

anarti

VI° CONGRESSO NAZIONALE

A.N.I.A.R.T.I.

**ASSOCIAZIONE NAZIONALE INFERMIERI DI
ANESTESIA - RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA**

**UNA PROPOSTA DI
SVILUPPO PROFESSIONALE
NELL'AREA CRITICA**

VIESTE DEL GARGANO (FG) - 22-23-24 Ottobre 1987

Claudia Silvestri

Introduzione

L'ANIARTI si è costituita da pochi anni e, sulla base delle esigenze fatte emergere dagli infermieri, ha elaborato la necessità di porsi come obiettivo fondamentale il miglioramento della vita dell'uomo nell'area critica.

Uno dei principali strumenti individuati per perseguire tale obiettivo è il miglioramento della qualificazione professionale degli infermieri.

Il titolo del congresso "Una proposta di sviluppo professionale nell'area critica" vuole indicare chiaramente la linea che l'ANIARTI intende mantenere per essere un elemento di crescita culturale tra gli infermieri.

La storia dell'area critica, delle terapie intensive, della rianimazione, è relativamente recente e si può riferire grosso modo agli ultimi trent'anni. È la storia di un'esperienza che ha compiuto notevolissimi passi avanti in fatto di sopravvivenza dei malati critici.

Questi ultimi decenni d'altra parte hanno rappresentato anche per la società tutta, un momento di notevole diffusione della cultura e modificazione della concezione che l'uomo in generale ha avuto di sé.

L'uomo si è scoperto soprattutto come essere, in relazione con gli altri e con l'ambiente; questo forse è stato l'elemento che lo ha costretto a modificare la concezione dei suoi rapporti con il mondo e con gli altri.

Moltissimi movimenti di liberazione si sono sviluppati in questi ultimi trent'anni sull'onda di un nuovo diritto dell'uomo. Se queste considerazioni sulla storia dell'uomo sono innegabili, è evidentissimo e forse sconcertante, dover constatare anche un aspetto negativo a livello mondiale: l'uomo viene fatto oggetto di violenze e di aggressioni che, forse, nel nostro mondo occidentale possono non essere fatti così manifesti, ma che ugualmente esistono.

Pensiamo al consumismo che riduce l'uomo a "consumatore", ovviamente, già programmato a "consumare" quello che "deve essere consumato" perché già confezionato e distribuito dal mercato.

La creatività individuale non esiste se non guidata, il tempo "libero" veramente non si sa cosa sia; i vuoti sono riempiti dalla TV con i suoi spots pubblicitari...

L'uomo rischia di perdere il senso profondo di se stesso. La medicina *nostra*, strettamente legata per certi aspetti ai giochi politici ed alla industria più importante, è dentro a questo vortice.

Ci siamo incontrati qui come infermieri. Come tali abbiamo deciso che per professione, ci dedichiamo a dare risposta, supporto al bisogno di salute dell'uomo. Salute intesa in senso molto ampio, quel senso che l'uomo degli ultimi decenni le ha dato.

Il malato perciò va considerato come essere umano, prima ancora che come portatore di malattie. L'infermiere se vuole capire l'uomo non deve trattarlo come oggetto da usare, bensì porsi in una relazione basata sui rapporti di disponibilità e sincerità di essere umano.

Quali sono quindi le linee maestre che è necessario privilegiare in queste prospettive? Innanzitutto superare questo "rendere cosa" l'uomo, in secondo luogo bisogna prepararsi a diventare creativi.

La creatività in questo senso deve essere intesa come consapevolezza e risposta, come capacità quindi di vedere l'uomo quale centro propulsore di una infinita e ricchissima rete di relazioni, come soggetto e non oggetto di rapporti.

In un malato c'è la necessità di ripristinare tutte quelle connotazioni che ne salvaguardano la dignità e lo rendono individuo unico ed irripetibile.

Agli infermieri si presenta l'occasione di poter contribuire a incamminarsi sulla strada di un nuovo umanesimo e di essere una forza viva di esperienza per un cambiamento a livello sociale più generale.

Oggi la professione infermieristica sta vivendo una crisi perché:

- 1) l'infermiere si sente nelle mani di una istituzione avvertita come padrone unico;
- 2) l'infermiere coglie la sensazione di non godere della piena credibilità da parte della popolazione;
- 3) c'è un'inadeguatezza di preparazione nei confronti dei bisogni del malato;
- 4) nella medicina attuale, in cui la tecnologia avanza in modo a volte incalzante, all'infermiere non sono stati concessi i mezzi culturali e le risorse necessari per fornire un'assistenza globale al passo con i tempi.

Egli si trova a rispondere ad una infinità di bisogni, disperdendosi in una rete di ruoli che può portare a generare un calo considerevole di coinvolgimento nei confronti di chi chiede un servizio.

In questa situazione della professione, si presenta una realtà in rapido cambiamento: l'evoluzione sociale e soggettiva, le nuove patologie, l'evoluzione della ricerca, delle tecnologie, l'assistenza orientata anche sul territorio; sono tutti elementi che comportano un cambiamento nel modo di operare.

La professione infermieristica manca oggi di influenza: ci manca la possibilità di crescita, sia umana che tecnico-scientifica, non esiste un nostro ruolo consolidato. L'infermiere italiano ancor oggi è soggetto ad un "mansionario" e nessuno spazio viene concesso nei confronti di una professionalità intesa come corrispondenza al bisogno.

Gli infermieri sono alla ricerca di una immagine, di spazi, di aree operative autonome e di modelli organizzativi. Gli infermieri che lavorano, che sono a contatto con l'uomo non sono più disponibili a fare di tutto e in qualsiasi modo per scelta altrui!!

Queste giornate di lavoro avranno lo scopo di far emergere ciò che viene vissuto quotidianamente da ogni infermiere dell'area critica, ma spesso non considerato.

Saranno prese in esame le problematiche, le conoscenze, il modo di vivere la professione dell'infermiere, si cercherà di tradurle, di interpretarle per dare un'ottica unitaria ad una professione che deve vedere in tutto il territorio nazionale degli infermieri, professionisti capaci, autonomi, decisi, in un ambiente qual'è quello dell'area critica.

Nell'ambito di questo congresso l'ANIARTI vuole proporre una elaborazione autonoma di quelle che dovranno essere le linee fondamentali di un corso di specializzazione in area critica. Le carenze di formazione non possono essere colmate con rattoppi disorganici e fondati solo sulle esigenze eventualmente sentite a livello locale.

Siamo arrivati a questo perché siamo stanchi che a decidere ciò che dobbiamo fare siano gli altri.

Gli infermieri siamo noi ed è nostro compito e nostra responsabilità indicare la strada migliore per l'evoluzione della nostra professione.

La materia sulla quale siamo chiamati ad agire è certamente molto delicata e complessa. È difficile e forse impossibile poter delimitare con certezza i precisi confini dell'ambito infermieristico e separarli da quello medico.

Medico ed infermiere operano in modo interdisciplinare, sono fianco a fianco e tutti e due devono essere decisi e capaci, nello stesso momento, ma con ruoli e competenze diversi.

Per quanto ci riguarda c'è bisogno di una crescita culturale, formativa che oggi non abbiamo: siamo qui insieme per riflettere su quali sono gli elementi che caratterizzano la nostra professione, il cammino che l'infermiere di area critica deve compiere.

Come Associazione, ci stiamo impegnando per una crescita in questo senso: una crescita che non intende restare chiusa nel nostro piccolo ma che vuole essere un contributo alla professione nel suo insieme.

Negli ultimi mesi un gruppo di infermieri delle varie realtà dell'area critica a livello nazionale, ha lavorato con il contributo del CERGAS (Centro Ricerche Gestione nell'Assistenza Sanitaria) dell'Università Bocconi di Milano, nell'elaborazione della figura dell'infermiere di area critica.

I principali interrogativi che abbiamo seguito per formulare delle risposte sono stati:

Chi è l'infermiere di area critica?

Che cosa fa?

Dove lavora?

Dalle risposte a queste domande emergono da un lato il concetto di area critica e dall'altro quello di professione infermieristica, intesa in termini di identità e di stabilità, di caratteristiche che deve avere, di garanzie che deve dare.

L'infermiere di area critica non dovrà essere solo una persona capace di eseguire un'azione, ma una persona capace di decidere anche che azione di sua competenza compiere in ogni circostanza.

Nasce così il concetto di autonomia. Alcuni elementi che caratterizzano l'intervento dell'infermiere dell'area critica, se posto in relazione con l'infermiere di base, sono stati: la quantità, qualità e continuità delle prestazioni fornite. Per passare dal lavoro per mansione ad una professionalità non è sufficiente l'attuale formazione. Ad una professionalità sempre più specializzata ed aderente alle esigenze di un moderno concetto di assistenza in area critica deve corrispondere un continuo processo di aggiornamento e approfondimento delle tematiche specifiche.

RICORDIAMOCI! Come infermieri abbiamo vissuto sempre in prima persona i problemi di salute dell'uomo e pertanto solo noi siamo in grado di dare il contributo più adeguato per lo studio delle problematiche relative all'assistenza!

In questo momento di elaborazione di pensiero non prendiamo in considerazione gli interessi economici e amministrativi nei nostri confronti se non come una delle variabili da valutare in una visione generale del problema. So-

prattutto vogliamo lavorare per la salute globale dell'uomo, rendendo umano anche l'ambiente dell'area critica.

In queste prospettive, l'ANIARTI ricerca il miglioramento della qualità dell'assistenza nell'area critica. Questo attraverso una elevazione culturale e sociale degli infermieri attraverso lo scambio e la diffusione di esperienze in queste e in altre aree, lo studio di strade nuove da percorrere e la ricerca.

Come si vede i programmi sono ambiziosi e chiamano a raccolta la sensibilità e la disponibilità di ciascuno, perché è solo attraverso uno sforzo comune che questi traguardi possono essere raggiunti.

La nostra Associazione farà il massimo sforzo per rispondere compatta a questo appello.

Questa sede è un momento privilegiato per rivolgere a quanti hanno responsabilità politiche e sociali un invito, ma forse solo una sollecitazione, a porre attenzione a quanto gli infermieri esprimono.

Voglio ricordare che gli infermieri esprimono non solo loro stessi, ma proprio per la specificità del loro ruolo, le esigenze di un popolo!

L'attenzione quindi non sarà mal riposta!

Con questo formulo a voi tutti qui presenti l'augurio più sincero di un sereno e produttivo impegno congressuale.

D.A.I. Rosetta Brignone
*in sostituzione della Docente di Antropologia Culturale all'Università
"La Sapienza" di Roma: Prof.ssa Ida Magli*

La Sig. Brignone è una persona di rilievo nell'ambito del Nursing italiano:

- docente di Nursing dal 1968 alla Scuola Speciale per "Dirigenti dell'Assistenza Infermieristica" dell'Università "La Sapienza" di Roma;
- Presidente, dal 1976 al 1984, della C.N.A.I.O.S.S. (Consociazione Nazionale delle Associazioni Infermieri/e e altri Operatori Sanitario-Sociali);
- È stata rappresentante per l'Italia al G.N.E. (Groupement du Nursing Européen): è una Federazione tra Associazioni Nazionali dei Paesi europei che ha come scopo lo studio dei problemi connessi alla formazione e all'assistenza infermieristica in Europa;
- È stata insignita della Croce di Cavaliere della Repubblica per l'impegno dimostrato in tutta la vita professionale.

Sono felicissima di essere qui, fra tutti questi giovani. Non farò una relazione, non ho avuto il tempo e neanche la voglia per preparare una relazione; sono qui a vostra disposizione per rispondere alle domande che vorrete pormi. Invito tutti i partecipanti, il pubblico, i relatori a pormi delle domande, le più varie a cui io cercherò di dare una risposta.

BRAIDA: Mi assumo il ruolo di primo provocatore. La domanda che voglio porre è questa: Gli infermieri rappresentano una grande massa di persone che, vivendo in questa società, ne subiscono le dinamiche, le scelte, gli indirizzi culturali, le mode, i modelli organizzativi. Questi infermieri, però, rappresentano solo un insieme di cittadini, o sono in grado di far pesare a loro volta, sulla società, il loro essere infermieri in quanto tale? Cioè in che misura gli infermieri incidono come gruppo, come momento culturale dinamico sulla evoluzione culturale e sociale del nostro Paese?

Prima di rispondere dobbiamo farci subito un'altra domanda: Questi infermieri sono poi veramente un gruppo? Hanno la consapevolezza di essere un gruppo coeso, hanno dei valori comuni, partecipano, anche come cittadini, alla vita sociale? Partecipare alla vita sociale significa partecipare nelle grandi Organizzazioni Sociali come Sindacati, Partiti Politici, Associazioni Professionali ecc. ecc. E poi gli infermieri, come gruppo professionale, hanno dei valori da propagandare all'esterno, da far recepire al gruppo più ampio che è la società in cui viviamo? Intendendo per "valore" un giudizio valutativo su alcune attitudini o su alcune caratteristiche date dagli individui nell'ambito di un gruppo. E se questi valori esistono, quali sono? E sono condivisi da tutto il gruppo professionale degli infermieri?

Se sono condivisi, i valori diventano dei mezzi per raggiungere un fine. Se sono condivisi dovremmo avere chiare le finalità che vogliamo raggiungere. D'altra parte i valori condivisi sono espressi e la società in cui siamo immersi dovrebbe poter identificare questi valori attraverso il nostro comportamento. Quindi: Quali sono i valori che fanno coagulare il nostro gruppo professionale? Sono condivisi? Servono per raggiungere gli scopi della professione? A questo punto devo chiedere un vostro parere, perché io posso elencare quali sono

per me i valori della professione, ma serve a poco perché sono solo valori miei, e possono non essere intesi come valori da parte vostra.

BRAIDA: Mi sembra però, un giudizio crudo e pesante.

Sì, è un giudizio pesante, ma non siamo qui per farci dei complimenti reciproci, ma per cercare di guardare con occhio critico la nostra professione, evidenziandone anche i punti negativi. Io, che da decenni svolgo questa professione, devo dire che non siamo ancora un vero gruppo e quindi una forza sociale. Non siamo ancora dei veri professionisti. Una vera professione ha delle ben chiare e definite caratteristiche che la nostra non ha ancora raggiunto.

Il divario culturale che esiste tra la formazione del medico e di altri professionisti e quella degli infermieri è grande ed evidenzia il salto di qualità culturale che la nostra professione deve ancora fare.

BRAIDA: In questi ultimi due anni, in molte realtà, si è assistito ad un calo delle iscrizioni alle scuole per Infermieri Professionali.

A suo giudizio come va vista questa situazione: come risultato di una penalizzazione economica, o di una scarsa gratificazione professionale? O è dovuta a come la società vede l'infermiere, all'immagine sociale dell'infermiere?

È una domanda complessa. Tutti i fattori menzionati incidono. Una piccola indagine svolta fra alcuni professionisti, laureati in professioni che hanno consolidato la loro immagine (medici, avvocati, farmacisti, magistrati ecc.), ha portato a questi risultati. È stato loro chiesto se avrebbero acconsentito alla propria figlia di iniziare gli studi per diventare infermiera. Quasi la totalità, tranne alcuni (che hanno detto "Ci dovrei pensare"), hanno risposto di NO, che non avrebbero acconsentito a questo.

Il prestigio della nostra professione non è tale da invogliare i giovani di un certo ceto ad intraprenderla. Non abbiamo ancora raggiunto quel prestigio che ogni professionista deve avere.

L'aspetto economico segue di pari passo il livello di qualificazione di una professione. I contratti di lavoro stipulati dalle associazioni sindacali si riferiscono sempre anche al titolo di studio da cui si parte: il titolo di studio dell'infermiera è ancora la licenza media inferiore, la licenza di terza media. I due anni successivi non contano perché non chiudono un ciclo di studi rilasciando un attestato, un diploma.

L'aspetto economico è molto legato all'aspetto culturale, quindi un giovane, che ha molte strade aperte davanti a sé, finisce certamente con il pensarci e così sceglie un'altra professione, meno stressante, con minori responsabilità e meglio remunerata.

La responsabilità del nostro lavoro, per chi è consapevole di quello che fa, è enorme e non siamo retribuiti per le responsabilità che dobbiamo assumerci.

Infine pesa il fatto che il nostro gruppo di infermieri non coagula attorno a dei valori. I giovani potrebbero essere molto sensibili a valori veramente sentiti. Quali sono i valori, qual è l'immagine che noi proponiamo all'esterno? Le persone hanno l'immagine degli infermieri quando, per ragioni sempre più o meno dolorose, vengono a contatto con il sistema infermieristico. Molto spesso questo primo contatto è abbastanza stressante per le persone perché il rapporto che noi instauriamo con l'uomo che soffre non è quello che deve essere nell'ambito della filosofia della nostra professione.

BRAIDA: Mi diceva prima di un'indagine, svolta fra i pazienti in un ospedale, su quello che loro ritengono essere il ruolo dell'infermiere...

È stata una mini indagine svolta in due o tre sezioni ospedaliere, che non aveva, certo, il carattere scientifico di una ricerca. Ai pazienti sono state poste alcune domande su come vedevano la funzione dell'infermiere, quali pensavano fossero i suoi compiti, quali prestazioni gli potevano chiedere. Quasi tutti quei pazienti hanno risposto che gli infermieri "Corrono", "Corrono per le corsie". All'obiezione che gli infermieri erano indispensabili a loro, per la loro guarigione, perché potessero lasciare l'ospedale in buone condizioni e guariti, i pazienti interrogati risposero "Ma veramente per questo c'è il medico!" Questo cosa significa? Significa che come infermieri non riusciamo a dare ai pazienti la sensazione che li stiamo aiutando. Il nostro lavorare per mansioni, per compiti fa sì che i malati non abbiano mai un contatto diretto, umano, con un infermiere o con un gruppo di infermieri. Lavorando in quel modo gli infermieri hanno contatti con tutti i pazienti del reparto in generale, ed in particolare con nessuno di loro. Lavorando in questo modo non siamo in grado di soddisfare tutti quei bisogni, fisici, psicologici e sociali che i pazienti possono avere.

DRIGO: Accetto la provocazione che la Sig. Brignone ci ha fatto soprattutto per quanto riguarda il discorso relativo ai valori di cui noi come infermieri siamo portatori. Elemento che caratterizza in modo fondamentale la nostra professione è l'attenzione all'uomo.

Portando alle estreme conseguenze il discorso dell'attenzione all'uomo, possiamo renderci conto di quanti momenti della vita sociale, politica e sindacale saremo in grado di modificare e di quale rivoluzione culturale saremmo in grado di fare se veramente credessimo nella nostra professione, se fossimo fedeli all'essenza del nostro lavoro. Se così fosse potremmo incidere in maniera importante, direi determinante, sul futuro della società. Il futuro è nostro, diamoci da fare.

Non posso che essere d'accordo su questo. Uno dei valori che si è evidenziato è quello dell'aiuto all'uomo sano e/o malto, nell'ambito della prevenzione, cura e riabilitazione. Aiutare l'uomo significa metterlo in primo piano e considerarlo nella sua globalità, come individuo con bisogni fisici, psichici e sociali.

Per fare questo, per esprimere tutta la potenzialità che la nostra professione ha, che tipo di formazione dovrebbe avere l'infermiere?

La formazione che noi abbiamo in questo momento non ci consente di farci carico di una responsabilità così grande come quella di aiutare l'uomo nelle diverse aree della salute.

Diventa sempre più difficile fare l'infermiere, per tutte quelle conoscenze che servono per poter seguire le nuove tecnologie, e per poter prestare all'uomo aiuto nel campo psicologico. Per soddisfare i bisogni psicologici dell'uomo non basta più come una volta avvicinarsi al paziente e tenergli la mano, anche se la comunicazione fisica è sempre molto importante. Servono tutte quelle conoscenze che derivano dalle scienze umane quali psicologia, sociologia, pedagogia ecc.

Spetta all'infermiere fare anche "Educazione Sanitaria". Educare significa modificare, cambiare comportamenti sbagliati di una persona, convincendola che sono sbagliati e dandole le giuste indicazioni sul perché e come deve cam-

biarli. Ma la formazione che abbiamo avuto ci dà gli strumenti per fare questo? La scuola che abbiamo seguito ci insegna ad usare tecniche e comportamenti idonei? Se noi non riusciamo a meditare su queste cose continueremo a portare avanti un lavoro che sarà sempre più lontano dal lavoro di una professione.

DELEGATA REGIONALE DEL LAZIO: Credo che oggi giorno noi Infermieri cominciamo ad avere dei valori comuni, il fatto che siamo adesso qui in parte lo dimostra. Mi chiedo se i collegi professionali, i partiti politici e le associazioni sindacali sentono che noi cominciamo ad essere una forza sociale e che abbiamo questi valori?

