedaliera San Gerardo, Monza -

INTRODUZIONE : la nostra unità operativa dal 1990 ha la possibilità di effettuare trattamenti di supporto respiratorio extracorporeo (ECLA, PECLA, ECCO2 removal, ECMO). Inizialmente questi pazienti erano definiti intrasportabili. L'evoluzione delle tecniche di diagnostica radiologica e la valutazione del rapporto costo/beneficio riferito ai vantaggi clinici, ci hanno spinto ad ideare un sistema di trasporto che ci permettesse di trasportare sia all'interno che all'esterno dell'ospedale, pazienti ritenuti fino ad una decina di anni fa non mobilizzabili.

Materiali e metodi

Preparazione tecnico - meccanica del paziente :
 Posizionamento traumatico del paziente : Per ridurre i tempi di stazionamento in diagnostica e per standardizzare il sistema di trasporto, abbiamo deciso di utilizzare per la maggior parte dei trasporti una barella rigida radiocontrollabile. Associate a queste barelle le ditte presenti sul mercato offrono la possibilità di acquistare accessori da applicare sopra le barelle per Positare le apparecchiature elettroniche necessarie durante il trasporto (fig. 1). Il paziente viene sollevato in asse e posizionato sulla tavola spinale. Questi supporti hanno la peculiarità di offrire anche diverse alimentazioni elettriche a 220 V, collegate ad un unica presa (nel rispetto del D.Lgs 467/90 e seguenti), così da semplificare i collegamenti delle apparecchiature. Inoltre questi sistemi offrono un'unica alimentazione gas con possibilità di collegamento di diverse fonti di ossigeno (ventilatore+ambu ecc...). Grazie a delle apposite cinghie velcrate, il paziente viene immobilizzato sulla barella. Prima del posizionamento di quest'ultima, se necessario fissiamo il rachide cervicale con gli appositi collari. Per mantenere un adeguato drenaggio venoso cerebrale e per prevenire rischi di ab-ingestis, posizioniamo poi il paziente in lieve posizione antidecubito. L'utilizzo di queste soluzioni permette di garantire agli operatori uno spostamento del paziente nel rispetto di quanto previsto in termini di movimentazione in manuali dei carichi dal D.Lgs 626/94. Inoltre vengono ridotte le possibilità di perdita accidentale dei presidi vascolari e respiratori posizionati sul paziente.
 Fissaggio accurato delle vie aeree artificiali. Utilizziamo un fissaggio con cerotto sia per i pazienti intubati per via orotracheale che per via nasotracheale. Per i pazienti tracheostomizzati utilizziamo delle fascette velcrate.

fissaggio supplementare dei cateteri vascolari
 Ottimizzazione dei sistemi di drenaggio toracico : in base alla perdita aerea che il paziente ha dai drenaggi le soluzioni da adottare per il trasporto devono essere necessariamente diverse. L'utilizzo di sistemi tricamerati compatti rappresenta la soluzione ideale per la gestione di questi pazienti, garantendo sempre agli operatori una via per la raccolta del materiale eventualmente secreto, una camera di raccolta con funzione di valvola, e una terza camera con funzione di valvola regolatrice della pressione di aspirazione. Nel caso di utilizzo di bottiglioni di vetro le possibilità sono le seguenti :
 - pz. con drenaggio toracico fermo gestito con bottiglioni : sostituzione della linea a bottiglione con valvola unidirezionale a doppia camera associata all'utilizzo di un sacchetto di drenaggio evitando che si sviluppino un PNX, iperteso
 - pz. con perdita aerea limitata : utilizzo dei bottiglioni (nel caso di paziente con secrezione di aria e materiale è da preferire l'utilizzo di due bottiglioni o di sistemi tricamerati compatti)
 - pz. con perdita aerea importante con risentimento emodinamico e respiratorio (consigliato test di prova presumibilmente uguale al tempo di trasporto in andata previsto) : utilizzo di aspiratore elettrico portatile con portata in termini di aspirazione paragonabile alla pressione di vuoto dei sistemi centralizzati
 Ottimizzazione dei sistemi di raccolta urine e Drenaggio del contenuto gastrico
 Monitoraggio emodinamico e respiratorio : nei nostri pazienti, durante il trasporto, vogliamo sempre avere monitorati i seguenti parametri :

- Saturimetria arteriosa
 - Pressione arteriosa in continuo : invasiva (preferibile) o non invasiva (NIBP)
 - ECG
 - ECCO2 nel caso di pazienti con grande perdita aerea dai drenaggi toracici (monitoraggio perdita) o in pz. con patologia intracranica (per il controllo di ICP e ECCO2).
 - ICP se presente sul paziente
- Supporto respiratorio :
 - Ventilazione con pallone autoespandibile, con reservoir e valvola PEEP (Ventilatori pneumatici monobuio da trasporto (solo per pz. senza gravi patologie respiratorie, sedati e paralizzati farmacologicamente)
 - Ventilatori pneumatici monobuio, con PEEP generata a flusso (valida alternativa ai ventilatori da terapia intensiva, indicati nella maggior parte dei pazienti)
 - Ventilatori ad alte prestazioni : ideali per i pazienti con gravi forme di ARDS

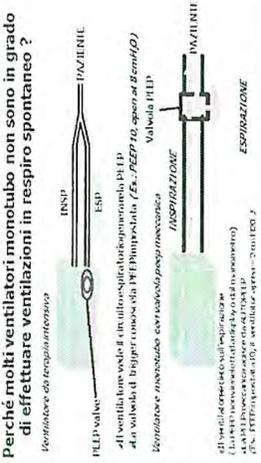
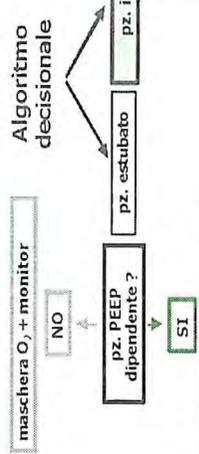
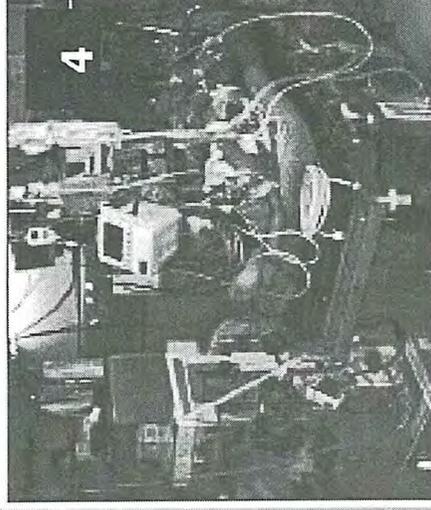
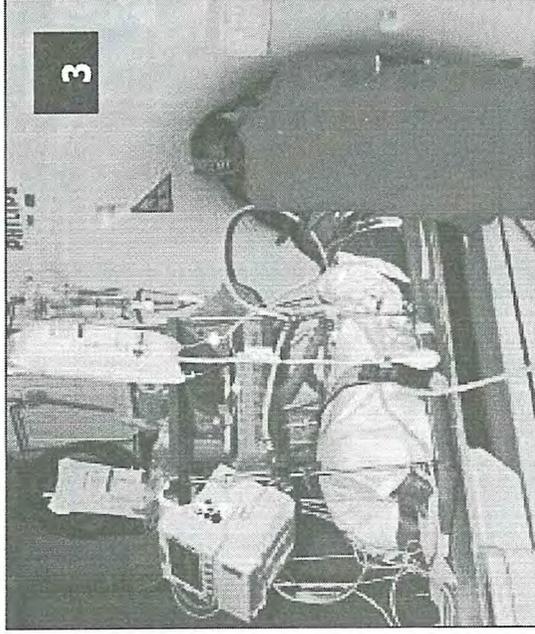
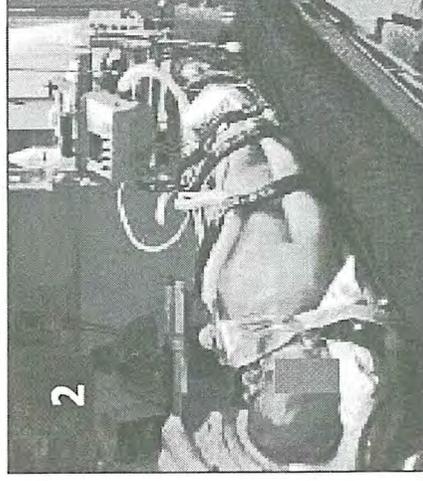
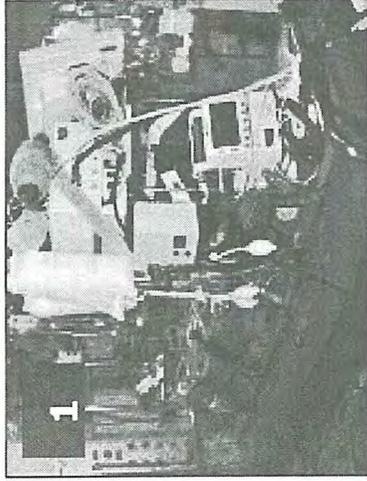