DOTT. TULLI: Sono un medico e vedo abbastanza chiaramente la differenza tra quello che vuol dire essere orientati alla diagnosi, alla terapia ed alla prognosi che è il compito fondamentale dell'istruzione del medico, e l'essere orientati all'assistenza ed all'approfondimento di tutti gli aspetti dell'assistenza che è la funzione fondamentale della professione infermieristica. Penso che l'infermieristica abbia ormai assunto in modo definitivo la dignità di una professione, ed è inutile, secondo me, continuare a chiedersi siamo o non siamo una professione, abbiamo o non abbiamo dei valori. Dovremo, invece, darci da fare, muoverci per trovare uno strumento che ci aiuti a fare chiarezza su alcuni aspetti che ancora umiliano la professione infermieristica. Uno di questi è che a decidere della professionalità sono quelle forze sociali che determinano i contratti di lavoro. Secondo me le forze sociali e politiche possono definire ciò che la professione esprime ma non possono definire la sua professionalità in quanto tale. Avere questa chiarezza ci aiuterebbe a definire qualche cosa su cui combattere a livello contrattuale come ricerca di professionalità.

*Un secondo aspetto è quello del rifiuto del mansionario. Nella professione non dovrebbe esistere un mansionario perché la professione non si esprime per mansioni. Il mansionario dovrebbe essere abolito, che ne so, con una proposta di legge, ad esempio, o con un referendum o raccogliendo firme. Un terzo ed ultimo aspetto, secondo me, riguarda la formazione. Le formazioni di base. Nell'attuale formazione di base c'è una tale difformità di opinioni, un tale intreccio di interessi economici a livello regionale che andrebbero immediatamente azzerati con una assemblea nazionale che faccia chiarezza, ad esempio, sui 22 progetti di legge presentati dalle forze politiche su questo argomento. Io dico, se deve nascere (una parola che non mi piace dire ma che va detta, tra virgolette e con tutti i benefici di inventario possibile), una **CORPORAZIONE** della professione infermieristica è meglio che nasca con queste caratteristiche definitive.*

D'ARMI: Ma a cosa serve fare una "corporazione" se esistono già delle istituzioni quali Collegi Professionali, Sindacati? La colpa è solo nostra? è un problema di partecipazione. Se noi fino ad adesso non abbiamo avuto la forza, la capacità, la volontà, la consapevolezza di entrare all'interno di queste istituzioni e di entrarvi in massa, che cosa pensiamo di risolvere creando una corporazione, o un sindacato autonomo?

DOTT. TULLI: Per "corporazione" non va inteso un sindacato autonomo. Corporazione vuol dire ciò che è stato per l'Inghilterra il Royal College of Nursing.

Lei è un medico, per cui capisco quando usa termini come "corporazione".

Però, per analogia, chi vive in questa società quando sente parlare di “corporazione” pensa anche al sindacato autonomo. Quello che ha detto è giusto ma non è facile da attuarsi. Io riprenderei in mano il suo discorso per dire che bisogna partecipare. Noi abbiamo già delle istituzioni che danno voce alle nostre istanze, e sono le associazioni professionali e la Federazione dei Collegi. Quale altra corporazione dobbiamo aggiungere a questa che sono le istituzioni democratiche del nostro Paese? Dobbiamo solo partecipare a queste nostre associazioni, e se non siamo contenti di chi guida queste associazioni dobbiamo muoverci affinché o cambino o si incanalino in quello che la massa vuole. La differenza con la professione medica è che la nostra area specifica è ancora da stabilire, noi abbiamo un ruolo diffuso, la nostra gamma di funzioni è molto ampia, va dalla igiene personale al malato all'intervento con strumenti e tecnologie più sofisticati. Il problema di definire chiaramente l'area specifica della professione sta coinvolgendo tutto il mondo infermieristico. È un problema molto difficile perché nell'ambito di questa vasta gamma di funzioni ci sono molte sovrapposizioni, con funzioni del medico, dell'assistente sociale, dello psicologo ecc.

Infine, il mansionario può essere sostituito dagli standards assistenziali che devono essere raggiunti, che sono poi i livelli di prestazione. Ma non possiamo togliere un mansionario senza avere niente che lo sostituisca, sarebbe una cosa pericolosissima per noi e per tutti gli utenti.

BUSI: La formazione è una delle grosse pecche della nostra professione. Come possiamo essere uniformi nei progetti e nei fini quando non solo non abbiamo una formazione di base uniforme, perché varia da regione a regione, ma esistono anche delle infermiere professionali che non sono convinte di quello che fanno. Fin quando esisteranno infermieri poco convinti della professione, che non sanno a che cosa serve un congresso, un corso di aggiornamento è chiaro che daremo sempre un'immagine sbagliata all'opinione pubblica.

Il problema della formazione è sempre in primo piano. Noi abbiamo una formazione estremamente eterogenea in tutto il territorio nazionale, ed il passaggio di questa educazione alle Regioni ha dato ancora il colpo di grazia. Nella nostra professione quanti sono d'accordo a portare avanti il problema della qualità e quindi della formazione ed a impegnarsi per questo? Dobbiamo convincerci che dobbiamo lavorare per questo e molto. Noi come gruppo associativo (C.N.A.I.O.S.S.) lottiamo per questi problemi da 20/30 anni, però il seguito non lo abbiamo, ed abbiamo bisogno di infermieri che ci spingono in avanti perché questo si attui.

PORTA: È assodato da tutti che la formazione di base non è sufficientemente adatta per soddisfare le esigenze della professione. Viene proposto il diploma di scuola media superiore come limite minimo di accesso alla scuola infermieristica. Questo mi fa sorgere dei dubbi che voglio esprimere:

- 1) *È questa una risposta a tutti i problemi che giornalmente affrontiamo: personale ridotto, turni stressanti, umiliazioni?*
- 2) *In questi ultimi anni c'è stato un calo di iscrizioni in tutte le scuole infermieristiche, cosa succederà nei prossimi anni?*

- 3) *Cosa succederà degli infermieri che attualmente stanno lavorando: saranno degli infermieri di serie B, ci saranno delle sanatorie? verremo tutti buttati via?*
- 4) *Perché è stata abbandonata la proposta di unire i due anni di scuola media superiore ai tre anni di corso per Infermiere Professionale ed ottenere così un diploma che consenta l'accesso ai corsi parauniversitari di specializzazione?*

Inizio dall'ultima domanda. La Pubblica Istruzione non potrà mai omologare i tre anni di scuola per I.P. ai tre anni che si fanno nei Licei, perché i tre anni per I.P. sono fatti al di fuori della struttura della Pubblica Istruzione, in quanto la nostra istruzione è determinata in sede regionale.

PORTA: Questa risposta la conosco. Perché non è stato fatto niente per cambiare questa realtà? Anni fa era possibilissimo entrare sotto la grande ala della Pubblica Istruzione, era possibilissimo cambiare i corsi di studio integrandoli con materie di cultura generale come Matematica ed Italiano.

Questo possibilismo lo dà lei per scontato. Questo non è stato assolutamente possibile. Io stessa nel '72 sono stata al Ministero della Pubblica Istruzione cercando di inserirvi la professione, tenendo presente che in una Legge del 1946 si diceva che "La formazione avrebbe potuto utilizzare gli istituti di istruzione generale per inserirsi". Abbiamo coinvolto i docenti dell'Università, delle facoltà di Pedagogia e Sociologia per avere un supporto di altro tipo oltre che infermieristico. Ci dissero che non era possibile, anche perché in quel periodo era in discussione la riforma della scuola media superiore. Secondo me questo era un modo per sfuggire, per evitare di dare risposte corrette. Quindi non era assolutamente possibile fare questo, dare per scontato questo non è giusto. Tornando alle altre domande. Il calo di iscrizioni alle scuole infermieristiche è perché questa professione non è appetibile per un giovane che ha la possibilità di scegliere qualcosa di più gratificante, non dà nemmeno un titolo di studio valido per accedere alla Università pur studiando tre anni. Se la professione facesse un salto di qualità le domande aumenterebbero. In Belgio nel 1957 hanno fatto quello che noi vorremmo fare adesso: hanno chiuso la formazione a livello ospedaliero come la nostra, e l'hanno inserita nell'ambito della struttura scolastica con titoli di studio a livello universitario. Al I° anno c'è stato un calo di iscrizioni, comprensibile perché la cosa non era stata ben propagandata. Dall'anno successivo le richieste sono aumentate fino a stabilizzarsi statisticamente in alto.

Per quanto riguarda cosa sarà un domani di quelle persone già inserite nella professione: è naturale che esse non potranno essere danneggiate da una legge come questa. Anche la paura di chi è inserito in una posizione molto modesta e che ha paura di essere leso nel suo diritto di continuare è un freno all'evoluzione della professione. Tutti noi abbiamo il dovere di contribuire all'evoluzione della professione.

MARI: Ho due domande da porle: 1° Anni fa lessi su "Il tempo" «Signori non ammalatevi, non ricoveratevi in ospedale perché gli infermieri vanno in ferie». Scrissi una lettera al Direttore de "Il tempo" e per conoscenza al Collegio. In seguito alla lettera, che spiegava i fatti molto chiaramente e in modo che non potevano essere assolutamente controbattuti, presero posizione il Direttore del giornale, alcuni lettori di esso, non prese posizione il Collegio.

2° *Non pensa che sia soprattutto per un volere politico che la nostra categoria sia relegata ai gradini più bassi della gerarchia ospedaliera? Anche perché i medici avrebbero paura di perdere il loro prestigio avendo al fianco un I.P. qualificato.*

Io non vorrei entrare in polemica con i medici. È scontato che se un I.P. si qualifica ad un livello tale da avere parità di diritti e di doveri del medico diventa uno strumento di controllo della qualità del servizio del medico. E questo, se il medico non è sicuro di dare una buona qualità, non può essere molto gradito. Questo in realtà potrebbe mettere in atto un'azione di riciclaggio anche per il medico. "Visto che l'infermiere è in grado di valutare la mia attività, io sono in dovere di dare un'attività migliore".

MARI: Ma sono i medici i nostri peggiori denigratori.

Cerchiamo di non fare di tutta un'erba un fascio, perché ci sono anche medici che ci aiutano, che conoscono l'importanza della nostra professione. Sicuramente la nostra maggiore qualificazione, il nostro salto di qualità sarà certamente visto dal medico come controllo e una perdita di potere. Per quanto riguarda la volontà politica: politica significa gestione della cosa pubblica: quindi partecipazione dei cittadini; la politica possiamo farla tutti noi. La volontà politica è indirizzata da ciò che noi come cittadini possiamo o meno esprimere. Da qui l'importanza della partecipazione, come dicevamo anche prima.

Il collegio è una delle nostre conquiste, non come si comporta il collegio, ma avere il collegio. Vuol dire avere un diploma registrato e questa è una delle caratteristiche della professione. L'istituzione non ha niente a che vedere con la gestione, ma anche la gestione è un controllo che deve venire dagli iscritti: gli iscritti votano per avere il rappresentante, e le votazioni servono ad esprimere il proprio parere, ad esprimere quale persona sentiamo più capace a portare avanti le nostre istanze. Non si può penalizzare l'istituzione quando una, due, tre persone non fanno il loro dovere: lei ha fatto malissimo a quel tempo a non andare al suo collegio e chiedere perché non erano intervenuti. Attenzione a non cadere nella trappola di chi vuole togliere l'istituzione essa è una conquista ed è uno dei punti focali delle caratteristiche di una professione.

GIUSTI: In uno dei vecchi congressi della C.N.A.I.O.S.S. ci fu l'intervento del sociologo Dott. Carbonaro che elencò le caratteristiche proprie di una professione: la scolarità, la cultura, l'importanza sociale, il fatto di avere delle associazioni, l'aver un codice deontologico, ecc. La professione infermieristica ha molte di queste caratteristiche, l'unica in cui pecca, secondo me, è quella della cultura, della scolarità. L'infermiere non è importante, non è considerato perché non è laureato e non è laureato perché non è considerato?

Un'altra domanda che voglio porle è perché durante il corso di base non si danno maggiori informazioni sulle associazioni professionali e sui collegi, su quali sono i loro compiti, su come agiscono ecc.?

Ed ancora, esiste o non esiste quella legge sulla obbligatorietà dell'iscrizione al collegio?

E poi: un ipotetico I.P. Rossi di età media 25 anni per poter "entrare nella partecipazione" sociale quale strada deve seguire? I diplomati D.A.I. o I.I.D. possono fare veramente i Dirigenti dell'assistenza infermieristica o avremo altre figure amministrative? Per partecipazione sociale io intendo iscriversi e partecipare attivamente nelle associazioni sindacali.

Dalla partecipazione sociale possono scaturire diverse esperienze positive o negative. Sono d'accordo con lei che alla nostra attività professionale mancano le conoscenze sistematiche e scientifiche che sono una caratteristica delle professioni. Le altre caratteristiche le abbiamo raggiunte solo a metà.

IARREA: Io ritengo l'ANIARTI una forza importantissima per far sentire la nostra voce e per poter fare delle proposte concrete. Io ho alle spalle una grossa esperienza sindacale, mi sono iscritta al sindacato ed ho partecipato molto attivamente al suo interno, facendo parte anche del direttivo. Molto spesso gli infermieri non si aggiornano perché l'amministrazione non viene loro incontro pagando l'aggiornamento. Per cui ci sono quelli che hanno la volontà di partecipare, di andare avanti e sono disposti a rimetterci di tasca propria o ad anticipare le spese, altri no. Io propongo di fare dell'aggiornamento dando la possibilità agli infermieri di parteciparvi, venendo loro incontro economicamente. E poi propongo una scuola professionale che sia un quinquennio che ci dia la possibilità di accedere all'Università.

Per quanto riguarda la partecipazione ai sindacati io penso che la costanza che ha dimostrato è già un modo di essere. La costanza è uno dei valori che bisogna tenere presenti se si vuole andare avanti. L'evoluzione che l'immagine della professione ha avuto in questi ultimi anni deriva in buona parte dagli infermieri. Quello che ci manca è l'indentificazione all'esterno della nostra professione: la popolazione non sa cosa siamo e che cosa facciamo. Per finire: fare in modo di far passare la legge per la maturità come requisito di accesso alla scuola per Infermieri, e lasciare il programma dei tre anni invarito sarebbe una presa in giro che non farebbe onore alla professione.

C. Vidotti

Evoluzione della professione infermieristica in Italia

Lo sviluppo del tema "Evoluzione della professione infermieristica in Italia", implica nella sua formulazione la risposta ad un quesito di notevole importanza per la professione stessa.

Ci stiamo in pratica chiedendo se e quale evoluzione abbia avuto l'infermieristica nel nostro paese per individuare possibilmente la fase in cui ci si trova al fine di leggere i fatti con sufficiente comprensione.

A mio avviso il tema proposto è più idoneo a produrre un progetto di ricerca che una relazione di un congresso a meno che non sia il titolo di una sintesi di quanto emerso nell'eventuale ricerca stessa. Non dispongo della ricerca e nel tempo assegnatomi tenterò di presentarvi un metodo per la rilettura di fatti e situazioni che tutti voi conoscete perché fanno parte del vostro vissuto e dell'apprendimento scolastico.

Per raggiungere questo scopo utilizzerò un modello che ritengo idoneo a produrre riflessioni che non derivino dalla sola analisi storica dei principali eventi della nostra professione ma anche da una lettura del presente fatta attraverso la ricerca di indicatori di stato.

Ho già fatto presente e credo che tutti voi concordiate, la rilevanza dell'argomento e cioè quanto sia importante avere coscienza e comprensione dell'evoluzione. Il problema a prima vista si pone nei termini di evoluzione sì o no, vedremo subito che dall'analisi del concetto di evoluzione dovremo cambiare prospettiva.

Secondo il Dizionario Filosofico Lalande, fra gli altri significati, per evoluzione si intende una "trasformazione graduale e in generale come abbastanza lenta, o come formata da cambiamenti elementari abbastanza piccoli per non essere notati" ed anche "trasformazione che fa passare un aggregato dall'omogeneo all'eterogeneo o dal meno eterogeneo al più eterogeneo".

La parola evoluzione non implica di per sé nessuna idea di progresso o di regresso. Indica tutte le trasformazioni subite da un organismo o da una società indipendentemente dal problema se queste trasformazioni siano favorevoli o sfavorevoli. In tutti i campi, l'evoluzione consiste in un passaggio da uno stato incoerente, indefinito ed omogeneo ad uno stato coerente, ben definito, eterogeneo.

Va semplicemente notato che l'individualizzazione progressiva può essere data come traccia comune dell'evoluzione sotto tutte le sue forme. "Ovunque nella natura piccoli tutti si trasformano nel grande tutto infinito, ciascuno con le sue particolari relazioni di solidarietà con il mondo circostante".

Una conclusione che ci deriva dall'analisi del concetto di evoluzione è che il termine ci consente di esplorare la professione senza formulare una ipotesi

di “progresso” o “regresso” e ci libera dalla angoscia relativa alla domanda: siamo cresciuti come professione?

L’analisi della professione come crescita implica una rilettura dei fenomeni interni in quanto sistema, evitando il confronto delle differenze con le altre professioni ed istituzioni ed il conseguente rischio di far emergere “complessi” e difficoltà “paraadolescenziali” come mi sembra di percepire frequentemente.

Lo studio della crescita come processo va, a mio avviso, riferito esclusivamente alla valutazione dell’adeguatezza del sistema infermieristico rispetto alle aspettative sociali ed ai bisogni sanitari di prestazioni infermieristiche. Il paragonarsi alle strategie, metodi propri della fase di altri sistemi professionali può essere fattore di competizione, emulazione fuorviante allo sviluppo di un progetto proprio, autonomo e caratteristico. Mi viene come particolarmente adatto anche per la nostra professione l’invito del filosofo: “conosci te stesso”.

Secondo Miller (1) “per crescita si intende una progressiva organizzazione evolutiva che implica un aumento della complessità del sistema; riorganizzazione delle relazioni strutturali e funzionali, come differenziazione di strutture specializzate e modelli di azione; aumento della quantità di materia-energia ed informazione elaborata dal sistema”.

Dopo queste definizioni dei termini fondamentali e relative considerazioni in merito, ritengo di una qualche utilità proporvi come strumento per la lettura del passato e del presente della professione, il modello “fasi di sviluppo di un gruppo”.

Sicuramente non è il meglio, nè mi sono accertato se lo sia, ma lo trovo suggestivo, di facile utilizzo e capace di produrre riflessioni non tanto “disumanizzate” in quanto si pensa la professione come un gruppo di persone, è scientifico quanto basta per consentire ragionamenti secondo la teoria sistemica e l’utilizzo contemporaneo di altre teorie.

STADIO CARATTERISTICA DEFINENTE
e condizioni soggettive

ATTIVITÀ TIPICHE
Esempi nella professione

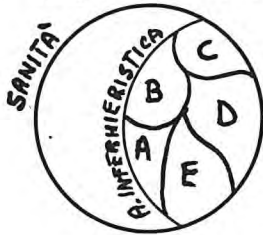
I APPROPRIAZIONE DEL
TERRITORIO
(Insicurezza)



RACCOLTA INFORMAZIONI
Inventario e codifica “tecniche”, dei compiti (Mansionario), dei contenuti scientifici utili all’esercizio e delle modalità di acquisizione del titolo (strutture formative).

L’individuazione è del tipo: ciò che non è già di altri. La caratteristica è la dipendenza. Le scelte vengono fatte prevalentemente da altri e le infermiere non sono protagoniste.

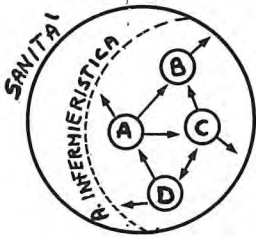
II CENSIMENTO RISORSE
(Esposizione - Seduzione)



ELABORAZIONI

Studio dei ruoli, definizione e rispetto dei modelli professionali convenzionali, produzione di tipologie organizzative e procedurali; indagini sul numero degli appartenenti ed identificazione di e in piccoli gruppi che si incontrano in convegni per identificarsi, per discutere proposte, analizzare problemi. Proliferazione di gruppi.

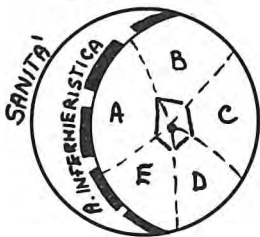
III CONFLITTO DI GRUPPO/
CONFRONTO
(Desiderio di misurarsi -
"Ideologismi")



DECISIONI

Tensione centripeta - Infermiere unico. Elaborazione di *mozioni*, individuazione di *fini*, definizione di *scopi* della professione ed in contemporanea costituzione di sottogruppi professionali con tendenza all'ideologismo. Conflitti fra Infermiere Professionale e Assistente Sanitario - Vigilatrice Infanzia e Infermieri delle aree specialistiche o delle funzioni didattico-dirigenziali. Nascita di associazioni, relazioni preferenziali, scontro con altre professioni od avvicinamento ad altre professioni. Violazione di regole interne, contestazione di modelli, di normative. Crisi di identità.