Fig. 1 - Ventilatore e circuito respiratorio

Esempi di trasporto protetto



1. paziente con ARDS
2. paziente pronto per esecuzione TAC in postura prona
3. paziente in TAC
4. paziente in circolazione extracorporea pronto per il trasporto
5. paziente in CEC pronto per il trasporto in ambulanza

Conclusioni

La procedura di trasporto descritta ci ha permesso di mobilitare pazienti con livelli di gravità elevati senza complicazioni. Nel corso dell'anno 2004 abbiamo effettuato 200 trasporti (TAC, RMN, Angiografie) senza alcuna complicanza registrata. Il sistema attualmente utilizzato ci permette di mantenere il livello di cure garantito dalla terapia intensiva per tutta la durata del trasporto.

Utilizzo del punteggio NEMS come determinante del fabbisogno infermieristico nel dipartimento di medicina perioperatoria e terapie intensive



A. Lucchini, V. Lollo, Crimella M. Z., Zambardo, L. Polonisto, P. Turdo, G. Polucchi, Serra L., W. Rositani
 Terapia Intensiva Generale - Azienda Ospedaliera San Gerardo, Monza - monza@unimib.it

L'impostazione filosofica dell'Azienda Ospedaliera S. Gerardo rispetto all'organizzazione per dipartimenti, si connota in due principi fondamentali che sono tra loro complementari ed interdipendenti: la gestione manageriale e la gestione clinica.

Nel settembre 2003 l'Azienda Ospedaliera S. Gerardo ha concretizzato il progetto relativo all'aumento dei posti letto di Terapia Intensiva, passando da 8 (di cui 6 di T.I. generale e 2 di T.I. Neurochirurgica) a 16 posti letto totali (di cui 8 di T.I. generale, 4 di T.I. Neurochirurgica e 4 di T.I. Cardiocirurgia).

Dotazione e reclutamento del personale infermieristico:

Il personale infermieristico necessario per garantire il livello di assistenza appropriato è stato calcolato utilizzando come riferimento il punteggio NEMS (1) medio dei pazienti ricoverati in terapia intensiva generale (la raccolta dati si è protratta per 18 mesi ed è servita a dimostrare che il peso medio assistenziale dei pz. in Rianimazione era di 29,8). L'organico infermieristico dipartimentale concordato con la Direzione Aziendale consta di 46 infermieri, che sono stati così suddivisi: 22 infermieri T.I. generale, 12 infermieri T.I. cardiocirurgica, 12 infermieri T.I. neurochirurgia. Il personale mancante (20 infermieri) è stato reclutato in parte con concorso pubblico (14), in parte grazie all'apporto di personale infermieristico fornito da una Cooperativa privata (7)

<NEMS medio/die Studio EURICUS 1 (1995) ® :

Europa	Italia	Monza
26.9	26.2	29.8

<Valori medi e ds in letteratura NEMS = 26.19+9.12 ®

<1 giorno di lavoro infermieristico eroga 46 punti NEMS®

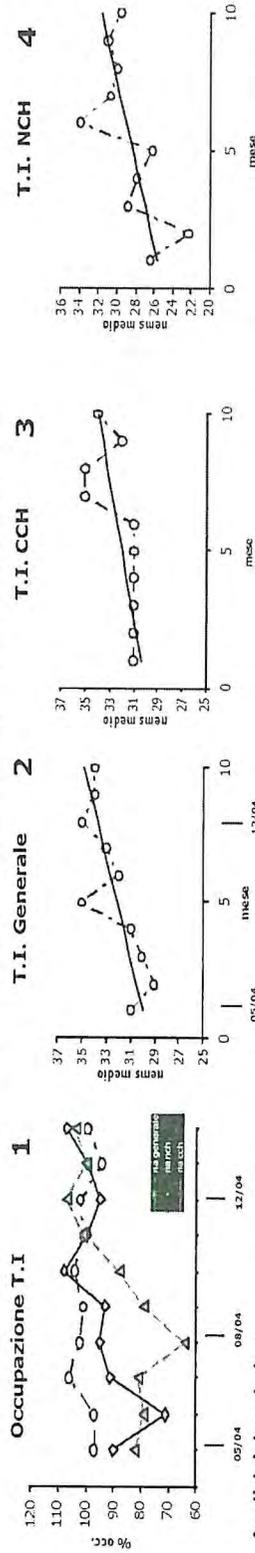
Nems md ria gen 32

32/46 ® = 0,7 IP per paziente

0,7 * 8,08 pz/die (101% occ) = 5.69 IP/turno

© C.R. Care-Flow sruati Vol. 24 No. 1 maggio 2005 www.careflow.it 251, 166, 206

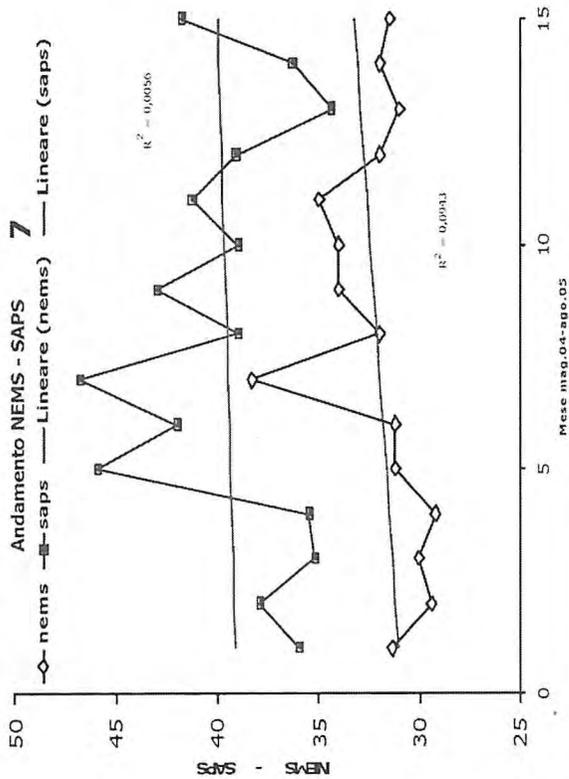
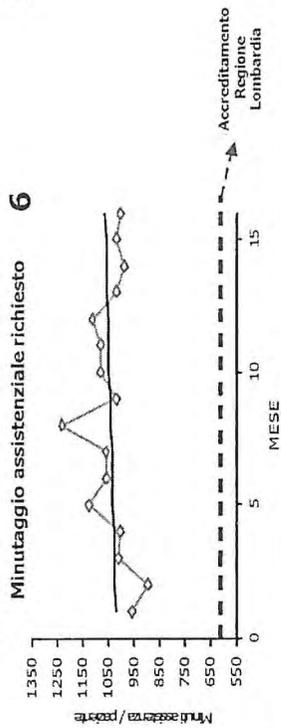
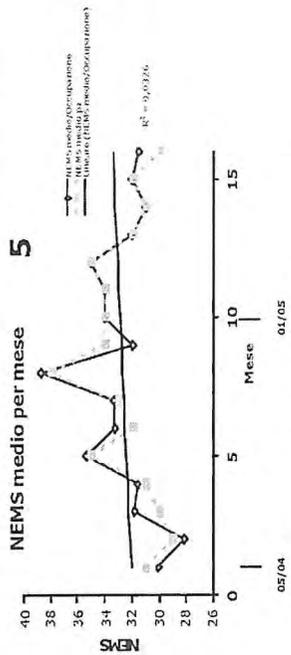
Finestra temporale analisi in grafico: Maggio 04/Febrero 05