IV POTERE DI GRUPPO
(Appartenenza)



PROGETTI

Elaborazione di progetti globali come ad esempio Servizio/Ufficio Infermieristico, Sistema formativo nell'ambito dell'Università... con strategie ben definite. Libera convergenza delle diverse aree professionali alla gestione delle decisioni e del potere interno. Scelta della struttura, meccanismi operativi che si intendono dare alla professione e definizione di linee di azione nella negoziazione sociale ed organizzativa.

Definizione di valori, contenuti scientifici propri. Notevole capacità di relazione con gli altri sottosistemi e capacità di gestione del proprio. Appropriamento di funzioni direzionali per lo specifico professionale e di partecipazione alle decisioni dell'intero sistema sanitario nei diversi livelli organizzativi.

Non sono in grado di riferirvi il tempo di permanenza in uno stadio o il momento storico di passaggio al successivo o ritorno al/ai precedenti, in quanto avrebbe comportato una grigliatura dei fenomeni fondamentali nelle diverse aree geografiche e culture italiane: lavoro ponderoso per un gruppo di ricerca.

Possiamo comunque, vedere assieme alcuni degli indicatori possibili da ricercare in alcune aree e ripercorrere brevemente quanto è avvenuto in quella della formazione.

Indicatori dello stadio di evoluzione o sviluppo del gruppo professionale ricercabili relativamente a:

- 1) Legislazione
 - Regolamenti interni delle istituzioni ospedaliere, e di altri istituti che comportano la presenza di personale infermieristico.
 - Leggi, decreti, circolari ed ogni altra normativa relativa all'esercizio professionale.
 - Contratti di lavoro....

- 2) Organizzazione
 - Presenza e ruolo del personale infermieristico in organi decisionali, amministrativi e politici o in commissioni, gruppi di lavoro, consigli di staff ai diversi livelli organizzativi (locale, regionale, nazionale).
 - Presenza ed influenza del personale infermieristico nelle organizzazioni sindacali.
 - ...

- 3) Attrattiva ed importanza della professione
 - Numero di iscrizioni nelle scuole e permanenza nella professione.
 - Partecipazione alla "vita" professionale anche dopo la cessazione del servizio.
 - Sentirsi infermieri: il presentarsi tali, l'utilizzo della sigla professionale come titolo di studio in documenti ufficiali, rubriche telefoniche, targhette della residenza o domicilio.

(NB. Nel linguaggio comune un infermiere

che non esercita o che ha assunto ruoli politico/dirigenziali viene definito come ex infermiere alla pari di chi ha esercitato un'arte o mestiere).

– Pubblicazioni finalizzate all'orientamento professionale, articoli di stampa, rubriche...

– ...

4) Modalità di lavoro dei "gruppi professionali"

– Argomento dei convegni, congressi, loro numerosità e tipologia/specialistica, di base, dirigenziale, formativa/didattica.

– Modalità prevalente nello sviluppo degli argomenti: informativa, elaborativa (vedi programmazione di momenti per il lavoro di gruppo), propositiva di strategie/tattiche e/o soluzioni.

– ...

5) Produzione letteraria

– Numero di pubblicazioni per infermieri e fatte da infermieri; numero di riviste ed altre pubblicazioni a carattere periodico o monografico indirizzate agli infermieri in quanto tali.

– Livello di elaborazione teorica specificatamente infermieristica.

– ...

6) Formazione

–

EVOLUZIONE DELLA FORMAZIONE

Anno	1925-29	1934
Norma Italiana	R.D.L. 1925, n. 1832 esecutivo con il R.D. 21/XI/29 n. 2330 "Regolamento... Scuole-convitto professionali per infermiere..."	T.U. Leggi Sanitarie 27/VII/1934 n° 1265 art. 130-138
Disposizioni in merito a:		
I. SCOPO / ISTITUZIONE	<p>"... impartire alle allieve, con unità di indirizzo e metodo scientifico, tutte le nozioni teorico e pratiche necessarie a ben esercitare e dirigere l'opera di assistenza diretta degli infermi nei reparti clinici e ospedaliери. ...</p> <p>Le Università, gli enti e comitati che intendono istituire... debbono rivolgere analoga domanda al Ministero dell'Interno. (segue documenti).</p>	<p>Le università, con facoltà di medicina e chirurgia, i <i>comuni, le istituzioni pubbliche di beneficenza ed altri enti morali...</i>, presso un pubblico ospedale dotato di medicina e chirurgia... provvedere con le proprie infermiere alle assistenze... di una parte almeno delle corsie.</p>
II. AMMINISTRAZ. E FUNZIONAMENTO	<p>"un proprio statuto e regolamento speciale che il Ministero dell'Interno approva... Consiglio di Amministrazione – Direttrice della scuola convitto – Direttore Didattico (facoltativo): "uno dei medici insegnanti della scuola, dotato di particolari attitudini e competenza". – Insegnanti – "Le caposala della scuola;... debbono essere infermiere diplomate abilitate a funzioni direttive".</p>	<p>Direttrice della scuola: A.F.D. e tenuto con lode almeno un biennio Funzioni direttive in un reparto, Medici competenti, direttrice e caposala.</p>
III. AMMISSIONE ALLIEVE	Solo allieve interne – > 18 anni o < 35; Scuola media I° grado - Periodo di prova di 2 mesi.	
IV. DISCIPLINA INTERNA	<p>"non più di <i>sette</i> ore complessive di tirocinio pratico... in nessuna scuola... debbono rimanere occupate per più di <i>nove ore</i> al giorno. Le trasgressioni... l'ammonizione verbale e scritta, la privazione della libera uscita e licenziamento dalla scuola."</p>	

INFERMIERISTICA

1938	*1971	**1973-1975
D. Min. Interno 30/IX/1938 "Programma di insegnamento e di esame...", I.P., ASV e AFD	L. 25/2/1971 n. 124 "Estensione al personale maschile,... organizzazione scuole	L. 15/XI.197 n. 795 "Accordo Europeo sull'istruzione e Formazione infer." D.P.R. 13/X/1985 n. 867 "Modificazioni all'ordinamento delle scuole per infermieri professionali e relativi programmi.
	Scuole per Infermieri Professionali	Tirocinio con personale qualificato e sufficiente, almeno 1 infermiera diplomata, attività con valore educativo sotto la sorveglianza delle istruttrici.
		Finanziamento chiaramente identificabile. Medico ed infermiera competenti nel campo dell'insegnamento e amm. Almeno 1 inf. con formazione di almeno 1 anno per l'insegnamento, corpo docente qualificato.
Prova selettiva dopo 2 mesi - 3 ore teoria e 3 ore esercitazione al giorno; 3 prove scritte: Etica, Teoria, Pratica.	Estensione al personale maschile, abolizione dell'obbligo dell'internato. Ammissione al 3° anno scuola superiore dal 1973. Età 17 anni.	Ammissione al 3° anno scuole Superiori. Età raccomandata 17-19.

Anno	1925-29	1930
Norma Italiana	R.D.L. 1925, n. 1832 esecutivo con il R.D. 21/XI/29 n. 2330 "Regolamento... Scuole-convitto professionali per infermiere..."	T.U. Leggi S. VII/1934 n° 12138

V. INSEGNAMENTO

Materie obbligatorie: elementi di anatomia e fisiologia, elementi di medicina e chirurgia, assistenza medica-chirurgica-infantile, pronto soccorso, nozioni di igiene, elementi di etica e di economia domestica (tot. n. 6) "insegnamento pratico deve avere preponderanza assoluta su quello teorico". "I programmi particolareggiati sono proposti dal consiglio degli insegnanti... le scuole possono impartire insegnamenti facoltativi con l'autorizzazione del Ministero".

Il Ministero per la prima volta sentito il Sup. San. e l'istruzione dei programmi di studio e di es-

VI. ESAMI E DIPLOMI

Due anni scolastici
 Due sessioni (estiva e autunnale), scrutinio finale calcolando la media voti riportati nei profitti di "ciascuna materia, per lo studio, per la condotta e per l'ordine e precisione nel servizio". 6/10 per "una prova orale e una pratica" (segue composizione e nomina commissioni, modalità di esame). "I temi della prova scritta, uguali per tutte le scuole sono assegnati dal Ministero dell'interno di concerto con quello dell'Educazione Nazionale".

VII. VIGILANZA GOVERNATIVA

"Compete ai Ministeri dell'Interno e dell'Educazione Nazionale"...

DISPOSIZIONI GENERALI E TRANSITORIE

Infermieri di cui art. 6 L. 23/6/27 n. 1264: se tirocinio prof. 2 anni ammissione 2° anno se tirocinio prof. 4 anni rilasciato diploma; se tirocinio prof 6 anni di cui due funz. dirett. diploma A.F.D.

... Il Ministero vigila affinché le amministrazioni ospedaliere provvedano gradualmente alla applicazione dell'art. 10 RDL 1925 n. 1832;... che tutti i posti di caposala siano coperti da personale munito di regolare diploma."

art. 137: A.F.I. preferenza per la formazione di scuole di assistenza infermeria ospedali.

1938

*1971

**1973-1975

27/ 130-	D. Min. Interno 30/IX/1938 "Programma di insegnamento e di es- ame..., I.P., ASV e AFD	L. 25/2/1971 n. 124 "E- stensione al personale maschile,... organizzaio- ne scuole	L. 15/XI.197 n. 795 "Ac- cordo Europeo sull'istru- zione e Formazione in- fer." D.P.R. 13/X/1985 n. 867 "Modificazioni al- l'ordinamento delle scuo- le per infermieri profes- sionali e relativi pro- grammi.
-------------	---	---	--

ni-
glio
t I-
i
na-

Programma preliminare
(Teoria 144 ore, Pratica
144 ore)
1° anno Teoria ore 144
2° anno Teoria ore 171
Totale 451
10 Materie - Durata del
tirocinio non definita.

1 anno:
Teoria 680 ore
Tirocinio 700 ore
2° anno:
Teoria 620 ore
Tirocinio 900 ore
3° anno
Teoria 460 ore
Tirocinio 1250 ore

Tot. Teoria 1760 ore
Tot. Tirocinio 2850 ore

Introduzione di sei
scienze fondamentali, u-
mane, lingua straniera,
etica prof.

3 anni scolastici, libretto
di profitto con votazioni,
tirocini, attitudini.

di
re-
as-
gli

Fino al 1973 ammissio-
ne alle scuole per Infer.
Gen. per dipendenti da
4 anni, età < 50.
Ammissione I.G. al 2°
anno previo superamen-
to di un esame, in servi-
zio da 3 anni.

* L. 29/10/1954 n. 1046 - Istituzione scuole per infermiere ed infermieri generici per l'abilitazione all'esercizio *dell'arte ausiliaria* di I.G.

* D.P.R. 24/5/1965 n. 775 - Modificazioni allo Statuto dell'Università degli studi di Roma, Istituzione Scuola Speciale per Dirigenti Assistenza Infermieristica.

** D.M. 8/2/72 (G.U. 22/3/72 n. 72) Modificazioni al programma del corso per il diploma di Abilitazione a Funzioni Direttive nell'assistenza Infermieristica. Teroia 320 ore - Tirocinio 600 ore (400 reparti ospedalieri - 200 ore ambulatori, istituti, uffici).

D.P.R. 14/1/1972 n. 4, D.P.R. 25/11/1975 n. 902, L. 21/12/1978 n. 845 - Trasferimento di competenze in merito alla formazione alle Regioni a statuto ordinario (n. 4) e speciale (n. 902), a cui fanno seguito le leggi regionali per la regolamentazione della formazione professionale, ad Es. Puglia (L.R. 8/4/1975 n. 30); Umbria, (31/5/1977 n. 23); Veneto, (L.R. 2/12/1977 n° 66); Lazio (L.R. 24/6/1980 n. 86); Lombardia, (L.R. 25/8/1979 n. 47...; Friuli V.G. (L.R. 27/12/1986 n. 61). L. 3/6/1980 n. 243 "Riqualficazione del personale infermieristico".

Direttiva del Consiglio d'Europa del 27/6/77 - n° 452 - 453 - 454 - 455.

Rapporto Comitato Consultivo per la formazione nel campo dell'assistenza infermieristica. 29/4/1981: sulla formazione degli infermieri responsabili dell'assistenza generale ed in particolare sull'equilibrio da ricercarsi tra formazione teorica e formazione clinica.

Raccomandazione n° R/83/5 del Consiglio d'Europa relativa alla formazione complementare degli infermieri 26/5/1983.

Disegno e Proposte di legge relativi alla formazione degli infermieri del 5/8/1983 - 12/10/1983 - 30/8/84 - 7/2/85 - 31/7/85 - 19/9/85 intese ad inserire la formazione a livello universitario e l'istituzione del corso di laurea in scienze infermieristiche.

Il rapido panorama dei passi più significativi, in relazione alla evoluzione della formazione, ci portano a constatare l'aumento considerevole delle ore dedicate alla formazione (1983 - 451 ore di teoria - 1975 - 1760 ore), delle scuole di formazione (1925 n° 21 - 1985 n. 415), della graduale appropriazione di spazi nella gestione della stessa nonostante alcuni errori di percorso (vedi leggi regionali). Con il trasferimento alle Regioni della formazione professionale per l'infermiere chiamarsi professionale è stato più un danno che un vantaggio. L'unico vantaggio lo hanno avuto, forse, alcuni ospedali presso cui le scuole sono state istituite, in quanto per effetto delle attività di formazione c'è stata una elevazione del livello di professionalità e di coscienza nei servizi infermieristici talvolta relegati a posizioni culturali di periferia.

L'evoluzione ha subito un rapido sviluppo e crescita per effetto della normativa europea che ha consentito alla infermieristica italiana di beneficiare dei livelli di maturità raggiunti dalle infermiere d'oltralpe. Mancano solo una struttura organizzativa e meccanismi operativi idonei ad identificare l'infermiere dell'area formativa portandole così ad una maturazione verso l'ultima fase del modello sopra esposto. Io penso che molti segnali evidenziano il raggiungimento della fase IV.

ISTITUZIONE DELLE PRIME SCUOLE IN ITALIA

1901	- I.P.	- Napoli	"Croce azzurra"
1906	- I.P.	- Napoli	"Ospedale Gesù e Maria"
	I.P.	- Roma	"S. Giuseppe"
1908	- I.P.	- Roma	"S. Gregorio"
1910	- I.P.	- Roma	"Regina Elena"
1912	- I.P.	- Napoli	
1913	- I.P.	- Milano	"Principessa Clotilde"
1914	- I.P.	- Trieste	"Giulio Ascoli"
1915	- I.P.	- Firenze	C.R.I.
1916	- I.P.	- Milano	C.R.I.
1919	- A.S.V.	- Roma	C.R.I.
1920	- A.S.V.	- Bologna	C.R.I.
		Firenze	"
		Milano	"
		Torino	"
1922	- I.P.	- Torino	
1923	- I.P.	- Venezia	
1926	- I.P.	- Genova	
	A.S.V.	- Napoli	
1927	- I.P.	- Napoli	C.R.I.
1928	- A.S.V.	- Napoli	C.R.I.

TOTALE n. 21

SCUOLE INFERMIERI PROFESSIONALI (Aggiornato al 1984)

1984	I.P.	- Abruzzo	n. 15
		- Basilicata	n. 8
		- Calabria	n. 13
		- Campania	n. 29
		- Emilia-Romagna	n. 15
		- Friuli V.G.	n. 11
		- Lazio	n. 40
		- Liguria	n. 15
		- Lombardia	n. 46
		- Marche	n. 10
		- Molise	n. 5
		- Piemonte	n. 35
		- Valle D'Aosta	n. 1
		- Puglia	n. 35
		- Sardegna	n. 6
		- Sicilia	n. 49
		- Toscana	n. 31
		- Trentino	n. 7
		- Umbria	n. 10
		- Veneto	n. 34

TOTALE n. 415

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Dopo questa breve e forse complicata ricerca di una risposta al tema, mi sembra di poter constatare che c'è:

- evoluzione di crescita se guardiamo l'aumento dei contenuti scientifici nei curricula di formazione di base e nelle iniziative finalizzate all'aggiornamento, anche se l'insieme delle conoscenze è talvolta caotico e non finalizzato alla costruzione di una chiara identità professionale;
- evoluzione di crescita se consideriamo la struttura dell'organizzazione professionale e dei servizi infermieristici;
- evoluzione di crescita nella capacità di elaborazione di una cultura infermieristica italiana anche se inadeguata in quanto manca una sufficiente produzione di testi fatti da infermieri italiani; incompleto e lacunoso il sistema informativo (riviste, pubblicazioni varie) anche se in rapida espansione;
- in tumultuoso sviluppo il mondo della informazione tramite incontri (congressi, convegni, seminari) incentivati da una professione che si struttura sempre più in sottogruppi per area di attività e riesce sempre più ad identificare i problemi dell'esercizio professionale su cui incentivare la riflessione ed il confronto di esperienze che frequentemente portano a proposte e progetti di tutta dignità scientifica.

Nonostante questo, si constata che nella pratica ci sono stati alcuni significativi cambiamenti. Ad esempio, le assistenti sanitarie (visitatrici) hanno quasi completamente perso il sociale, delegato le attività assistenziali dirette, aumentato a dismisura l'attività burocratica prevalentemente di ufficio e non direzionale diversamente da quanto prevedeva la circolare ministeriale 1/2/1949, n. 13 e relativo allegato.

Le infermiere professionali hanno aumentato le attività di tipo amministrativo e tecnico a tal punto che si era perfino ipotizzato di chiamare gli infermieri "tecnici sanitari di assistenza infermieristica"; hanno perso il rapporto con il paziente sotto l'aspetto corporeo e delle relative problematiche legate all'evenienza malattia. Sono comunque emerse nuove attività assistenziali, come ad esempio l'enterostomista, legate alla riorganizzazione del modo di fare assistenza ed allo sviluppo delle attività di assistenza ambulatoriale.

La professione infermieristica, in relazione alla scienza ufficiale, ha avuto una evoluzione di crescita, anche se talvolta l'influenza delle professioni a maggior elaborazione scientifica e sviluppo tecnologico ha pesantemente condizionato lo sviluppo ed il ruolo della professione infermieristica allontanandola dal perseguire un suo specifico progetto ed identità.

La fase attuale mi sembra caratterizzata da ampio e diffuso dibattito non solo all'interno della professione e fra alcuni infermieri più sensibili ed impegnati. È probabile che l'emergente discorso incentrato sulla qualità possa essere più produttivo di metodi e strategie professionali di quanto non lo sia stato la pura e semplice riflessione e ricerca dello scopo, finalità ed identità professionale.

Chiedersi quali aspettative ed esigenze degli assistiti non siano state soddisfatte dalle nostre prestazioni è fare ricerca.

Lo sviluppo della ricerca porterà l'infermieristica ad uscire dall'empirismo e dogmatismo tipici della fase iniziale fornendo nel contempo comprensione delle soluzioni idonee a configurare una professione maturata nei suoi aspetti assistenziali, organizzativo/dirigenziali e formativi in sincronia e coerenza con il contesto sociale e scientifico del momento.

Io credo che l'evoluzione della professione infermieristica in Italia stia approdando ad una fase di maturità ed evidenzi la lenta crescita verso l'autonoma gestione della propria funzione professionale.

Dott. A. Massei

L'autonomia professionale nel concetto di prestazione

PREMESSA

Questo intervento vuole essere una sintesi di un processo di apprendimento in atto da due anni sulle modalità di legittimazione della professione infermieristica. In questo incontro si focalizza il ruolo dell'infermiere specializzato in Area Critica.

Il motivo che ha condotto alla formulazione di alcuni principi sul ruolo del personale infermieristico nei processi di erogazione dell'assistenza nasce da due domande:

- se le organizzazioni sanitarie si considerano organizzazioni professionali, è coerente in tale modello tradurre in legge nazionale uno strumento organizzativo, il mansionario, al fine di tutelare colui che eroga/riceve assistenza?
- quali principi potrebbero permettere di progettare un'alternativa allo strumento mansionario, salvaguardando le motivazioni che lo hanno originato?

Molti all'interno della professione infermieristica hanno rifiutato un'ipotesi di mansionario in quanto riduttivo e rigido in un periodo ad elevata evoluzione scientifica, tecnologica, sociale e professionale.

Ricerca un'alternativa al concetto di mansione e collocarla dentro un quadro professionale complessivo è diventato obiettivo di uno studio del C.E.R.G.A.S. prima con 43 presidenti di Collegi IPASVI, ora con l'ANIARTI.

ALCUNI ELEMENTI CHE CARATTERIZZANO UN PROFESSIONISTA

Il primo passo del processo di apprendimento consiste nel riconoscere come professionista colui che:

- possiede un quadro teorico di riferimento nello svolgimento delle attività;
- risponde direttamente del proprio operato;
- sviluppa sistematicamente le proprie attitudini e capacità;
- identifica modelli deontologici per confrontare il proprio comportamento.

Nella professione infermieristica, questi principi comportano alcuni effetti:

- sistematizzare e generalizzare i principi di Discipline infermieristiche;
- individuare specifici risultati assistenziali (prestazioni) delle diverse figure infermieristiche;

- sviluppare modelli organizzativi che riconoscano un'autonomia alla professione infermieristica (funzione, servizio, ufficio infermieristico);
- incentivare Collegi ed Associazioni ad essere garanti di comportamenti professionali e di sviluppo della cultura infermieristica.

IL CONCETTO DI PRESTAZIONE

In questi ultimi anni si è evidenziata una evoluzione nel livello culturale di coloro che entrano nella professione infermieristica, in particolare:

- nella maggiore scolarità,
- nella richiesta di scuole speciali e
- nella promozione di iniziative di formazione ed aggiornamento professionale.

Quest'ultime non sempre esplicitano gli obiettivi che si vogliono raggiungere, come se non fossero chiari i fabbisogni del ruolo, o meglio chi dovrebbe essere e cosa dovrebbe garantire l'infermiere professionale, l'infermiere specializzato in area critica, l'infermiere specializzato in sanità pubblica, ecc.

Definire un mansionario quale risposta alle incertezze di ruolo (invece di studiare chi è l'I.S.A.C. e quali sono i contenuti che lo differenziano dall'infermiere professionale) per molti professionisti potrebbe rappresentare un elemento di sicurezza, di garanzia nello svolgimento di attività operative. Per molti altri potrebbe precludere la legittimazione della professione infermieristica nei confronti di altre professioni, in quanto l'infermiere rimarrebbe un'esecutore di compiti stabiliti istituzionalmente, non dai bisogni del paziente.

Questa preoccupazione è maggiore nell'area critica, in cui l'evoluzione dei principi scientifici, dei metodi delle applicazioni tecnologiche e delle esigenze sociali ed organizzative richiedono agli operatori una capacità di risposta ai problemi del paziente critico, oltre alla capacità di eseguire o utilizzare certe tecniche.

Il secondo passo del processo di apprendimento consiste, quindi, nel recuperare il contenuto teorico e metodologico che differenzia l'infermiere specializzato in area critica da altre figure infermieristiche e tradurlo in risultati ottenibili nella erogazione dell'assistenza infermieristica al paziente critico.

In tal modo, l'infermiere specializzato assume una precisa responsabilità sui risultati del proprio agire sia rispetto al paziente che rispetto all'organizzazione e all'ambiente. Definire una "precisa responsabilità" sui risultati significa rispondere direttamente delle prestazioni erogate al paziente critico.

La PRESTAZIONE è quindi il risultato conseguito mediante lo svolgimento di un complesso di azioni fra loro coordinate per la risoluzione di un bisogno specifico manifestatosi in un paziente critico.

Nella prestazione, l'infermiere specializzato ha una responsabilità totale sul risultato del proprio operato quando decide:

- tipologia di intervento infermieristico (cosa)
- modalità di azione (come)

- tempi di erogazione e di valutazione dei risultati (quando)
- motivazioni causa-effetto del processo infermieristico.

Dall'insieme delle decisioni che permettono l'erogazione di un processo assistenziale, le prestazioni si possono classificare in:

- semplici o complesse,
- autonome o parzialmente autonome.

Nella prestazione SEMPLICE è noto il mix delle decisioni (cosa, come, quando, perché) che consentono un risultato assistenziale ottimale; in quella COMPLESSA, l'elevato grado di incertezza del mix decisionale potrebbe compromettere il risultato previsto. Le prestazioni complesse comportano una maggiore osservazione, informazione, discrezionalità del professionista che può essere tutelata con strumenti organizzativi flessibili, quali i protocolli, le procedure assistenziali, la formazione permanente, progettati all'interno della funzione infermieristica.

La prestazione è AUTONOMA quando nel mix decisionale si individuano precise competenze infermieristiche e possono comportare eventuali responsabilità civili e penali.

La prestazione è invece ad alta o bassa INTERDIPENDENZA quando più professionalità integrandosi intervengono nel mix decisionale. Il risultato nella prestazione interdipendente è garantito da decisioni prese da diversi professionisti (medico, infermiere specializzato AC, tecnico, fisioterapista, ecc.).

Per tutelare l'infermiere specializzato in area critica ed il paziente, nelle prestazioni interdipendenti si richiede la prescrizione scritta per alcune azioni previste nella prestazione. All'infermiere specializzato in area critica comporta la responsabilità delle decisioni sulle modalità di azione, sui tempi e sulle motivazioni causa-effetto.

	prestazione semplice	prestazione complessa
prestazione autonoma	mix decisioni noto interdipendenza nulla	mix decisioni incerto interdipendenza nulla
prestazione parzialmente autonoma	mix decisioni noto interdipendenza bassa	mix decisioni incerto interdipendenza alta

UN PROCESSO DI CAMBIAMENTO CULTURALE

Sebbene le considerazioni, fin ora evidenziate, siano necessarie per intraprendere un processo culturale, si dovrebbero considerare i fattori che portano al cambiamento del modello "per compiti" con un modello professionale.

Individuate valide alternative nelle soluzioni di problemi, perché queste siano efficaci, è importante gestire il processo di cambiamento.

Peraltro, il cambiamento culturale si gioca a due livelli:

- esterno, nei confronti dell'ambiente, della società in generale.
- interno, nei confronti della professione infermieristica.

Quest'ultimo è determinante e spinge ad affrontare il “COME” gestire il cambiamento culturale e l'incertezza che questo processo crea in alcuni professionisti.

Alcune variabili “critiche” da valutare al fine di raggiungere un cambiamento culturale possono essere:

- condivisione dell'obiettivo voluto col cambiamento,
- capacità di stimolare comportamenti costruttivi nel gruppo,
- valutazione del tempo necessario per raggiungere il risultato voluto,
- individuazione degli attori del cambiamento,
- previsione del grado di resistenza al cambiamento.

È piuttosto improbabile una resistenza interna alla professione infermieristica quando il gruppo di professionisti coinvolto condivide l'obiettivo del cambiamento culturale (non più responsabilità su singole operazioni, ma responsabilità su risultati, su prestazioni), possiede strumenti per interiorizzarne le motivazioni, gioca un ruolo principale in ciò che sta avvenendo, si riconosce nelle modalità di gestione del processo di cambiamento.

In ogni processo di cambiamento si verificano delle resistenze individuali o di gruppi di interessi: non si negano, ma si affrontano ai vari livelli di complessità:

- ad un primo livello, la resistenza è un fattore fisiologico. Si tratta di imparare concetti nuovi, metodi di lavoro, sviluppare capacità specifiche che richiedono uno sforzo non solo operativo, fisico,
- ad un secondo livello, la resistenza è anche psicologica, dovuta all'incertezza di lasciare un qualcosa di noto e sperimentato per qualcosa di sconosciuto e innovativo per ciò che comporta,
- ad un ultimo livello, la resistenza è un fattore di insuccesso quando non sono condivise le finalità, le motivazioni e/o le modalità di acquisire il consenso interno ed esterno alla professione.

Mentre i primi due livelli sono considerati “natural” in ogni processo di cambiamento, l'ultimo livello permette di prevedere il grado di resistenza e di valutare la possibilità di successo del processo di cambiamento.

Per favorire il processo di cambiamento culturale dell'infermiere specializzato in area critica all'interno della professione, si possono individuare alcuni strumenti:

- una rete di comunicazione interna e articolata che permette la diffusione del contenuto del cambiamento (contatti personali, documenti, riviste, formazione, aggiornamento professionale, ecc.) e la valutazione di alternative (riunioni, iniziative locali e/o regionali, conferenze, gruppi di lavoro, commissioni, ecc.)

- un sistema decisionale rappresentativo degli interessi professionali in area critica
- un sistema di rappresentanza dell'ISAC nella professione e nell'ambiente.

La compattezza di una professione si evidenzia, in generale, anche dalla capacità interna di ricercare obiettivi comuni in cui traspare l'omogeneità culturale e professionale.

La diversità non divide, ma arricchisce.

PROSPETTIVE ORGANIZZATIVE

Si sono considerati alcuni elementi “chiave” per il processo culturale: come definire l'infermiere specializzato in area critica e l'autonomia professionale, come raggiungere un cambiamento culturale dell'ISAC dentro la professione infermieristica. Riconoscere la professionalità di un ruolo significa tradurre alcuni principi organizzativi nella funzione infermieristica presente nelle diverse unità operative delle organizzazioni sanitarie:

- una funzione che sviluppi sia la dimensione orizzontale che quella verticale,
- una gestione della risorsa umana che risponda ai fabbisogni di identità e sviluppo professionale ed implementi una politica di mobilità, di sentimenti di carriera professionali, di sviluppo delle attitudini e delle capacità,
- un sistema di controllo sui risultati, sulle risorse e sui comportamenti dei professionisti,
- un sistema di relazioni intra ed interprofessionali.

L'area critica: un concetto di continuità nel processo di assistenza

PREMESSA

Prima di definire cosa intendiamo per AREA CRITICA, riteniamo opportuno fare alcune considerazioni:

- la nostra realtà operativa si svolge nell'ambito di una realtà COMPLESSA, delicata e vanno quindi sottolineati nuovi elementi che ne controllano e influenzano il corretto svolgimento;
- l'assistenza infermieristica, così come viene concepita oggi, richiede una nuova mentalità, basata sull'UOMO, sui suoi bisogni e le sue risorse, mentalità che ne garantisca un alto livello di qualità.

AREA CRITICA

Alla luce di quanto detto, abbiamo scelto il termine AREA CRITICA intendendo per area qualunque luogo ove si presenti la necessità di un intervento a pazienti critici.

È un'area in cui è possibile fornire al paziente *critico* un'assistenza OTTIMALE, adeguata a tutti i suoi bisogni e dove vengono garantiti elevati standards di assistenza, sicurezza, organizzazione ed eticità.

Questo OVUNQUE si presentino 3 componenti fondamentali:

- 1) il paziente in condizioni critiche;
- 2) una struttura organizzativa che disponga di attrezzature e materiali adeguati e prontamente disponibili per rispondere a situazioni critiche;
- 3) la necessità di garantire un'assistenza intensiva specifica e personalizzata.

Si è giunti a questa definizione attraverso la storia della Rianimazione, della Terapia Intensiva e dell'Emergenza.

Nel 1954 vengono istituiti legalmente negli ospedali italiani i servizi di ANESTESIA.

È evidente l'utilità di concentrare l'assistenza a pazienti gravi, in pericolo di vita, in particolari strutture.

Questo tipo di assistenza viene organizzata progressivamente nell'ambito di queste strutture. Infatti nulla ancora esisteva di quello che più tardi verrà chiamato Terapia Intensiva.

Affinché quest'area potesse essere distinta da iniziative che, successivamente, avrebbero potuto essere proprie di altri specialisti, fu chiamata RIANIMAZIONE.

Solo in seguito iniziarono a delinarsi le varie TERAPIE INTENSIVE, come ad esempio quella cardiologica, neurochirurgica, nefrodialitica, ecc.

Tali servizi si staccarono quindi dalle Rianimazioni che fino a quel momento se ne erano fatte carico.

Nacquero così quà e là senza una precisa programmazione le varie Rianimazioni e Terapie Intensive, frutto però di una scelta ben chiara: la superspecializzazione di un ORGANO o APPARATO.

La settorializzazione, la selettività hanno quindi portato alla frantumazione della Rianimazione in strutture ultra specializzate la cui conseguenza è stata la dispersione dei malati critici in luoghi diversi.

All'interno di questo quadro, il problema riguardante il personale infermieristico non è stato mai sufficientemente considerato e soprattutto definito.

Neppure noi infermieri, finora, abbiamo avuto la capacità e la forza di considerarci SOGGETTI del nostro futuro, chiarendo innanzi tutto a noi stessi il nostro ruolo rispetto a questa frantumazione di patologia.

Siamo convinti sia giunto il momento di fare delle scelte ben precise.

Scelte che dobbiamo e vogliamo fare.

“Non ci sono malattie, ma solo malati” ha detto Ippocrate.

Virginia Henderson afferma che “la funzione specifica dell’infermiere è quella di assistere l’individuo, sano o malato, affinché possa compiere tutti quegli atti tendenti al mantenimento della salute e alla guarigione o a prepararlo ad una morte serena, atti che compirebbe da solo se disponesse della forza, della volontà e delle cognizioni necessarie, e di favorire la sua partecipazione attiva in modo da aiutarlo a riconquistare il più rapidamente possibile la propria autonomia”.

È su tali concetti che in Italia, da vari anni, si parla di “processo e piano nursing”, di assistenza “globale”, di modello “umanistico”.

In tutte le scuole vengono sviluppati concetti in termini di DINAMICITÀ, GLOBALITÀ e CONTINUITÀ.

Concetti molto profondi, molto veri, che restano però spesso bellissime parole, decantate in vari modi ma raramente applicati. Quale scelta dunque riguardo la nostra realtà operativa?

Come riscoprire il nostro ruolo?

Vogliamo dare priorità alla specializzazione su di un organo, su di un apparato oppure vogliamo avvicinarci sempre più all’uomo facendo sì che ogni atto infermieristico, anche quello più semplice e banale, acquisti valore?

Abbiamo scelto l’UOMO.

L’uomo nella sua interezza ed esclusività, non il cervello, il cuore, il rene, il polmone.

L’uomo considerato come PERSONA e SOGGETTO della propria salute. Tutto ciò richiede senz’altro una nuova mentalità basata sull’approccio interdisciplinare, sulla capacità di lavorare in équipe, sulla garanzia di assistenza pienamente umana ed insieme altamente qualificata.

Proviamo a riflettere un momento facendo una rapida carrellata sul nostro lavoro quotidiano.

Al nostro specifico approdano pazienti particolari, CRITICI, che si trovano in una situazione di costante lotta per la sopravvivenza, con un precario equilibrio fisico e psichico, soggetto a continui mutamenti alle volte difficilmente prevedibili e controllabili.

Persone che improvvisamente si trovano in una situazione CRITICA, da indipendenti che erano, passano ad una totale dipendenza dal personale sanitario e da sofisticate apparecchiature.

Malati che vengono quindi a trovarsi in una situazione di grande complessità, di estrema delicatezza e di grave instabilità.

Spesso perciò sviluppano accanto ai bisogni reali propri della patologia di cui sono portatori, anche dei bisogni potenziali strettamente correlati alla realtà "patologica" dell'ambiente in cui si trovano.

Nei malati critici infatti il senso di impotenza è aggravato dall'ambiente da cui sono circondati che impedisce loro il controllo di qualsiasi funzione: mangiare, dormire, muoversi, comunicare e si sentono di dover dipendere completamente da estranei.

Parliamo dunque di AREA CRITICA perché va superata, nella visione infermieristica del malato critico, una concezione di criticità solo di alcuni "settori" o "organi" o "apparati" dell'uomo. L'assistenza ad un malato critico va pensata come una costante attenzione a tutti i problemi/bisogni dell'uomo in condizione critica.

Le principali prestazioni riferite alla patologia di cui abbisogna il paziente critico, sono volte ad assicurare un supporto intensivo alla *respirazione*, *circolazione* e alla funzione *metabolica*. Sono questi i 3 distretti funzionali che, influenzandosi reciprocamente, hanno compiti fondamentali nell'assicurare la vita. Vengono così garantiti come minimo il trasporto di ossigeno, l'eliminazione dell'anidride carbonica e il mantenimento delle costanti necessarie nei liquidi organici e di conseguenza l'efficienza di tutti gli organi.

Contemporaneamente il ruolo infermieristico mira ad assicurare l'*igiene*, l'*alimentazione*, l'*eliminazione*.

Rispetto a questi ambiti e in particolare a quello che riguarda l'igiene della persona, l'intervento infermieristico è volto a diminuire il rischio potenziale di infezioni che rappresentano il più alto pericolo per la vita del paziente, data la grave diminuzione immunitaria e l'altissima selezione microbica che viene a crearsi in questi ambienti.

Altrettanto importante è il supporto *psicologico* che deve essere adeguato al malato critico.

I bisogni/problemi del malato si esprimono prevalentemente rispetto alla situazione improvvisa creatasi:

- 1) da persona autonoma a totale dipendenza;
- 2) dall'ambiente ostile che circonda tale persona;
- 3) dall'isolamento degli affetti e della vita familiare;
- 4) dall'interruzione brusca dell'attività lavorativa, relazionale e sociale.

Viene da sé perciò che numerosi bisogni/problemi e quindi numerose prestazioni sono *comuni* a tutti i pazienti critici.

CONCETTO DI CONTINUITÀ

In quest'ottica ecco svilupparsi il concetto di continuità nel processo di assistenza.

L'assistenza sarà ottimale quando saprà rispondere in modo soddisfacente

alle esigenze del malato critico, quando sarà in grado di ricercare i più elevati livelli qualitativi e quantitativi di prestazioni e, finalmente, quando saprà rispondere a due criteri quali l'EFFICACIA e l'EFFICIENZA, tanto più nella complessità della situazione critica.

Come assicurare la continuità?

Abbiamo individuato e sviluppato prevalentemente 2 aspetti che riguardano il concetto di continuità:

- 1) rispetto all'evento critico;
- 2) rispetto alla cura e all'assistenza.

Per quanto riguarda il primo punto, abbiamo ritenuto necessaria la presenza dell'infermiere d'area critica in tutto il percorso del paziente, dal momento in cui si verifica l'evento, sia esso sulla strada, in casa, sul lavoro, fino alla risoluzione dei bisogni di cura e di riabilitazione.

Questo perché altrimenti c'è il pericolo di una nuova parcellizzazione del malato, non più rispetto alla patologia, ma per il momento critico che si presenta.

Se vogliamo tener presente l'uomo nella sua interezza, occorre che l'infermiere di area critica lo segua fino al recupero di quella autonomia presente al momento della manifestazione acuta, in modo da mettere in atto una valutazione globale di tutta l'assistenza prestata.

È utile perciò che l'infermiere di area critica sia presente in tutte le aree critiche, sia intra che extra ospedaliere, in cui sia necessario intervenire per assicurare le cure più idonee alla patologia specifica.

Rispetto al secondo punto, intendiamo garanzia di continuità nelle cure, supportata da strumenti informativi che possano garantire l'uniformità degli interventi e la stretta pertinenza agli specifici bisogni del singolo individuo.

Occorre quindi proporre un professionista che possieda conoscenze, metodi e abilità specifiche alle prestazioni richieste rispetto alle patologie nelle singole aree critiche ed alle attrezzature necessarie per la terapia ed il controllo delle attività vitali.

Gli interventi di nursing quali la mobilitazione, la cura e prevenzione del corpo, non possono essere disgiunti da obiettivi comuni di tutta l'équipe che valuta, organizza e pianifica gli interventi per raggiungere le finalità prepostasi.

Consideriamo ad esempio lo svezzamento del paziente dal respiratore.

Non ha significato svezzare un malato se poi il collega del turno successivo non applica le stesse modalità ed il rispetto dei tempi previsti per tale prestazione.

In questo caso sarebbe utile formulare un protocollo concordato con l'équipe che, oltre a dare una sequenza temporale degli interventi, ribadisca i principi scientifici a supporto degli stessi e gli obiettivi da raggiungere.

Lo strumento per garantire la continuità nell'assistenza è quello informativo.

La cartella infermieristica, per eccellenza, ha lo scopo di raccogliere e di utilizzare tutti i dati del paziente, individuarne i problemi, proporre e pianificare interventi specifici e quindi valutarne l'efficacia e l'efficienza.

Di fronte al malato critico la risposta è quella di interventi e cure intensive.

Si è sempre parlato di cure intensive rispetto al problema del medico, ma cosa significa per l'infermiere garantire un'assistenza intensiva?

Riteniamo si possano individuare due aspetti assistenziali che coinvolgono l'infermiere dei centri di area critica:

- 1) assistenza intensiva rispetto al malato collegato ad apparecchiature complesse ed alla tecnologia, quindi un infermiere che sappia conoscere, utilizzare e controllare l'apparecchiatura.
- 2) assistenza intensiva rispetto ad un malato che richiede una presenza continua, in quanto si trova in una situazione di potenziale pericolo di aggravamento.

Rispetto a queste due fasi, forse la prima, cioè intensiva rispetto alla complessità della tecnologia, considerata quella dominante, spesso coinvolge meno gli operatori da un punto di vista di tempo e di stress.

Basta pensare ad esempio, ad un paziente in coma profondo, con respiratore, monitor, pompe infusionali, ecc.

Tutto sommato le prestazioni, gli interventi sono abbastanza prevedibili e programmabili, richiedono bassa discrezionalità decisionale del singolo operatore e, contemporaneamente, l'utilizzo dell'apparecchiatura in modo corretto è motivo di sicurezza dell'operatore stesso.