Analisi del periodo:

Il grafico 1 riporta l'andamento della percentuale di occupazione e l'aumento del carico di lavoro. Grazie ai dati raccolti si è concordato con la direzione generale un'incremento di due unità comuni di tutti gli infermieri del dipartimento.

I grafici sottostanti riportano l'andamento del NEMS medio dei pazienti ricoverati presso la terapia intensiva generale nella finestra temporale Maggio 2004/Agosto 2005, l'andamento del NEMS medio indicizzato con il tasso di occupazione (5), il minutaggio assistenziale da erogare (6) e la correlazione NEMS/SAPS (7). L'analisi della correlazione del NEMS medio con il punteggio SAPS medio è stata effettuata per verificare se all'aumento del NEMS medio registrato nella finestra sotto descritta corrispondesse anche un aumento del livello di gravità da un punto di vista medico, dei pazienti ricoverati in Terapia intensiva generale.



Conclusioni

L'utilizzo di uno strumento flessibile come il NEMS ha permesso di monitorare il livello di assistenza richiesto dalla popolazione di pazienti ricoverata presso le nostre unità di terapia intensiva. Lo strumento ci ha permesso di avere un dato oggettivo con cui rimodulare annualmente le dotazioni di organico del dipartimento. La dotazione attuale, sebbene superiore a quanto previsto dai livelli minimi di accreditamento della regione Lombardia, non è ancora sufficiente a fornire il minutaggio richiesto dai dati raccolti, ma grazie allo spirito di collaborazione degli appartenenti al dipartimento ed alla loro professionalità, si è in grado di fornire un livello di cure efficace.

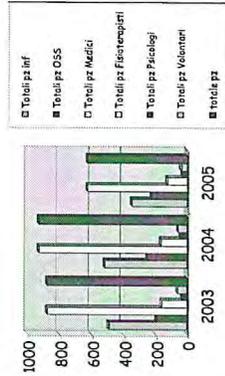
Uno sguardo al passato ed al presente, per costruire un futuro

Associazione Gigi Ghirotti di Genova

Bottino M., Silvestrin A., Gori D., Moggia F., Henriquet F.

Contesto

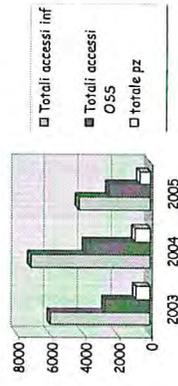
L'associazione esplica il suo operato nell'assistenza domiciliare in Hospice. Di seguito si riportano i dati relativi all'assistenza domiciliare effettuata ai malati in fase terminale di malattia, inerente agli anni 2003, 2004 e primo semestre 2005, suddiviso per accessi agli utenti da parte delle diverse figure professionali facenti parte dell'équipe.



Contesto

Mentre il numero di utenti assistiti rimane approssimativamente invariato negli anni, si evidenzia, invece, un aumento della necessità di assistenza infermieristica. Da qui la decisione di raddoppiare il numero dei professionisti infermieri: da tre a sei infermieri.