Invece nell'assistenza intensiva rispetto ad un paziente con patologia complessa, ad alta probabilità di complicanze per la precarietà psico-fisica dovuta alla situazione morbosa, l'operatore è impegnato prevalentemente sia nell'osservazione continua, sia nella rapidità decisionale.

Ciò richiede di fatto un'altissima discrezionalità decisionale soggettiva e l'attivazione dei concetti teorici scientifici acquisiti per decidere l'intervento più appropriato rispetto alla patologia in atto.

CONCLUSIONI

L'AREA CRITICA viene dunque giustificata dalla presenza, in qualsiasi ambito, di pazienti con problemi che per qualità, quantità e durata nel tempo richiedono l'organizzazione di strutture fisiche, attrezzature, materiali e personale qualificato adeguati a favorire il processo di recupero della salute e, nell'eventualità, a fornire un supporto al processo della morte.

Se parliamo di area critica e di infermiere dell'area critica, è chiaro e conseguente che le competenze da acquisire ed il modo di concepire il nostro lavoro, dovranno subire un ampliamento di visuale.

Tutto ciò è giustificato da una nuova necessità di aderire in modo più preciso a quelle che sono le necessità dell'uomo.

Sarà nostro compito, d'ora in poi, introdurre nella nostra realtà operativa e nella struttura sanitaria in generale, il concetto di "AREA CRITICA", con tutte le conseguenze cui tale concetto porta.

La nostra realtà oltre ad essere complessa e a vivere un momento di particolare disagio, è ancora legata ad una visione settoriale dell'uomo.

Il lavoro e la strada da percorrere sono notevoli, in particolare per quanto riguarda l'acquisizione di capacità ed abilità nelle aree relative all'ambito relazionale, programmatico e di ricerca. Questo non deve distoglierci, però, dallo svolgere con competenza il nostro ruolo nella società e nella sanità.

BIBLIOGRAFIA

- AACN, *Standards per la cura infermieristica dei pazienti in condizioni critiche*. 1981
- AACN, *Atti del International Intensive Care Nursing Conference*. 1982
- A.C.O.S., *Atti del Seminario di studio: Verso la definizione di una nuova professionalità infermieristica*. Desenzano del Garda. Aprile 82.
- ANIARTI, *Atti del 3° Congresso Nazionale*. Padova, settembre 84.
- ANIARTI, 5° Congresso Nazionale. *Corso di aggiornamento: management infermieristico nell'area intensiva*. Milano, Novembre 86.
- AAROI, *Organizzazione e compiti dei servizi ospedalieri di Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva*.
- Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Lombardi, *Il personale infermieristico dei servizi di Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva: problematiche e prospettive nel contesto della riforma sanitaria*. Atti del 2° Convegno di Anestesiologia, Rianimazione e Terapia Intensiva. Crema, Novembre 80.
- Asson-Bettega, Bassetti-D'Avella, Lesca-Stadler-Colombo, *La formazione personale e professionale dell'organizzazione del nursing. Programmazione e valutazione*.
- Frey-Hügin-Mayrhofer, *Trattato di Anestesiologia, Rianimazione e Terapia Intensiva*. 1979.
- P. Lawin *Terapia Intensiva*.
- Regione Veneto, Giunta Regionale, Assessorato alla Sanità, *Informazione-Informatica e Nursing*. Atti del Convegno nazionale. Vicenza, marzo 85.
- P. Safar, *Rianimazione cardio polmonare e cerebrale*. 1983.
- Scenario, *Il nursing della sopravvivenza n. 1*. 1985.
- Scenario, *Il nursing della sopravvivenza n. 3*. 1985.
- Scenario, *Il nursing della sopravvivenza n. 1 e 2*. 1987.

Chiara Pegoraro

Il Contenuto delle prestazioni

La relazione che ora verrà esposta è il risultato di un lavoro svolto da un gruppo di studio e di ricerca, costituito da infermieri professionali e vigilatrici di infanzia operanti in area critica, iscritti all'ANIARTI.

Tale lavoro ha come finalità: elaborare contenuti per la formazione dell'infermiere di area critica.

Per raggiungere tale finalità abbiamo seguito questa linea metodologica:

- 1) Analisi della situazione attuale dell'infermiere professionale di base;
- 2) Studio delle concezioni e teorie dell'assistenza infermieristica e passaggio da una assistenza per mansioni ad una assistenza per prestazioni nell'I.P. di base.
- 3) Analisi dell'autonomia professionale, nel concetto di prestazione nell'I.P. di base.

Questa prima parte sarà l'oggetto della mia relazione.

A questo punto ci siamo chiesti:

Nell'area critica e nell'assistenza al paziente critico quali modalità e contenuti nel concetto di prestazione?

Per rispondere a tale quesito abbiamo percorso lo stesso itinerario metodologico consistente in:

- 1) Analisi della situazione;
- 2) Concetto di prestazione nell'area critica, modalità e contenuti;
- 3) Analisi Autonomia Professionale nel concetto di prestazione dell'infermiere di area critica.

Questa sarà la relazione del collega Luigi Donà.

Abbiamo ritenuto opportuno quindi analizzare alcune prestazioni e azioni dell'infermiere di area critica e il loro grado di autonomia e/o interdipendenza.

Tale elaborato verrà esposto dalla collega Luisa Rigon.

Inizierò quindi la mia relazione con tale sequenza:

- 1) Analisi della situazione attuale dell'I.P. di base;
- 2) Da un'assistenza per compiti al concetto di prestazione nell'I.P. di base;
- 3) Autonomia professionale nel concetto di prestazione nell'I.P. di base.

Chi è l'I.P. di base?

Diamo una definizione: Colui che ha completato un programma di base di educazione infermieristica ed ha conseguito con l'Esame di Stato l'abilitazione all'esercizio della professione per la promozione della salute, la prevenzione della malattia e la riabilitazione.

Qual'è attualmente il Profilo Funzionale dell'infermiere professionale di base?

Il profilo funzionale dell'infermiere professionale di base comprende in gran parte compiti di supporto agli interventi di competenza medica, le funzioni autonome riguardano prevalentemente alcuni bisogni di natura fisica.

L'assistenza si riduce ad una serie di atti ripetitivi che non necessitano

nemmeno di molte informazioni che perciò diventano affrettate, dispersive, finalizzate al lavoro per compiti.

La globalità della persona viene persa e l'infermiere è solo l'esecutore di atti.

Nell'ambito organizzativo del lavoro questo porta ad una segmentazione, alla routine, alla deresponsabilizzazione ed alla emarginazione dell'aspetto umano nei rapporti interpersonali.

Il cambiamento comporta una trasformazione qualitativa delle funzioni tradizionali ed un vero e proprio sviluppo delle funzioni primarie riferite a bisogni di natura psico-fisico-sociale nelle quali va ricercata la definizione di nuova identità professionale.

CONCETTO DI NURSING NELL'I.P. DI BASE

Il nursing cercando di introdurre un concetto di assistenza rispettoso dei bisogni dell'uomo nella sua globalità, ha richiamato l'infermiere alla sua funzione fondamentale mettendo l'accento sull'aspetto relazionale.

In questa ottica l'infermiere non è più visto come l'esecutore di ordini, ma responsabile della pianificazione, erogazione e valutazione dell'assistenza infermieristica.

TEORIE DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA - D.E.Orem

Di teorie o concezioni sull'assistenza infermieristica ce ne sono parecchie, per raggiungere l'obiettivo suddetto abbiamo scelto lo studio della concezione D.E. Orem.

Secondo quest'ultima "l'essenza" del nursing è quello di rispondere in modo continuativo ai bisogni dell'essere umano, attraverso azioni compensatorie, per permettergli di vivere in modo sano, guarire da malattie proteggendone gli effetti.

CONCETTO DI PRESTAZIONE NELL'I.P. DI BASE

Qualsiasi individuo può trovarsi in situazioni di bisogno per cui non è in grado di rispondere autonomamente al bisogno stesso, sviluppa così un bisogno specifico d'aiuto.

L'infermiere interviene in queste situazioni di bisogno con **AZIONI COMPENSATORIE** che hanno come scopo di ridurre o eliminare lo stato di bisogno stesso.

Ad uno stesso bisogno l'I.P. può rispondere con più azioni infermieristiche. L'insieme delle azioni finalizzate ad uno stesso bisogno costituiscono:

LA PRESTAZIONE

Esempio:

Bisogno: Respirare
azione inferm.: Ventilare e/o umidificare ecc.

L'insieme delle possibili azioni che l'I.P. di base ha elaborato, atte ad assicurare la respirazione, costituiscono la prestazione:

Assicurare la respirazione.

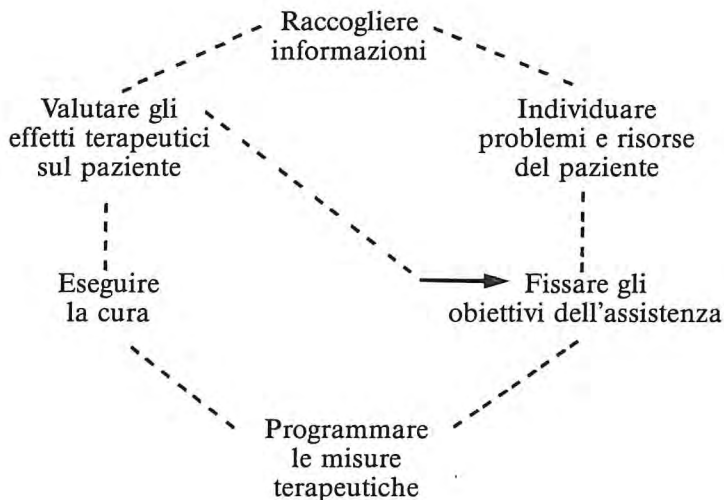
Possiamo quindi definire la prestazione come risultato conseguito mediante lo svolgimento di un complesso di azioni tra loro coordinate.

METODOLOGIA DELLA PRESTAZIONE INFERMIERISTICA

Qualunque prestazione assistenziale deve seguire un processo metodologico scientifico che comprenda passi logici e consequenziali come la:

RIFLESSIONE - DECISIONE - AZIONE

Queste hanno come finalità la soluzione del problema e contengono come in una spirale la possibilità di un feed-back, sotto forma di valutazione e riadattamento del processo stesso.



Notiamo il processo come una spirale, il risultato della cura viene fornito in base all'obiettivo stabilito che una volta raggiunto, considera il processo terminato.

Qualora sorgessero nuovi problemi il processo riprende. Ne deriva una maggiore responsabilizzazione circa il proprio operato e conseguenti modifiche sulle competenze da possedere.

Il nursing, come processo dinamico, esige il passaggio da un ruolo infermieristico caratterizzato dalla ESECUTIVITÀ ad un ruolo infermieristico in cui prevalgono gli aspetti decisionali.

Decisioni non prese su base intuitiva ma attraverso tappe fondamentali che sul piano logico portano alla decisione stessa. Tali tappe si realizzano nella:

- *Analisi della situazione*
- *Raccolta delle informazioni*
- *Formulazione delle alternative*
- *Valutazione delle alternative*

Il tutto si coagula in una scelta decisionale a cui fa seguito il processo di esecuzione.

AUTONOMIA PROFESSIONALE NEL CONCETTO DI PRESTAZIONE

La prestazione, vista come insieme di azioni finalizzate allo stesso bisogno comporta necessariamente l'esigenza di assumere in forma autonoma più decisioni ma... cosa s'intende per AUTONOMIA? Secondo Oli-Devoto "per autonomia si intende la posizione giuridica di persone nella cui sfera di attività non vi sia ingerenza di altri..., esclude la subordinazione".

È chiaro che l'attuale operatività infermieristica, fatta prevalentemente di compiti di supporto all'attività di altri professionisti, è a basso livello di autonomia decisionale.

Le prestazioni con piena e diretta responsabilità infermieristica sui risultati e sono classificate come:

AUTONOME

L'I.P. di base decide:

- | | |
|--|---------------------|
| – <i>La tipologia dell'intervento</i> | <i>Cosa fare?</i> |
| – <i>La modalità dell'intervento</i> | <i>Come fare?</i> |
| – <i>La motivazione dell'intervento</i> | <i>Perché fare?</i> |
| – <i>Tempi di erogazione dell'intervento</i> | <i>Quando fare?</i> |

a valutazione dei risultati del processo infermieristico.

Le prestazioni richieste al personale infermieristico sono indicate nella normativa CEE e dal documento "Contributi per la regolamentazione della professione infermieristica". Tale documento è una proposta di circa sessanta colleghi con consulenza del CERGAS-Univ. Bocconi di Milano ed alcune associazioni tra le quali l'ANIARTI.

L'Infermiere professionale, quindi svolge autonomamente le seguenti prestazioni, per le quali risponde direttamente dei risultati assistenziali conseguiti:

- *Assicurare la respirazione*
- *Assicurare l'alimentazione e l'idratazione*
- *Assicurare l'eliminazione*
- *Assicurare l'igiene ed il comfort*
- *Assicurare il riposo*
- *Assicurare la funzione cardio-circolatoria*
- *Assicurare un ambiente sicuro e terapeutico*
- *Sviluppare una corretta interazione nella comunicazione*

Le prestazioni invece ad interdipendenza media o alta, con altri professionisti, quindi con responsabilità parziale sul risultato e totale sull'azione professionale vengono definite ad AUTONOMIA LIMITATA.

Esempio di prestazione ad autonomia limitata:

- *Garantire le procedure terapeutiche e diagnostiche*

L'I.P. di base GARANTISCE la corretta applicazione della procedura formulata per iscritto da altri professionisti.

Per concludere desidero ribadire che la prestazione infermieristica richiede persone dotate di:

- *preparazione culturale*
- *competenza tecnica*
- *capacità professionale idonea ad assicurare e/o garantire le prestazioni richieste da specifiche necessità dell'individuo.*

BIBLIOGRAFIA

Contributi per la regolamentazione dell'esercizio della professione infermieristica. Milano 1987

Contributi per la regolamentazione del ruolo dell'infermiere dell'area critica. ANIARTI 1987.

Informazione informatica e Nursing. CEREF 1985.

Standards per la cura infermieristica dei pazienti in condizioni critiche. AACN 1981.

Luigi Donà

Il contenuto delle prestazioni nell'area critica e della emergenza

L'esigenza di particolari prestazioni, di attenzioni a bisogni continui e qualitativamente elevati, di personale con determinate conoscenze teoriche, cliniche e tecniche, ci ha portati a pensare ad un professionista con determinate caratteristiche e peculiarità.

L'attuale figura di infermiere di area critica (IAC), giuridicamente, è ancora l'infermiere professionale di base, che però assicura una assistenza tempestiva, globale, continuativa e di elevata intensità. L'IAC esprime la sua professionalità con delle prestazioni.

Per il raggiungimento di tale professionalità ci auguriamo, ben presto, il passaggio da un lavoro attuato per compiti ad uno per obiettivi in cui le prestazioni siano veramente tali.

Per prestazione, come abbiamo già definito, si intende un insieme di azioni coordinate fra loro e finalizzate al soddisfacimento di uno stesso bisogno.

Qualunque prestazione di assistenza deve seguire un processo scientifico che comprenda atti ed azioni infermieristiche comuni, come la osservazione, la programmazione, l'attuazione, la verifica del piano assistenziale, la modifica dello stesso per l'IAC, e l'esecuzione della prescrizione medica nei casi in cui esista.

La prestazione, perciò, responsabilizza l'IAC sul risultato conseguito.

Scegliere, infatti, un'azione piuttosto di un'altra per rispondere ad un bisogno specifico di aiuto, rende responsabili sulla compensazione o meno del bisogno.

La scelta di un'azione piuttosto di un'altra è secondaria ad una serie di decisioni. Infatti per attuare un'azione devo decidere cosa fare, come fare, quando fare, perché fare.

Tutto questo implica delle conoscenze teorico-cliniche ben specifiche, un senso di responsabilità elevato, una professionalità in continuo sviluppo.

Il concetto di prestazione inteso come un insieme di azioni assume un aspetto estremamente tecnico e riduttivo.

Per una interpretazione corretta, definiamo la prestazione come un insieme di decisioni finalizzate al soddisfacimento di uno stesso bisogno.

In un contesto decisionale così ampio, le decisioni possono avere un'autonomia totale o parziale.

L'IAC agisce in autonomia totale quando esistono le condizioni di completa autonomia decisionale e d'azione; quando cioè è in grado di decidere cosa, come, quando, perché.

Diversamente si ha autonomia parziale quando la responsabilità è divisa con altri operatori in quanto decide per esempio solo sul come, quando, perché e non sul cosa fare.

Da tali precisazioni scaturisce un concetto di interdipendenza con altri operatori della stessa équipe oppure di altri servizi (quali ad esempio: fisioterapista, tecnico di ..., dietista, ...).

Le prestazioni autonome, perciò, hanno un rapporto di nessuna interdipendenza con altre professioni e, quindi, di piena e diretta autonomia e responsabilità infermieristica sui risultati.

Le prestazioni ad autonomia limitata, invece, hanno un'interdipendenza che può essere bassa, media o alta se l'IAC interviene su uno dei fattori già succitati (un esempio di interdipendenza alta: si decide solo come fare e non cosa, quando, perché).

Perciò responsabilità parziale sul risultato totale.

Per l'IAC i momenti più frequenti di interdipendenza sono con il medico di reparto/servizio. Accade spesso il caso in cui l'area infermieristica si sovrappone a quella medica, si interseca e viceversa, con una non ben chiara delimitazione delle due aree.

La cosiddetta area grigia deriva dal fatto che non è ben delimitabile l'ambito di stretta competenza medica e/o infermieristica, nell'area critica per alcune prestazioni.

In tutto il suo spazio d'azione infatti l'IAC a volte ha la necessità di effettuare prestazioni che possono essere di competenza medica. Queste ultime saranno definite da protocolli.

Ora elenchiamo sommariamente le prestazioni che l'IAC svolge e delle quali risponde direttamente dei risultati assistenziali conseguiti:

- *assicurare la respirazione*
- *assicurare l'alimentazione e l'idratazione*
- *assicurare l'eliminazione*
- *assicurare l'igiene e il confort*
- *assicurare il riposo*
- *assicurare la funzione cardio-circolatoria*
- *assicurare una corretta interazione nella comunicazione*
- *assicurare e/o garantire le procedure diagnostiche*
- *assicurare e/o garantire nuove prestazioni con l'eventuale cambiamento dei bisogni.*

Alcune prestazioni valgono anche per l'I.P. di base, ma la differenza con l'IAC è:

- 1) nel dare risposta ad un numero di bisogni con qualità diversa ed intensità molto elevata per la globalità e continuità della assistenza;
- 2) nella decisione autonoma di prestazioni in cui è in grado di decidere cosa, come, quando, perché fare.

Con tale precisazione riusciamo a capire, e lo si vedrà in seguito con due esempi, cosa si intende con i termini assicurare e garantire. Concettualmente analizziamo i due termini:

- A) ASSICURARE: l'IAC ha autonomia nell'effettuare le azioni necessarie ed indispensabili ad impedire che si manifestino danni alle condizioni psico-fisiche delle persone a lui affidate;
- B) GARANTIRE: l'azione infermieristica necessita di una prescrizione medica scritta, in quanto l'azione esula dalle proprie responsabilità specifiche.

Perciò assicurare implica la decisione di agire autonomamente quando esistono le condizioni di completa autonomia decisionale e di azione.

Lo spazio di azione dell'IAC è l'area critica e agirà sul paziente critico.

L'AREA CRITICA È OVUNQUE si manifesti la necessità di un intervento a pazienti critici, perciò: EXTRA ed INTRAOSPEDALIERO.

Il paziente critico è quel paziente affetto da patologia di recente insorgenza o da patologia cronica riacutizzata, in cui i parametri emodinamici, respiratori e metabolici del tutto instabili, risultano difficilmente controllabili e prevedibili nel tempo, oppure con parametri stabilizzati ma che necessitano di un supporto delle funzioni vitali.

Il concetto di paziente critico include la famiglia, il paziente, e/o altre figure a lui significative.

Per realizzare tutto questo c'è la necessità di preparare e trasformare l'IAC. Vogliamo che diventi un infermiere specializzato in area critica: ISAC, cioè un professionista che abbia completato un programma di studio post-base teorico-clinico tale da garantire un'assistenza ottimale al paziente con reali o potenziali problemi che mettono in serio pericolo la vita.

Come professionisti vogliamo che sia legalizzato il nostro operare che già attuiamo con cognizione di causa e autonomamente.

Chiediamo, inoltre, non solo la capacità tecnica, il senso di responsabilità, l'impegno continuo e costante, ma anche la possibilità, con la formazione permanente e con l'aggiornamento continuo, che tale professionalità cresca.

Questo con i tempi e mezzi previsti a disposizione.

Mezzi e tempi definiti e regolamentati dagli organi competenti nazionali per una omogeneità di indirizzo e programma su tutto il territorio nazionale stesso. Ciò è indispensabile per evitare interpretazioni locali personali, dispersione di risorse economiche e culturali, distorsioni dei programmi ad uso e consumo di specialità ed esigenze mediche settoriali.

È opportuno ricordare, a conclusione, i limiti professionali. L'ISAC ha l'obbligo di attuare le prestazioni di sua competenza necessarie ed indispensabili ad impedire che si manifestino danni alle condizioni psico-fisiche delle persone a lui affidate. Ogni omissione in tal senso determina responsabilità civili e penali.

Qualora, in relazione alle specifiche condizioni del paziente o a particolari contesti in cui si svolge l'attività, nell'effettuazione delle prestazioni emerga l'esigenza di svolgere azioni che esulano dalle proprie specifiche responsabilità, l'ISAC deve richiedere l'intervento del medico o di altri professionisti.

BIBLIOGRAFIA

- Contributi per la regolamentazione dell'esercizio della professione infermieristica. Milano 1987
- Contributi per la regolamentazione del ruolo dell'infermiere dell'area critica. ANIARTI 1987.
- Informazione informatica e Nursing. CEREF 1985.
- Standards per la cura infermieristica dei pazienti in condizioni critiche. AACN 1981.

Rigon Luisa Anna

Analisi del contenuto di due prestazioni infermieristiche nella area critica e grado di autonomia professionale

Questo intervento, attraverso l'analisi di due prestazioni infermieristiche e il rilievo del grado di autonomia professionale delle stesse nell'infermiere professionale di base e nell'infermiere specializzato di area critica, intende proporre una riflessione su un nuovo modello di professionista che opera in area critica.

Desidero riepilogare brevemente alcuni concetti quale quello di:
PRESTAZIONE come insieme di azioni ad AUTONOMIA PIENA.
Se decido le modalità

- *cosa*
- *come*
- *quando*
- *perché* di un'azione.

PRESTAZIONE come insieme di azioni ad AUTONOMIA LIMITATA.

Se una o più modalità di un'azione non sono decise autonomamente ma con l'intervento di altre figure sanitarie.

In questo caso dovrò analizzare:

il grado di INDIPENDENZA, la quale può essere

- *bassa*
- *media*
- *alta*

Ribaditi questi concetti, desidero esaminare due prestazioni infermieristiche.

- *Assicurare la respirazione*
- *Assicurare/garantire le procedure terapeutiche,*

rilevando le differenze qualitative delle azioni di cui sono costituite, e facendo il rapporto delle medesime prestazioni nell'infermiere professionale e l'infermiere specializzato di area critica.

Mentre per le prestazioni e azioni dell'infermiere professionale di base mi attengo al documento "Contributi per la regolamentazione dell'esercizio della professione infermieristica" prodotto e sottoscritto da numerosi colleghi infermieri professionali, e altre associazioni tra cui l'ANIARTI, per l'infermiere specializzato di area critica, mi attengo al lavoro "Contributi per la regolamenta-

zione del ruolo dell'infermiere dell'area critica" compiuto da un gruppo di infermieri ANIARTI in collaborazione con il CERGAS dell'Università Bocconi di Milano.

La prima prestazione che verrà analizzata è ASSICURARE LA RESPIRAZIONE.

Di questa prestazione è possibile esplicitare "alcune" azioni. Con queste "alcune" intendo dire che quello che proporrò non è un elenco e tanto meno esaustivo di cose "da fare", ma solo una traccia flessibile e aperta.

Una traccia, in cui ogni professionista infermiere aggiungerà tutte le azioni che riterrà opportune, per rispondere al bisogno fondamentale di respirazione di ogni individuo.

A un professionista infatti si chiede il risultato di una prestazione e non gli si indica i modi come giungervi, perché appunto in questo sta l'estrinsecazione, l'autonomia e la responsabilità della sua professionalità.

Ed ecco "alcune" AZIONI DI BASE dell'infermiere professionale nella prestazione "ASSICURARE LA RESPIRAZIONE":

- umidificare e/o ventilare
- esercizi respiratori
- esercizi fisiorespiratori
- aspirazioni delle secrezioni delle prime vie aeree
- somministrazione di ossigeno (con vari presidi, maschera, catere, tenda, ecc.)
- ecc.

Queste azioni presuppongono un insieme di conoscenze generali e specifiche, di abilità e capacità che il professionista infermiere deve possedere con sicurezza e completezza e che devono essere fornite durante il corso di formazione di base.

Analizziamo ora la medesima prestazione "assicurare la respirazione" per l'*infermiere specializzato di area critica*.

Il gruppo di studio ANIARTI ha individuato alcune azioni specifiche di questa area.

Per comprensione sono state suddivise in:

- A. azioni ad autonomia piena
- B. azioni ad autonomia limitata
- C. azioni autonome con ausilio di protocolli.

Alcune azioni autonome specifiche:

- osservazione e auscultazione torace del paziente critico
- ventilazione manuale con circuiti
- assistenza all'umidificazione e nebulizzazione meccanica nel paziente critico
- assistenza al paziente con tracheotomia o intubazione naso-oro endotracheale
- assistenza al paziente in ventilazione meccanica e nello svezzamento

- broncoaspirazione paziente intubato e non
- lavaggi bronchiali senza instillazione di farmaci
- ecc.

Alcune azioni specifiche ad interdipendenza bassa:

- mobilitazione e fisioterapia respiratoria (azione specifica a bassa interdipendenza con il fisioterapista)
- ecc.

Azioni autonome specifiche con ausilio di protocollo:

- intubazione endotracheale e sostituzione canula tracheotomica d'urgenza
- intervento non programmato sui moduli del ventilatore
- ecc.

Mentre, penso, che per le azioni ad autonomia piena non ci dovrebbero essere difficoltà nella comprensione dello specifico nell'area critica e dell'autonomia piena dell'infermiere; desidero invece soffermarmi sulle ultime due azioni, ove compaiono i vocaboli:

- urgenza
- non programmato.

Questi vocaboli stanno ad indicare la COMPLESSITÀ e L'INTENSITÀ dell'evento critico e di conseguenza la necessità di un agire REPENTINO per riequilibrare una situazione di emergenza respiratoria. Ora nell'area critica in cui operiamo, è noto, che l'intubazione o la preparazione dei moduli ventilatori è di competenza medica. Ma deve essere altrettanto chiaro che l'infermiere specializzato in area critica ha il dovere di assicurare tutte quelle manovre di emergenza atte alla sopravvivenza dell'individuo e quindi anche di assicurare autonomamente con ausilio di protocolli le azioni suddette.

Attenzione, i protocolli non sostituiscono la prescrizione scritta del medico o di altro professionista sanitario qualora sia prevista o comunque devono essere messi a punto dalla equipe medico-infermieristica e convalidati dalla firma del responsabile del reparto.

Attraverso il *protocollo* si andrà a definire con precisione, nel contesto reale in cui ci si trova ad operare:

- i tempi
- i criteri
- i metodi
- i modi

in cui l'infermiere specializzato di area critica nelle situazioni complesse e/o di emergenza può agire.

Esso si rende necessario ogni volta che la complessità e il contenuto delle modalità operative siano tali da richiedere una

- attenta
- precisa
- sequenziale organizzazione di azioni.

Un protocollo prevede:

- l'individuazione delle persone che devono partecipare all'intervento
- la programmazione delle azioni necessarie
- la preparazione, l'uso, il controllo degli strumenti e presidi utili all'intervento.

Dopo aver detto che cosa è, diciamo che cosa *non* è un protocollo. Un protocollo per sua natura non è stabile "per sempre".

Deve essere funzionale il che significa che va rivisto e modificato nel tempo ogni volta che si rende necessario.

E soprattutto non è l'ancora di salvataggio generale, perché con o senza protocolli, ogni infermiere è evidente che deve e può attuare solo ciò che è in grado, ossia solo ciò che per capacità, conoscenze, abilità e manualità sa di poter espletare.

Volendo ampliare l'analisi delle prestazioni infermieristiche mi soffermerò ora sulla prestazione "ASSICURARE/GARANTIRE LE PROCEDURE TERAPEUTICHE".

Nella relazione di C. Pegoraro noi abbiamo visto che questa prestazione per l'infermiere professionale di base rientra nel gruppo del "garantire" cioè in quel gruppo di prestazioni dove l'autonomia è molto limitata in quanto è necessaria una prescrizione di un altro professionista sanitario, mentre l'infermiere professionale di base si limita ad una corretta applicazione.

Ora dal titolo stesso si può notare che il gruppo di studio ANIARTI vi ha aggiunto per l'infermiere specializzato in area critica il termine "ASSICURARE".

E non è un'aggiunta casuale ma sta ad indicare spazi di autonomia che andremo a verificare.

Seguendo lo stesso schema metodologico del primo esempio di prestazione, analizziamo ora "alcune" azioni dell'infermiere professionale di base nella prestazione "*Garantire le procedure terapeutiche*" (L'infermiere professionale di base "garantisce", cioè si limita ad una corretta applicazione delle prescrizioni scritte):

- perfusione
- introduzione sonde
- somministrazione farmaci
- medicazione soluzioni di continuo
- controllo drenaggi toracici
- ecc.

È evidente che a questa e ad altre azioni l'infermiere professionale di base è in grado di farvi fronte con la sua formazione di base in quanto si tratta, in sostanza, di erogare una assistenza che però è pensata, voluta, predisposta da altri.

Nell'area critica, noi proponiamo che l'infermiere si assuma in proprio, *in autonomia*, con completa responsabilità, alcune azioni della stessa prestazione.

Vediamo alcuni esempi:

- accesso venoso
- introduzione di sonde
- modificazione del dosaggio farmacologico d'urgenza
- toilette e medicazioni profonde di soluzioni di continuo nell'emergenza
- pervietà shunt artero-venoso esterno
- ecc.

Accanto a questa area di autonomia, ritroviamo una seconda area, ove l'infermiere specializzato di area critica "GARANTISCE" alcune azioni della prestazione quali:

- la broncoinstillazione farmacologica
- l'emodialisi
- l'ultrafiltrazione
- la plasmferesi
- ecc.

È un "garantire" in cui l'interdipendenza, però, non è così alta come per l'infermiere professionale di base poiché il lavoro di equipe della nostra area e il grado di rapidità in cui si impone la risposta ad un bisogno emergente ampia notevolmente gli spazi delle modalità d'azione dell'infermiere specializzato di area critica. Da quanto esposto finora è possibile notare delle differenze sostanziali tra l'infermiere professionale attuale, l'infermiere professionale di base, come è stato descritto nella prima relazione da Pegoraro, e quello professionale specializzato che qui si va a proporre.

Sono differenze che richiedono una formazione e una acquisizione di conoscenza e competenza che la scuola di base oggi non eroga. Si apre a questo punto una ulteriore analisi, su quello che è oggi il nostro vissuto, il nostro scenario attuale per poi proiettarci in uno scenario futuro e auspicabile.

La realtà in cui attualmente ci situiamo è costituita da infermieri professionali con alle spalle solo una formazione di base, che per chissà quali motivi si trovano ad operare in reparti di area critica, invece che in altri, spesso senza averlo chiesto, scelto, e aver percorso un cammino formativo adatto a questo scopo.

Inoltre queste realtà sono gestite da altri professionisti e spesso la nostra diventa una posizione "ancillare" la qual cosa "va stretta" a chiunque abbia un minimo di dignità e desideri gestirsi e non essere gestito.

Quotidianamente il nostro agire si risolve in un "eseguire" manovre difficili, ad alto rischio a volte con grandi spazi non di autonomia ma di vuoto attorno a noi, in cui tappiamo buchi, scambiandoli come autonomia e che autonomia forzata!

Spesso viviamo in situazioni critiche con alto apporto tecnologico, in cui i

bisogni dei pazienti critici sono così complessi e collegati tra loro da richiedere ben più di improvvisazione, buon senso o solo esperienza sul campo.

E noi invece ci ritroviamo *senza*:

- una formazione specifica
- un tirocinio propedeutico
- un'acquisizione di competenze e responsabilità e senza un adeguato riconoscimento legale.

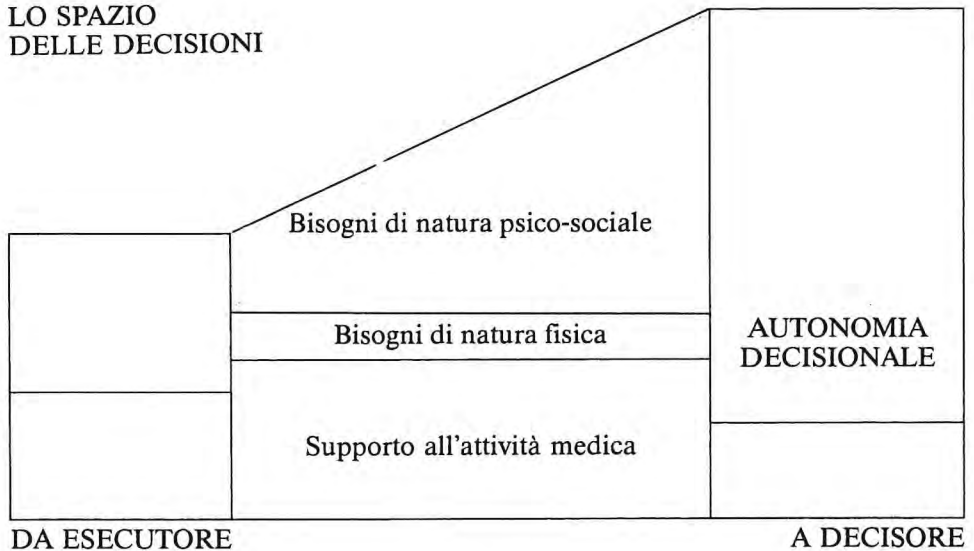
Il nostro attuale vissuto è caratterizzato perciò da una diffusa sensazione di disagio, dalla percezione di una realtà in cambiamento ancora fluida però, con contorni non ben definiti.

Cambiare? Ma è evidente, è un nostro bisogno. Anche per noi vale questa frase:

“Non so se cambiando le cose miglioreranno, ma so che per migliorare devono cambiare”.

E per noi cambiare significa passare dalla situazione attuale di ESECUTORE ad una di DECISORE nella propria professionalità.

LO SPAZIO DELLE DECISIONI



da: "Informazione informatica e nursing", CEREF 1986.

Per cambiare credo però sia necessario chiederci e dirci:

- cosa vogliamo essere
- a chi si rivolge la nostra professionalità
- dove vogliamo arrivare

perché come dice Mager “se non sapete con certezza dove volete andare, rischiate di ritrovarvi altrove e di non accorgervene”.

Che cosa vogliamo dunque essere?

– Vogliamo essere dei professionisti, che completano un programma di studio post-base teorico clinico tale da garantire una assistenza tempestiva, globale, continua ovunque si presenti la necessità di un intervento a pazienti critici.

Vogliamo poter fare un salto culturale e scientifico tale da diventare davvero come infermieri, l'elemento chiave nell'assistenza in area critica.

E a chi si rivolge, dunque, la nostra professionalità?

La nostra professionalità si rivolge all'UOMO NELLA SUA GLOBALITÀ IN SITUAZIONE CRITICA.

E qui mi preme sottolineare questa priorità e questa centralità.

Non è nostra intenzione diventare tecnocrati, il nostro obiettivo, il nostro fine È e RESTA L'UOMO.

Se è vero che accanto ad ogni uomo che soffre è indispensabile che vi sia un altro uomo, ebbene noi ci siamo, eccome, e dobbiamo valorizzare e far rispettare questa nostra presenza.

Dove vogliamo arrivare?

Credo che noi come infermieri non siamo sul viale del tramonto, ma abbiamo una lunga strada davanti a noi da percorrere.

Una strada non facile, irta di difficoltà.

Un percorso che richiede le nostre energie migliori se ci crediamo davvero.

Spesso dal nostro quotidiano noi scorgiamo solo un piccolo pezzetto di orizzonte e pensiamo che tutto finisca lì.

Non rifugiamoci nell'anonimato!

Non serve giustificarsi: intanto cosa vale?

Chi si accorge di me, di quello che faccio?

Cosa conta la mia fatica?

Chi ti lavora a fianco caro collega avverte il tuo sforzo, ma anche la tua fatica, avverte il tuo apporto, la tua tenacia, ma anche il tuo lasciarti andare.

Sappi che ciò che migliori nel tuo quotidiano non è circoscritto ad una tua minuscola soddisfazione personale, al tuo successo, ma va a vantaggio di tutti.

Le tue defezioni, i tuoi cedimenti vengono avvertiti eccome, mentre le tue conquiste hanno il potere di far crescere la statura degli altri.

A noi non serve oggi la mediocrità, siamo chiamati a puntare in alto, a qualcosa di diverso e di ben preciso.

Mi sia concesso perciò di concludere questo intervento con una immagine che è segno di dinamicità, di ricerca, di voler guardare lontano, come un augurio di buon lavoro!

BIBLIOGRAFIA

Contributi per la regolamentazione dell'esercizio della professione infermieristica. Milano 1987

Contributi per la regolamentazione del ruolo dell'infermiere dell'area critica. ANIARTI 1987.

Informazione informatica e Nursing. CEREF 1985.

Standards per la cura infermieristica dei pazienti in condizioni critiche. AACN 1981.

Pitacco Giuliana

Relazione

Levin definisce il Nursing come una interazione umana, una disciplina che ha le sue radici nell'organica interdipendenza del singolo e nelle sue relazioni con altri esseri umani.

Una interazione, per la sua stessa natura, presuppone un sistema di scambio tra individui; essa può avvenire soltanto se può verificarsi la comunicazione. (LEVINE 1973) (1).

Gli studiosi della comunicazione hanno distinto due modi di comunicare:

- il linguaggio verbale, che convoglia significati attraverso le parole
- il linguaggio non verbale, in cui le parole non vengono usate

L'uso del linguaggio verbale è un processo di simbolizzazione in cui alle parole vengono dati significati voluti.

Segni e simboli diversi dalle parole costituiscono il linguaggio non verbale. Numerosi studi hanno dimostrato che il comportamento non verbale esprime un significato, specie sentimenti, più accuratamente di quanto non faccia quello verbale (GALLOWAY 1971). Il linguaggio non verbale è culturalmente determinato; interpretare il significato di un movimento del corpo o di un gesto senza prendere in considerazione il contesto culturale equivale a creare degli stereotipi (1).

Cohen S. individua cinque fattori fondamentali che costituiscono la comunicazione: (2)

1. IL TRASMETTITORE: colui che invia il messaggio
2. IL MESSAGGIO: come contenuto espresso in forma verbale e non
3. IL RICEVENTE: colui che recepisce il messaggio
4. IL FEED BACK: il messaggio di ritorno dal ricevente al trasmettitore
5. IL CONTESTO: l'ambiente in cui la reciproca comunicazione si verifica

Riassumendo, la comunicazione verbale e non, è un processo complesso di scambi di significati, è lo strumento che permette all'individuo di entrare in relazione con gli altri individui e con l'ambiente.

“Sviluppare una corretta interazione nella comunicazione” è la prestazione infermieristica che risponde ad un bisogno di socializzazione dell'individuo; è lo strumento che ci permette di entrare in relazione con il soggetto della nostra assistenza, di dare e di raccogliere le informazioni utili per il processo assistenziale, e che ci mette in condizione di verificare ed eventualmente tradurre i

messaggi che arrivano al malato ed alle persone a lui significative, dagli altri operatori (p. es. i medici).

Nella nostra attività professionale quindi, oltre che con il paziente, dobbiamo comunicare con i suoi parenti o comunque con le persone a lui significative e con gli altri operatori dell'equipe assistenziale, in quanto una buona interazione tra queste persone è indispensabile per favorire il rapporto terapeutico.

INFERMIERI

ALTRI OPERATORI

PAZIENTE

PARENTI e/o

PERSONE A LUI SIGNIFICATIVE

Nella prestazione autonoma "Sviluppare una corretta interazione nella comunicazione" sono state individuate alcune azioni infermieristiche:

1. ISTRUZIONE AL PAZIENTE E/O AL PARENTE
2. COMUNICAZIONI INDIVIDUALI DI SOSTEGNO
3. COLLOQUIO PER LA RACCOLTA DATI CON IL PAZIENTE E/O PARENTE
4. COLLOQUIO MIRATO PER LA RACCOLTA DATI CON IL PAZIENTE
5. INTERVENTI FINALIZZATI ALL'INTEGRAZIONE: FISICA
PSICHICA
SOCIALE

Queste azioni sono le stesse che noi infermieri dell'area critica (I.A.C.) svolgiamo durante la nostra attività assistenziale, ma per comprendere la specificità e la complessità di questa prestazione nel nostro ambito, ci può essere utile considerare alcuni fattori critici che la influenzano.

Per comprendere il vissuto emotivo del paziente e delle persone che fanno parte del suo microsistema, può esserci utile un'analisi degli eventi patologici più comuni che portano i pazienti all'interno delle aree in cui noi operiamo.