Questo determina la necessità di una riorganizzazione della assistenza da parte degli operatori con un affiancamento dei nuovi colleghi.

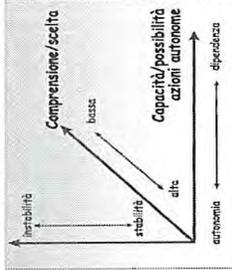


Obiettivi

- Valutazione infermieristica per ogni paziente preso in carico, quindi la prima visita domiciliare sarà effettuato non solo dal medico palliativista, ma anche dall'infermiere responsabile della zona di residenza dell'utente.
- Rielaborazione degli strumenti operativi per pianificare l'assistenza: documentazione infermieristica personalizzata, creata dall'équipe ed integrata alla documentazione clinica. Rivisitazione dei protocolli assistenziali ed organizzativi sui percorsi clinico assistenziali più frequenti, il tutto in relazione alle Evidenze Scientifiche più aggiornate.

Metodi e strumenti

- Incontri di formazione dell'équipe infermieristica, utilizzando metodologie didattiche attive: problem basic learning, audit clinico.
- Certificazione del percorso attraverso eventi ECM
- Implementazione di un modello infermieristico per la pianificazione assistenziale personalizzata all'utente.
- Il modello di riferimento preso in considerazione sarà «Il modello della complessità assistenziale» di Pitacco e Silvestro (Aniarti 2003).



In un regime di assistenza domiciliare di Cure Palliative, in relazione all'asse salute/malattia non ci si dovrà preoccupare di curare la malattia ma di prendersi cura della persona, andando a prevenire ed eventualmente compensare i sintomi che insorgeranno.

Per quanto riguarda l'asse capacità/possibilità autonome, l'utente non riesce a svolgere le normali attività di vita quotidiana ed è supportata in questo dai genitori, in un clima di forte affiatamento. Per facilitare la mobilitazione nel processo assistenziale è inserito un Fisioterapista che interviene con l'obiettivo di ridurre gli edemi declivi attraverso un linfodrenaggio.

Considerando l'asse comprensione/sceita, come si evidenzia dal grafico, emerge un'altra consapevolezza delle proprie condizioni cliniche, con un'elevata partecipazione dell'utente nelle scelte terapeutico assistenziali. Perciò, da subito, c'è stato un terreno fertile per intraprendere un processo di educazione, terapeutica volta alla famiglia ed alla paziente, con ottimi risultati.

Discussione

- Presentiamo un Case Report di un utente prototipico preso in carico nella nostra Associazione.
- La Signora XX di anni 47 con diagnosi di carcinoma intestinale metastatizzato con prognosi infausta, in assistenza domiciliare presso la residenza dei genitori ottantenni con funzione di care giver.
- Dal punto di vista clinico presenta: subocclusione con episodi frequenti di vomito, fistola enterocutanea, portatrice di catetere venoso centrale, presenza di importanti edemi declivi, lesione da decubito di primo grado, terapia endovenosa complessa ed articolata. Difficile compensazione del dolore, resistente alla terapia antalgica. Deambulante con media difficoltà nei movimenti.
- Dal punto di vista relazionale: informazione parziale della sua diagnosi, collaborante, serena e confortata dall'affetto dei genitori, media cultura, gentile.

Conclusioni

Il percorso intrapreso dall'équipe infermieristica è complesso, ma articolato con obiettivi a breve, medio e lungo termine.

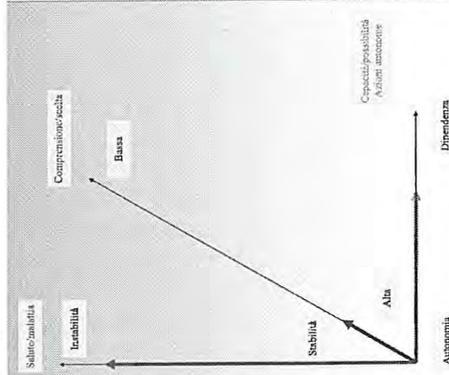
L'utilizzo di un modello infermieristico di riferimento determina uno strumento chiaro e condiviso da parte di tutti gli attori sugli obiettivi da raggiungere.