Questa analisi ci porta ad individuare gruppi di pazienti:

- Individui che a causa di un evento improvviso, sono passati dallo stato di completo benessere ad uno stato di salute gravemente compromesso. Un evento improvviso ed imprevedibile, come ad esempio un incidente od un infarto, che in un momento ha sconvolto la vita e le aspettative dell'individuo e delle persone che ruotano intorno a lui.
- Individui la cui salute era già parzialmente compromessa; è il caso, ad esempio, dei pazienti cardiopatici o nefropatici, che convivevano anche da anni con la loro malattia, in un equilibrio più o meno stabile e che si trovano in una situazione critica per l'aggravarsi delle loro condizioni.
- Individui in uno stato di salute già gravemente compromesso, la cui malattia aveva già limitato di molto la loro vita di relazione e la loro attività lavorativa, e che si trovano all'interno delle nostre aree, con la speranza che gli interventi chirurgici, correttivi o di trapianto d'organo, a cui sono stati sottoposti, riportino il benessere.

- Neonati con gravi problemi di salute già alla nascita, che disattendono alle aspettative della famiglia, che non corrispondono al modello di bambino che ogni genitore elabora nel corso della gravidanza.

L'ansia, la paura, l'angoscia sono vissuti comuni di questi malati e delle loro famiglie.

Ansia, paura e angoscia sono generate:

- dalla malattia e dall'incertezza della sua evoluzione: il paziente ed i suoi familiari sperano nella guarigione, ma preponderante è la consapevolezza che la malattia potrebbe evolvere nella morte, o con il superamento della fase critica, ma con l'instaurarsi di handicaps più o meno gravi;
- dalla separazione e l'isolamento che consegue al ricovero.

Oltre a queste considerazioni per quanto riguarda il vissuto emotivo del paziente, dobbiamo analizzare altri fattori generatori di stress, legati alle cure:

- la consapevolezza dell'impossibilità di soddisfare autonomamente i propri bisogni e la conseguente dipendenza dagli operatori sanitari;
- il vissuto di "violenza" nei confronti degli interventi diagnostici e terapeutici invasivi, spesso acuito dal fatto che non sono stati preceduti da una spiegazione;
- l'immagine deturpata del proprio corpo;
- sensazioni tattili spiacevoli, legate all'utilizzo anche a volte immotivato di presidi tecnico-chirurgici;
- la consapevolezza della propria sopravvivenza legata all'utilizzo di tecnologie;
- la necessità di rapporti personali con molti estranei;
- la limitazione o l'impossibilità di parlare;
- l'isolamento o la separazione delle persone significative;
- la vicinanza di altri pazienti in condizioni critiche;
- l'inquinamento acustico e luminoso che favoriscono la perdita della nozione del tempo, dello spazio e del ritmo sonno-veglia del paziente.

La risposta del paziente critico al disagio che gli deriva dai fattori sino ad ora considerati, si esplica in una serie di atteggiamenti anche incongrui e a volte incontrollati molto noti a noi I.A.C.:

- atteggiamenti reattivi che si manifestano con ansia, irrequietezza, tensione, agitazione psicomotoria, pianto frequente;
- atteggiamenti di passività che si esprimono con depressione, apatia, prostrazione, indifferenza nei confronti dell'ambiente e delle cure;
- atteggiamenti di sfiducia nei confronti delle cure e degli operatori;
- atteggiamenti di regressione, di indifferenza verso la propria condizione, con conseguente abbandono e dipendenza totale dai curanti;
- PSICOSI;

- SINDROME da T.I. che si manifesta con la difficoltà a mantenere l'attenzione, l'intorpidimento della coscienza, difficoltà di memoria di orientamento, agitazione e paranoia temporanea.

Abbiamo considerato prima che il vissuto emotivo dei familiari è fortemente condizionato:

- dalla malattia e dalla sua evoluzione;
- dalla separazione forzata dal congiunto malato.

È ovvio quindi che anche i familiari esprimono in maniera più o meno esplicita dei bisogni:

- bisogno di rimozione d'ansia;
- bisogno di informazioni;
- bisogno di essere accanto al malato;
- bisogno di essere d'aiuto al malato;
- bisogno di essere aiutati.

Numerose ricerche hanno dimostrato quanto sia importante, ai fini della sopravvivenza, la presenza di un parente vicino al malato critico.

I familiari e le persone significative *amano* il malato e lo *conoscono*, e quindi sono in grado, più di ogni altro, di rassicurarlo, aiutarlo a mantenere la sua identità, di renderlo partecipe della vita sociale. Sono l'unico aggancio che il malato ha con il mondo esterno. Chi più di loro può "trasfondere" al malato la voglia di sopravvivenza?

Dopo tutte le considerazioni fatte sino ad ora, credo che noi infermieri I.A.C. dobbiamo porci alcuni interrogativi.

- Nella nostra professionalità, l'aspetto comunicativo riveste la stessa importanza dell'aspetto tecnologico-pratico o finiamo, a volte, nel fare assistenza alla macchina e non al malato?
- Siamo in grado di comprendere i bisogni dei nostri malati?
- Siamo in grado di comunicare con qualcuno che spesso non è in grado di fornire una risposta di ritorno?
- Conosciamo alcune tecniche di comunicazione alternative al linguaggio verbale?
- Siamo in grado di fornire gli strumenti più idonei al malato per metterlo nella condizione di potersi esprimere?
- Siamo in grado di comprendere i bisogni delle famiglie del malato?
- Siamo consapevoli dell'importanza dell'interazione infermiere malato-paziente?
- Siamo in grado di capire se alcuni aspetti organizzativi della struttura, ad esempio gli orari di visita, sono funzionali agli operatori sanitari o al malato? e siamo in grado di intervenire per modificarli?
- Siamo in grado di essere i fautori di un processo di umanizzazione delle cure?

- Siamo in grado di controllare lo stress che ci deriva da notevoli carichi di lavoro, da un notevole coinvolgimento emotivo per il fatto di essere quotidianamente a contatto con la sofferenza e con la morte?

In conseguenza a questi interrogativi viene spontaneo chiederci:

Noi I.A.C. siamo in grado di erogare la prestazione "Sviluppare una corretta interazione nella comunicazione" in maniera autonoma?

La prestazione autonoma è quella in cui il professionista da solo decide il cosa, il come, il quando, il perché intervenire per rispondere ad un bisogno; avvalendosi, se necessario della collaborazione di altri professionisti, la collaborazione non è dipendenza.

La prestazione segue lo schema metodologico del processo di nursing, che, come ben sappiamo, prevede:

- 1) Rilevazione del bisogno assistenziale
- 2) Raccolta dati
- 3) Elaborazione di strategia ed attuazione di interventi atti a rispondere in maniera adeguata al bisogno
- 4) Verifica dell'efficacia delle strategie adottate.

Noi infermieri A.C., rileviamo quotidianamente il bisogno di comunicazione e quindi di socialità dell'individuo, sappiamo che esistono dei fattori che influenzano negativamente la comunicazione, nell'ottica di una prestazione autonoma, dobbiamo essere in grado di elaborare delle strategie che ci permettano di rispondere in modo qualificato al bisogno assistenziale.

La coscienza del nostro ruolo, che è quello di assistere l'individuo con concetto olistico, e la nostra esperienza maturata vivendo quotidianamente la sofferenza e la morte altrui, con notevole coinvolgimento emotivo, devono portarci alla volontà di essere i fautori di un processo di cambiamento.

Per essere aderenti al nostro ruolo, dobbiamo mirare ad un'autonomia professionale che non si appropri di spazi professionali di altri operatori, ma dobbiamo rivendicare spazi che sono specificamente nostri, dobbiamo essere coscienti che possiamo e dobbiamo determinare un processo di umanizzazione delle cure.

Non dobbiamo permettere che altre figure professionali, le strutture architettoniche ed i modelli organizzativi ci impediscano di soddisfare in modo qualificato un bisogno fondamentale per la vita del malato.

La nostra preparazione professionale attualmente, ci permette di acquisire molte conoscenze di anatomia, fisiologia e patologia, ci addestra ad una manualità mirata anche all'utilizzo di tecnologie avanzate, ma è del tutto carente per quel che concerne i problemi psicologici del malato, della sua famiglia e di noi operatori.

In un futuro, che ci auguriamo prossimo, la nostra preparazione dovrà essere tesa a sviluppare le nostre attitudini relazionali nel confronto del malato critico e del malato in fase terminale, una preparazione che ci dovrà dare delle conoscenze che ci permettano di affrontare questi bisogni così complessi, di accettare e quindi far accettare la sofferenza e la morte.

Lavorare su questo tema ci ha portato a fare una riflessione di carattere generale:
la ricchezza di una professione, per definirsi tale, deve portare a dei mutamenti culturali; nel nostro caso produrre cultura significa promuovere modelli di comportamento improntati sul rispetto del concetto olistico di individuo.

BIBLIOGRAFIA

1. "Assistenza infermieristica centrata sulla persona". USES edizioni Scientifiche Firenze.
2. "L'interazione infermiere paziente"; Ambrosiana, Milano 1981
3. Lucia Preiata "Problemi di assistenza in situazione critica" Pavia, 1984.
4. Hickey M. "What are the needs of Families of Critically III Patients?" Focus on critical care: Feb. 1985 Vol. 12.

M. Braida

Una nuova cultura, una nuova professionalità. L'emergenza territoriale: una sfida per l'infermiere di area critica.

Abbiamo deciso, insieme con il collega Sacchetti, di chiamare così questo nostro intervento parlando di una sfida cui è chiamato l'infermiere di area critica in tema di emergenza extraospedaliera, non per voler attirare l'interesse di chi ci segue, ma perché crediamo che molta attenzione vada posta nell'affrontare questo argomento che non va sottovalutato anche se può essere nuovo, un po' ostile, ma che anzi va compreso in tutta la sua complessa importanza.

Abbiamo parlato di "sfida" perché riteniamo che, l'infermiere, che si trova ad operare in questo settore, debba essere in grado di esprimere una professionalità completa che vada ben oltre l'intervento diagnostico/terapeutico, come normalmente viene inteso in un servizio inquadrato pur nell'area critica, ma all'interno di una struttura ospedaliera.

Noi sappiamo parlando di emergenza, che spesso "il bene del malato" non è solo il risultato di una tradizionale azione medica ed assistenziale ma diventa l'obiettivo di un lavoro di equipe e, a maggior ragione nel soccorso extraospedaliero, questo lavoro di equipe comprende professionalità capaci di affrontare e risolvere problemi anche diversi.

Facciamo una prima considerazione. Abituati come siamo a ragionare in termini di struttura ospedaliera, con i suoi problemi, le sue difficoltà ma anche però con le sue certezze e le sue sicurezze, corriamo il rischio di trovarci spiazzati di fronte ad uno "scenario" completamente diverso. Diverso non solo perché spesso al posto del soffitto troviamo il cielo, ma perché tutta una serie di punti di riferimento che in ospedale noi diamo per scontati, nel campo in questione vanno verificati, analizzati, scoperti e ad essi bisogna essere in grado di adeguarsi. In altre parole l'infermiere deve essere capace di muoversi in un terreno che non conosce, che a seconda delle situazioni troverà sempre diverso, dovrà quindi essere in grado di interpretarlo e di adeguare al suo il mio intervento. Sappiamo che i malati in una situazione di emergenza possono essere più di uno contemporaneamente, le condizioni ambientali e logistiche si possono presentare favorevoli ma anche dure, avverse e pericolose, che i collegamenti possono rappresentare un momento critico della nostra azione, che le persone con cui ci si trova ad operare possono per qualificazione professionale propria essere in grado di dare certe risposte oppure no (penso ai volontari, agli infermieri generici, ai medici, agli assistenti).

Di conseguenza il proprio stesso ruolo nell'equipe di intervento può modificarsi, i mezzi usati per il soccorso possono essere diversi, e così via. Parliamo di una capacità di adattamento e di analisi che non ha niente a che fare con la personalità ed il carattere dell'operatore, ma che presuppone una scelta ed

una formazione culturale seria, accurata e polivalente.

Perché dico polivalente? Tocchiamo qui un tasto molto importante. In tema di soccorso extraospedaliero l'operatore non può sapere in anticipo a quale emergenza si troverà di fronte, in altre parole non può filtrare l'evento a seconda della propria competenza cosa che invece in una struttura ospedaliera si è logicamente portati a fare; deve essere quindi preparato ad affrontare situazioni patologiche che richiedono cultura ed allenamento diversi.

Basti pensare alla traumatologia della strada, al cardiopatico, alla emergenza psichiatrica, all'emergenza ostetrica, all'infortunio sul lavoro e così via.

La risposta quindi che l'I.P. deve dare all'emergenza va oltre all'attività assistenziale ospedaliera per coinvolgere una lunga serie di altre competenze anche tecniche ed organizzative oltre che strettamente sanitarie.

Qui va fatta un'altra considerazione importante. Perché non ci allineiamo con altri paesi come ad esempio la Germania e gli U.S.A. dove l'emergenza extraospedaliera è delegata a figure professionali tecniche e non infermieristiche? Figure cioè create specificamente per questo tipo di servizio. Noi riteniamo che nella situazione italiana questa non sia una scelta corretta, innanzitutto perché il patrimonio culturale rappresentato dalla figura infermieristica è un bene che va salvaguardato, anzi esaltato nella sua quotidiana attività al servizio dei diritti del cittadino per una corretta gestione della medicina e delle strutture sanitarie.

Va quindi recuperato, anche in questo contesto, il significato della presenza dell'I.P. accanto all'uomo che soffre, senza che in questo vi sia niente di mistico, di moralistico o di missionario, ma bensì il risultato della considerazione di come gli infermieri siano stati, siano e debbano essere capaci di mettere la persona umana al fianco della loro attività.

Noi crediamo, in secondo luogo che il compito di un sistema integrato per l'organizzazione dell'emergenza sia quello di portare il malato, nei casi in cui serve (modulando la propria attività in relazione alla richiesta), la qualità dell'assistenza che solo il personale che si è formato nell'area critica può dare.

In quell'ottica si comprende quindi come sia importante il concetto di "area critica e di emergenza" ed il ruolo che l'infermiere deve giocare all'interno di questo discorso risulta fondamentale in termini di garanzia di continuità qualitativa nel trattamento del malato, creando una sorta di ponte culturale continuo e dinamico tra la qualità del servizio pubblico ospedaliero ed il territorio e viceversa. È evidente come l'I.P. costituisca l'unica base logica per la creazione di questa nuova cultura, che, partendo dalla qualità dell'ospedale e raccogliendo la storia e l'esperienza di chi già da tempo opera nel territorio, sia in grado di garantire al cittadino, perché è questo il nostro obiettivo, una risposta ottimale da parte della struttura a secondo della richiesta. Il ruolo dell'I.P. in questo processo è indubbiamente centrale e per questo riteniamo giusto non percorrere la strada della iniezione di tecnici e rifiutare con molta forza il progetto dell'infermiere visto come "medico bonsai", specializatissimo, bravissimo, ma limitato come competenza al processo diagnostico/terapeutico. L'infermiere che sia in grado di porsi come momento di centralità rispetto l'organizzazione del lavoro e verso i problemi anche tecnici ad essa correlati, accompagnando a ciò una crescente qualificazione sanitaria, diventa oggettivamente un punto di riferimento indispensabile per un servizio che si ponga come obiettivo la risposta sanitaria di emergenza di qualunque natura e dimen-

sione. Qui va fatta un'altra riflessione. Se è vero che tutte le chiamate sono da considerare critiche fino a che un professionista sul posto non ha valutato diversamente, è anche vero però che l'urgenza che richiede una risposta specializzata è in media solo il 5% del numero complessivo della chiamata. Va da sé quindi che senza una regolare formazione del personale all'interno dell'area critica e di emergenza troppo facile sarebbe, visto il limitato numero di interventi qualificati, uno scadimento delle prestazioni ad elevata specializzazione nei casi in cui è richiesta. Una mobilità didattica e quindi anche anti stress, tra più servizi dell'area critica permetterebbe indubbiamente un approccio migliore all'emergenza in termini culturali e di allenamento. Questo però è un argomento nel quale vi è ancora molto da discutere e che dobbiamo affrontare nei prossimi tempi, così come andrà affrontato il tema della valutazione periodica di tutto il personale sanitario che opera nei reparti e nei servizi dell'area critica e di emergenza.

Per concludere credo che vada ribadito il concetto fondamentale collegato alla presenza dell'I.P. nella emergenza extraospedaliera, cioè l'impegno per la crescita di una nuova professionalità che non può non partire dalla introduzione della specializzazione come proposta dell'ANIARTI, cioè in "area critica e di emergenza" intendendo con ciò la formazione di professionisti che, con il loro bagaglio di cultura e di conoscenza, siano in grado di dare risposte sempre più complessive e qualificate (con tutto ciò che questo vuol dire) ai bisogni del cittadino.

Il tempo naturale ed il tempo artificiale Dialogo di un protagonista dell'area critica e dell'emergenza

1° L'ARRIVO IN OSPEDALE. INIZIA IL TURNO DI LAVORO

Esiste un dialogo interno quando vai a lavorare, caratterizzato talvolta da una impotenza scoraggiante: che ruolo posso avere nella trasformazione? Quel gravissimo giovane traumatizzato amplifica la mia volontà di cambiare, oggi lo ritroverò nel suo letto e mi sento concentrato sulle mie capacità. Il dialogo interno, ad ogni inizio di turno, continuità tra le idee della vita, della realtà fuori e quello che trovi dentro. Un conflitto che mi si ripropone. Il dialogo interno è un modo per organizzare i miei comportamenti, per capire meglio le mie abilità, per raggiungere il successo. Questo atteggiamento sperimentale fa nascere da una oscura sorgente la mia creatività. Questo dialogo interno mantiene la continuità con il mio essere. Sono pronto alla sfida, a lavorare sulla sopravvivenza degli uomini:

chi avrò con me in turno oggi? Giovanni, Piero e il medico che dirà a proposito di quello shock settico? Un dialogo nel dialogo che mi sottopone ogni giorno alla verifica dei rapporti con le altre personalità che mi circondano: il carattere di Giovanni, le paure di Piero, la violenza di Pino, il turno, il medico. Non c'è noia nel mio dialogo ottimista!

Ma forse esiste un dialogo interno pessimista, là dove c'è noia, dove il turno è ripetuto a scansione di metronomo. Quando c'è la sfida, c'è la creatività!

Il dialogo interno pessimista mi derealizzerebbe, sgretolerebbe la mia personalità. Ma oggi sono consapevole di essere dentro un grande processo di sopravvivenza dell'uomo.

Così ogni giorno riorganizzo la mia personalità e riesco a vivere anche la realtà esterna al mio quotidiano.

2° L'INGRESSO IN TERAPIA INTENSIVA

Questo luogo, questo spazio ha tante dimensioni diverse, ogni dimensione ha un diverso significato. Mi sembra di rivedere quell'immagine cara alla mitologia greca: un testa di Medusa con l'agitarsi di mille serpenti per capelli.

La mia è una situazione umana dove è difficile avere un contatto totale, globale. Percepire una dimensione umana nei pazienti critici è difficile, sembrano esseri privi di capacità espressive umane, sei quasi costretto a metterglile addosso. Sono gravi, gravissimi, ma capaci di ritornare a vivere.

Questo uomo malato in immediato pericolo di vita, con le funzioni di organo alterate, crea un ambiente speciale intorno a sé, è come se il suo letto fosse accompagnato da una energia speciale: le pompe, i colori, i suoni, i rumori, i capelli, le mani, il ventilatore, gli allarmi, le tracce sui monitors, la sua pelle, il suo volto, è una atmosfera, un universo speciale che dà la definizione del paziente. Due universi diversi sono ad un metro di distanza l'uno dall'altro. Le mie capacità debbono essere quelle di vivere in galassie diverse, avere tante e diverse capacità.

Non mi è facile dare l'identità ad ogni paziente, e nella testa mi si riflettono come raggi cosmici le identità dei parenti, della famiglia di quell'uomo su cui sto lavorando, espressività multiple e complesse che appartengono a quello stesso universo.

3° IL NURSING IN TERAPIA INTENSIVA

Il Nursing in Terapia Intensiva ha bisogno di un atteggiamento sperimentale, non va idealizzato, allontanato dalle situazioni speciali che si possono presentare caso per caso.

Il rapporto con il corpo è spesso deprivato della condizione affettiva. Può capitare di escludere questo rapporto affettivo ed il lavaggio del paziente, la sua pulizia quotidiana, diventa il lavaggio di una macchina, senza affetto, senza dignità. L'atteggiamento affettivo di tatto, di consapevolezza è cognitivo. Anche mentre effettuo il nursing più semplice, con un approccio globale ottengo molte informazioni: vedo del sangue, la pelle è secca, l'inizio di un decubito, vedo delle aritmie quando lo giro di lato, una smorfia di dolore, di disagio.