Questo iter dovrà essere concordato con tutta l'équipe multiprofessionale, per mantenere alta la qualità dell'assistenza erogata ai nostri utenti.

Per informazioni:

associazioneghirotti@tiscali.it

Analizzando l'asse salute/malattia la signora XX si trova nella fase terminale della malattia e di conseguenza il fattore instabilità è destinato a crescere.



Bibliografia

- Associazione Gigi Ghirotti di Genova. Bilancio sociale 2004.
- Associazione Gigi Ghirotti di Genova. Relazione ASL 3 «Genovese» e ASL 4 «Chiavarese» anno 2003.
- Associazione Gigi Ghirotti di Genova. Relazione ASL 3 «Genovese» anno 2004 e 2005.
- SILVESTRO S., PITACCO G. *La comprensione e l'assistenza infermieristica: significati e modalità di analisi per la composizione dell'équipe assistenziale.* Atti del Congresso Nazionale Aniarti 2003.
- SANTULLO A. *L'infermiere e le innovazioni in sanità.* McGraw-Hill, Milano 1999.
- CARPANELLI I. e coll. *Oncologia e cure palliative.* McGraw-Hill, Milano, 2002.

INDICE

M. MARSEGLIA, S. SCALORBI <i>Presentazione</i>	Pag. 5
ELIO DRIGO <i>Introduzione al Congresso</i>	» 7
<i>Quesiti per una riflessione</i>	» 9
<i>Relatori e moderatori</i>	» 11
<i>Programma</i>	» 15
E. DRIGO, A. SILVESTRO <i>Il quadro contestuale ed i motivi per una riflessione sull'assistenza infermieristica per il futuro</i>	» 19
M. BENETTON, E. DRIGO <i>Il concetto di area critica a vent'anni dalla sua ideazione</i>	» 27
L. RASERO <i>L'infermiere «generalista», «esperto», «avanzato» in area critica: cosa, come, perché</i>	» 41
E. DRIGO, L. SASSO <i>I master di 1° e di 2° livello, la laurea magistrale e il dottorato di ricerca nelle scienze infermieristiche: per quale infermiere, per quale evoluzione professionale</i>	» 53
S. SCALORBI, M. MARSEGLIA <i>Il concetto di complessità nell'organizzazione, nell'assistenza, nell'intensità di cure: una diversa lettura del modo di «stare» in sanità</i>	» 65
E. LUMINI <i>Il fabbisogno assistenziale ed il numero e tipologia degli operatori attraverso il concetto/valore dell'equità distributiva e della pertinenza operativa</i>	» 73
M.A. CHICHIZOLA <i>Progetto di ricerca: «La complessità assistenziale»</i>	» 83

M. BENETTON, F. MOGGIA, A. DI NUCCIO <i>Le prestazioni infermieristiche nell'assistenza intensiva: la specificità, l'esclusività, la demandabilità, la responsabilità</i>	» 97
S. SPANGARO <i>Le prestazioni infermieristiche nell'assistenza intensiva: la specificità, l'esclusività, la demandabilità, la responsabilità. Assistenza alla persona adulta</i>	» 111
A. CULAON <i>Le prestazioni infermieristiche nell'assistenza intensiva: la specificità, l'esclusività, la demandabilità, la responsabilità. Assistenza al neonato</i>	» 121
P. CHIARI <i>La distinzione tra la linea clinica e la linea assistenziale e l'identificazione delle responsabilità del medico e dell'infermiere: è possibile? È utile? Valorizza l'infermiere?</i>	» 141
R. MEGLIORIN <i>Sviluppo assistenziale e sostenibilità economica: una contraddizione?</i>	» 153
N. ZAMPERETTI <i>Il costo dell'assistenza intensiva: i confini, l'etica, la responsabilità</i>	» 167
L. D'ADDIO <i>Il codice deontologico dell'infermiere italiano: l'orientamento, la valenza giuridica, l'ipotesi evolutiva</i>	» 199
P. ZOPPI <i>L'errore professionale ed il danno al cittadino. La prevenzione, gli strumenti operativi, il sistema di protezione</i>	» 221
A. LUCCHINI <i>L'efficacia della tecnologia nei processi assistenziali di tipo intensivo: come, quando, perché</i>	» 235
V. LA VERGATA <i>Valutazione sull'applicazione di tecnologie per valutare la necessità di broncoaspirazione</i>	» 243
A. PEGHETTI, M. MORETTI <i>Le guarigioni delle ferite chirurgiche negli interventi di cardiocirurgia e l'influenza della medicazione sul processo di guarigione</i>	» 255
A. LETO <i>La scelta e l'acquisto della tecnologia e dei presidi sanitari: chi, come, perché</i>	» 269

<i>Indice</i>	389
A. GRANDI <i>Testare tecnologie e presidi medici per l'assistenza: aspetti ed elementi che favoriscono la crescita della professionalità dell'infermiere</i>	» 287
R. MARCHETTI, M. MARSEGLIA <i>Informatizzazione dei dati: non solo documentazione ma anche gestione ed evoluzione dell'assistenza infermieristica</i>	» 291
G. IADICICCO, G. PESCE <i>Monitoraggio rapido dell'ossimetria in emergenza</i>	» 307
A. SILVESTRO <i>Presentazione tavola rotonda</i>	» 313
R. TARTAGLIA <i>Verso un sistema sanitario più sicuro. La necessità di imparare dagli errori</i>	» 315
M.G. GARIGLIO <i>Un sistema di protezione. Infermiere</i>	» 331
D. RODRIGUEZ <i>Intervento. Tavola Rotonda</i>	» 347
C. DI VIGGIANO <i>La rassicurazione del professionista</i>	» 359
A. GIORDANO <i>La prevenzione dell'errore</i>	» 363
 SEZIONE POSTER	
F. CANDIDO, A. MONESI, P. FERRARI, S. BADIALI <i>La gestione delle maxiemergenze in ospedale</i>	» 371
M. IZZI, S. MUSOLESI, A. MONESI <i>Approccio all'NBCR nella provincia di Bologna</i>	» 373
G. MARCIANESI CASADEI, S. FULVIO <i>Major incident medical. Management and support (MIMMS)</i>	» 375
A. LUCCHINI, E. ASNAGHI, V. DONI, S. CELOTTO, A. CASIRAGHI, C. DE FELIPPIS, A. COSTANZO, V. CHINELLO, S. DEL COTTO, G. FOTI <i>Valutazione di un nuovo device per la diagnosi di ritenzione di secrezioni bronchiali</i>	» 378

- A. LUCCHINI, D. BRAMBILLA, R. GARIBOLDI, L. IANNUZZI, M. MARTINO, F. TREMOLADA, S. VILLA, M. SASSO, L. ALIPRAND, I. MONTI
Il trasporto del paziente critico: 15 anni di esperienza a Monza » 380
- A. LUCCHINI, V. LOLLO, M. CRIMELLA, Z. ZAMBRANO, L. POLONIATO, P. TUNDO, G. PELUCCHI, L. SERRA, W. ROSITANI
Utilizzo del punteggio NEMS come determinante del fabbisogno infermieristico nel dipartimento di medicina perioperatoria e terapie intensive » 382
- M. BOTTINO, A. SILVESTRIN, D. GORI, F. MOGGIA, F. HENRIQUET
Uno sguardo al passato ed al presente, per costruire un futuro » 384

*Finito di stampare nel mese di ottobre 2006
presso la Tipografia Tappini - Città di Castello (PG)
Tel. (075) 855.81.94 - Fax (075) 852.73.15 E-mail tappini@technet.it*