Il Nursing non cognitivo è il Nursing più gravato di incidenti.

Il mio Nursing è valutare la globalità dei bisogni, con un costante feed-back sui parametri vitali.

Negare la paura di un approccio globale, vuol dire essere più aperti, disponibili a durare più fatica cognitiva.

Chi lava quel corpo, chi lo assiste non deve usare il tempo artificiale, il tempo di lavoro del turno, ma deve usare il tempo biologico, il tempo qualitativo. Il tempo qualitativo è quello su cui si imposta il Nursing.

Il Nursing in Terapia Intensiva rende evidente due modi di vivere il tempo: il tempo cognitivo che valuta i ritmi biologici dell'essere umano ed il tempo dell'orologio del turno che rende quell'uomo malato gravemente un oggetto.

Io Infermiere di Terapia Intensiva interfaccia tra Uomo-Paziente e Tecnologia, ho il compito della raccolta dei dati. Il mio ruolo è di consultazione, in tutte le procedure: quelle di trattamento, quelle di assistenza al supporto prolungato d'organo, quelle di riabilitazione.

Collocato nel mio atteggiamento di consultazione, cercherò di ridurre gli errori come un Controller di feed-back.

Il non riconoscimento dell'errore, la falsificazione dei dati costituiscono la mia continua ricerca.

La superficialità rispetto a questo compito vuol dire disimpegno sulla validazione dei dati, delega cieca alla tecnologia. Il mio impegno è nell'uso cosciente della tecnologia, nella sua comprensione, e la comprensione delle cor-

relazioni che si attuano via via pongono di nuovo all'attenzione della ragione il problema della conoscenza globale e non separata, di una finalità dinamica e non statica.

L'infermiere è l'interfaccia tra un sistema naturale e carico della sua dignità ed uno artificiale frutto dell'intelligenza dell'uomo ma suo schiavo, in una dimensione che è lo stato di salute, di malattia grave e di morte.

L'Infermiere di Terapia Intensiva è immerso nella misura delle variabili fisiologiche. Su questo spartiacque sottile che mi divide dal medico, cosa desidero che mi accada?

Principalmente di venir consultato. Se il medico mi dice: facciamo la gettata cardiaca, immediatamente nella mia testa si disegna una flow-chart complessa che stranamente è la storia stessa del mio lavoro, la sua frustrazione, sempre e comunque in essa riacquista una unità tutto l'assetto organizzativo. L'infermiere in Terapia Intensiva costruisce le precondizioni organizzative, ed attraverso il controllo delle variabili fisiologiche, che deve conoscere, ha la responsabilità di organizzarle, utilizzando i farmaci, le pompe, i supporti, strumenti dell'impostazione diagnostica e terapeutica.

I medici: chi sono per me?

Sono quelli che con una frase mi fanno fare cento operazioni.

Il paziente richiede un processo organizzativo complesso, il medico decide di studiare l'emodinamica, studia l'instabilità del paziente, una situazione di pericolo. L'infermiere è consultato, il medico gli deve richiedere la migliore risposta organizzativa. Il medico è impegnato nella diagnosi, nella prognosi e nella terapia: l'infermiere deve organizzare, strutturare un buona efficiente organizzazione.

Una buona consultazione mi dà la possibilità di organizzare la mia consultazione in modo sempre più complesso.

Devo garantire che nella situazione di pericolo ci sia la migliore risposta.

Devo lavorare in modo che il pericolo non diventi più pericoloso.

Sono frustrato quando i miei dati sono lasciati lì, alienati dalla stupidità o sottovalutati, da qui nasce la noia, il burn-out.

Non c'è sovrapposizione di competenze, purché il sistema della consultazione funzioni e la politica della Terapia Intensiva consideri, come priorità, una strategia sull'ingresso ed un rapporto infermiere-paziente determinato sull'impegno di assistenza su di lui e via via sempre più alto come la consultazione si complica.

4° IL ROUND

Il Round, il giro la mattina al letto del paziente, ammesso che si faccia, serve?

Perché abbia successo, per trarne insegnamento, deve essere il momento dove sia possibile prendere le decisioni e queste decisioni devono avere una continuità, devono essere dentro una storia logica.

Il Round è un processo di verifica dei comportamenti, delle strategie terapeutiche, della efficacia degli orientamenti, delle capacità di controllare global-

mente le situazioni, altrimenti è ideologico, vuota manifestazione della gerarchia, falso rispetto alla storia reale.

Quando è vero, il Round è il momento di massima consultazione teorica, luogo dei punti delle conoscenze, apprendimento, se l'obiettivo è portare elementi per ridefinire e riorientare lo sforzo diagnostico e terapeutico.

Il Round è un sistema esperto, un sistema di esperti a confronto con la diagnosi, la terapia, la prognosi e gli aspetti organizzativi globali e le decisioni difficili che attraversano l'universo delle tecniche complesse di trattamento, dei modelli di riferimento sulle patologie e la dialettica della letteratura e dello stato dell'arte.

La lettura della letteratura si confronta con la realtà, non diventa accademia, sfoggio di gerarchia e superficialità.

Il Round deve valutare il successo e l'insuccesso, deve avere una alta capacità di elaborare e rielaborare la realtà, è la validazione e la falsificazione di tecniche e protocolli di tutti gli operatori.

5° L'INFERMIERE DI TERAPIA INTENSIVA A CONFRONTO CON LA MORTE CEREBRALE E LA MULTIPLE ORGANS FAILURE (M.O.F.)

Anche di fronte alla morte cerebrale, alla Multiple Organs Failure è l'entusiasmo il principe della sfida alla sopravvivenza.

La mia mente ed il mio cuore sono pronti a vivere allo stesso tempo i sentimenti spesso in conflitto che nascono dalla vita e dalla morte: il piacere della vita ed il dolore della morte.

Nella crisi degli organi di un uomo, organizzare l'assistenza è per me tornare al mio dialogo interno, è una condizione ideale per guadagnare sicurezza e poter dimostrare come questo cocktail comportamentale di competenze, conoscenze, abilità personali, intuizioni mi riconduca alla discussione sui risultati sulla sopravvivenza, mi faccia pensare ed allo stesso tempo sentire un eroe positivo quello che vince una battaglia senza allori, nessuno ti conosce, non ci sono medaglie e discorsi, ma è un successo che ti conferma, fibra per fibra, che i tuoi comportamenti sono giusti, sono esperienze che ti danno più strumenti di conoscenza, sono un grande training ai confini della galassia, un tratto di unione con la tua vita, ti accorgi che ha senso la ricerca, avere e mantenere nella ricerca continua una filosofia della vita. È solo il successo che ti dà più potenza, è come una sinfonia, una armonia, lavorare sul paziente che morirà, lui mi darà più consapevolezza, più competenza. È difficile che un uomo legghi i suoi comportamenti affettivi ad una esperienza così frustrante come l'insuccesso, fino alla morte, alla cessazione di ogni movimento; stabilire a priori che uno morirà, che è inevitabile che muoia mi fa vivere una dicotomia, mi dissocia. Un medico, una sera, ama quel paziente e si impegna, la mattina dopo un altro medico lo ignora. Non si capisce più se è per volontà del destino che tutto cammina o se per volontà delle conoscenze.

La ragione è la sola compagna ad aiutarci, a tramutare una fonte, spesso ripetuta di frustrazioni in una fonte di conoscenza.

Un paziente che muore non è espressivo, tutti hanno paura di quella maschera, sono situazioni che ti alienano, ti danno una metaconoscenza: quella

della morte. Spesso non c'è cultura, solidarietà, capacità di discutere sulla morte. Gli interrogativi sono spesso cortocircuitati e la definizione rapida e sommaria dei pazienti "senza speranza" abbassa a tal punto la tua autostima fino all'abbandono. I comportamenti allora dovrebbero essere altri, forse anche gli spazi dovrebbero essere altri: più privacy, più contatto con le famiglie, più tempo per la discussione. Questi uomini, pazienti tra la vita e la morte o dentro la morte, continuano ad avere una identità sociale.

Sedarli, privarli di ogni sensazione, ad ogni aumento di richiesta segregarli, privarli degli stimoli sensoriali abituali, delle usate carezze, o sovraccaricarli di stimoli artificiali: una condizione di campo totale, deprivazione e sovrastimolo sensoriale estraniano il paziente dalla sua esperienza, spesso nell'incapacità a comportarsi, si affaccia uno spettro dentro di noi, quello del mostro.

La situazione senza speranza è invece una palestra di conoscenza nella fisiologia degli organi e nelle altre scienze umane, in un intreccio mirabile ed entusiasmante.

Quando c'è la vita, capita di morire ed io lavoro anche per assistere un morto!

6° L'INFERMIERE DI TERAPIA INTENSIVA A CONFRONTO CON I PARENTI

Io Infermiere di Terapia Intensiva sono capace a parlare, ad aiutare i parenti dei pazienti?

Quali aspettative hanno i parenti dei pazienti?

Il problema è riconoscere il diritto dei parenti ad avere la corretta informazione, riconoscere il diritto dei parenti a non essere espropriati delle loro decisioni.

Ancora oggi il familiare vive la malattia del suo caro come una colpa, un atto di riverenza ai tecnici, come se i comuni diritti di persona fossero aboliti dalla malattia. Istituzionalizzare la malattia porta con se comportamenti di lesa dignità umana. Troppo spesso non si considera il fatto che i parenti del paziente in pericolo di morte dovrebbero essere continuamente informati su tutte le procedure. Il paziente non va sequestrato, ridotto ad un problema tecnologico, farmacologico; la malattia va vissuta nella storia stessa del paziente come membro della società e nel rispetto del fatto che questa nostra società ha scelto di lottare fino in fondo per la sua sopravvivenza.

Dato che è impossibile strutturare in precisi rapporti queste difficili e diverse situazioni spesso i comportamenti per semplificarsi o per sfuggire sono superficiali e contraddittori.

Ritorno al mio dialogo interno, alla mia contraddizione giornaliera sul tempo biologico, il tempo intelligente ed il tempo artificiale e stupido del mio turno.

Il familiare è un controllore, esaspera solo quando è vittima della cattiva e non coordinata informazione.

Si crea spesso molta ansia sulla informazione, l'ansia nasce però dal vivere il proprio lavoro non come una professione: anch'io ho detto "vada dal medico" per tagliar corto e cavarmi d'impaccio: il medico troppo spesso è nella po-

sizione di falsificare le proprie esperienze: "è stabile" dice al parente ma il paziente sta morendo; non capisce che si vogliono altre informazioni, prevale allora l'ansia: al disimpegno, a fare l'azzeccagarbugli, a distorcere la realtà, alla pietosa bugia, capita anche di brutalizzare.

Quale interessante intreccio, nella mia professione di conoscenze ed umanità, di rispetto e considerazione del mio stile, ogni giorno sono alla prova nell'arduo compito di: "non ridere, non piangere ma capire".

7° L'INFERMIERE DI TERAPIA INTENSIVA ENTRA NELLA STANZA DEL COMPUTER

L'infermiere e la tecnologia del microprocessore. In realtà non so dove sto entrando. Tutto intorno a me è dominato dal silicio, ma l'immagine rischia di non essere reale. La situazione può apparire astratta. Le proiezioni internazionali pongono l'infermiere di Terapia Intensiva, l'infermiere tecnologico in pool position, nel Duemila, al quarto posto della graduatoria dei lavori nel mondo con forti guadagni, con il successo. Esisterà un infermiere che si occuperà di questo? Ma è poi questo il futuro? La tecnologia è al letto del paziente, bedside, essa segue l'iter attraverso gli scenari dell'intervento intensivo, sempre più piccola e maneggevole, liberatoria della nostra fatica, fonte inesauribile di informazione, l'infermiere è l'interfaccia, il suo controllo, l'infermiere rimane un uomo che deve essere consultato, la computerizzazione è solo una razionalizzazione dei dati.

Il computer mi riporta con la sua ermetica magia alla contrapposizione tra il tempo naturale della consapevolezza, il tempo cognitivo, ed il tempo artificiale fatto di mansioni. Questo tempo artificiale è messo sotto accusa, esso è l'abolizione della creatività, la negazione della professionalità, è il sistema semplice, l'algoritmo semplice, la ripetizione, l'abitudine, la noia, è quel tempo su cui si basano i Decreti Legge che non viaggiano Real Time, non si aggiornano con il presente storico, non è il tempo dello sviluppo dell'esperienza, della integrazione dell'iter, della riunificazione di ciò che è stato separato; il tempo cognitivo è il tempo dell'esperienza autentica, ciò che lega il prima al dopo, l'intervento nel territorio all'intervento in terapia intensiva, alla riabilitazione.

È come quando dobbiamo ripensare l'amore, l'angoscia, il tempo cognitivo si lega indissolubilmente ai ritmi biologici dell'uomo. Nasce una rivendicazione, i Decreti Legge debbono essere fatti sul tempo qualitativo e non su quello quantitativo, un tempo che tiene conto della complessità della professione che usa la Scienza Infermieristica.

Le Rianimazioni sono al centro del business dell'industria, sono situazioni spesso indotte dallo sviluppo economico. Le società avanzate le legittimano come tributo alla sopravvivenza. La medicina di supporto d'organo è l'espressione dello sviluppo della scienza e della tecnica nella informatica e nella robotica.

Il sogno perseguito è quello di una totale sostituzione d'organo, un servizio, una alta efficienza intorno alla tecnologia su cui ruota la sapiente manipolante, accelerante o ritardante presunzione dell'industria.

L'interesse dell'industria si sposta verso un modello di supporto artificiale, di trattamento per protesi.

Da una parte, la gente che chiede di vivere fin verso i confini dell'entropia e dall'altro l'industria che risponde con strategie del supporto e della totale sostituzione e queste strategie ad alta specialità chiedono infermieri tecnologici, standards, efficienza, valutazione. Si stabiliscono requisiti tecnologici, si definiscono pools a tavolino, la società consumerà il suo sogno e l'industria, come in un viaggio senza perché, troverà la best organisation, il best cost-benefit ratio, soldi e competenze.

L'infermiere interfaccia pur sempre sarà anche il controller, compenserà gli errori e garantirà sul piano dell'assistenza i confini della dignità dell'essere umano. La sua autonomia ed il suo sapere contrasteranno il business ma non ne impediranno lo sviluppo. La filosofia terrà a bada lo scientismo: il futuro è questo. Oppure saremo drammaticamente sistemati come burattini tecnologici tra la vita e la morte a fare un luccicante teatro della finzione?

Madeline Musante Wake Ph.D.R.N.

Formazione post-base per infermieri di T.I. in U.S.A.

Le risposte ai problemi della salute sono notevolmente cambiate negli USA dal 1983, anno in cui un nuovo regolamento governativo ha stabilito che gli ospedali, in base alla diagnosi medica, riceveranno una predeterminata somma di denaro per ogni paziente. Se spenderanno di più andranno in perdita, se spenderanno di meno avranno un guadagno.

All'inizio questo piano era applicato solo per i pazienti con assistenza governativa, poi le compagnie di assicurazione private hanno cominciato ad effettuare i pagamenti con lo stesso criterio.

L'effetto di tutto questo sul nursing è stato notevole: i pazienti ospedalizzati sono soggetti a forme di malattia più acute che in passato e l'ospedale sta diventando un grande reparto di terapia intensiva.

Il tempo di ricovero dei pazienti è diminuito, per cui ai pazienti e alle famiglie deve essere insegnato come curarsi a domicilio, per es.: membri della stessa famiglia possono prestare assistenza ad un paziente emodializzato a casa; bambini con displasia polmonare vengono dimessi dai reparti di cura e rimangono a casa con protesi respiratoria.

Gli infermieri di T.I. insegnano ai parenti l'uso di questi apparecchi e le metodiche e periodicamente attuano assistenza infermieristica ai suddetti, fuori della struttura ospedaliera.

Gli amministratori calcolano esattamente i costi per le cure infermieristiche al degente, in base a classificazioni sul tipo di paziente, sull'intensità dell'assistenza infermieristica, sul numero delle ore di nursing prestate al giorno per paziente per specifiche aree di cura.

Osserviamo quindi che: la maggior gravità delle patologie, una più veloce dimissione e il contenimento dei costi, inevitabilmente vanno a gravare sull'assistenza infermieristica.

Per questo motivo molti infermieri stanno lasciando l'ospedale, e qualche T.I. ha ridotto i posti letto.

A causa della maggior acutezza dei casi e delle nuove tecnologie, l'assistenza infermieristica è diventata più complessa.

C'è stato un aumento nel numero degli infermieri che si sono specializzati.

Per la maggior complessità e per le numerose specializzazioni infermieristiche c'è stato un aumento dei programmi formativi e dei meccanismi di riconoscimento dei titoli.

Esistono quindi molti programmi formativi, per gli infermieri dell'area critica, che in USA vengono dedotti dalla pratica clinica, dalla ricerca e dalle teorie infermieristiche.

Pensiamo che la formazione debba essere ancorata alla realtà della pratica, provata per efficacia attraverso la ricerca e proiettata in avanti attraverso la teoria.

L'assistenza è un lavoro sia intellettuale che fisico.

L'A.N.A. (American Nurses Association) definisce l'assistenza come diagnosi e trattamento delle necessità dell'uomo riguardo ai problemi di salute attuali e potenziali.

Gli infermieri sono di supporto alle naturali funzioni umane, sia quando controllano le risposte del paziente alla patologia e alla terapia, sia quando rilevano segni precoci di complicazioni, e lavorano per impedire l'aggravamento del paziente.

Essi applicano i piani di cura dettati dal medico, ma stabiliscono e attuano anche un piano infermieristico, assistendo i pazienti, identificando i loro problemi, provvedendo alle cure e valutando l'efficacia delle prestazioni.

Possiamo quindi definire "diagnosi infermieristica" l'insieme delle risposte fisiologiche e psicosociali del paziente ai problemi di salute: il medico diagnostica la malattia, l'infermiere ne rileva la risposta individuale (per una diagnosi medica di infarto miocardico, la diagnosi infermieristica potrà essere: ridotta gittata cardiaca o paura di morire).

Uno dei fondamentali concetti per la formazione all'assistenza intensiva è che gli infermieri devono capire sia la evoluzione della malattia e la terapia medica conseguente, per valutare se il paziente stia migliorando, sia le innumerevoli variazioni delle risposte fisiologiche e psicosociali che gli individui possono avere in conseguenza a problemi di salute.

FORMAZIONE INFERMIERISTICA DI BASE

La formazione infermieristica di base in USA è costituita da un corso di due anni con diploma finale di infermiere associato (A.D.N.), e da uno di quattro anni con dottorato (B.S.N.).

Il programma per il diploma A.D.N. insegna gli aspetti fondamentali scientifici e tecnici del nursing.

I programmi del corso B.S.N. includono anche studi di scienze fisiche e sociali, materie umanistiche e nursing professionale.

Fino a poco tempo fa entrambi i programmi qualificavano l'infermiere professionale per la registrazione all'albo e relativa licenza all'esercizio, ma ora le leggi dei vari Stati stanno cambiando, distinguendo gli infermieri associati A.D.N. dagli infermieri professionali B.S.N.

Il cambiamento è lento perché vi è opposizione da parte di alcuni gruppi.

La base scientifica e l'importanza attribuita alla valutazione dell'assistenza infermieristica nel programma di laurea hanno grande importanza nella preparazione degli infermieri di T.I.

Il curriculum di studi per diploma B.S.N. applicato nella mia Università (Marquette University) è il seguente:

a - scienze naturali
di base:

- chimica
- anatomia
- fisiologia
- fisiopatologia
- biochimica
- microbiologia

b - scienze sociali:

- psicologia
- sviluppo psicologico
- sociologia della famiglia

c - scienze applicate:

- farmacologia
- nutrizione

Nel nostro programma la valutazione critica è sviluppata attraverso corsi di filosofia e metodi di insegnamento che aiutano a costruire il pensiero critico.

I corsi infermieristici includono l'applicazione delle conoscenze scientifiche nelle varie fasi della vita umana, per vari tipi di malattia e per problemi infermieristici e assistenziali.

In aggiunta al curriculum alcune scuole offrono corsi specifici in cure critiche.

Nella nostra Università c'è anche un corso, per gli studenti del IV anno, di specializzazione post-base in cure critiche.

L'A.A.C.N. raccomanda studi sull'area critica per gli studenti che vogliono ottenere il diploma BSN.

FORMAZIONE POST-BASE

Undici dei nostri 50 Stati richiedono una formazione permanente per continuare a concedere la licenza.

Alcune associazioni infermieristiche richiedono che vengano sostenuti degli esami per il rilascio di certificati, come ad esempio per il certificato di infermiere per l'emergenza (C.E.N.: Certified Emergency Nurse), o per l'infermiere di cure critiche (C.C.R.N.: Certified Critical Care Nurse).

L'associazione degli infermieri specializzati in emergenza e l'A.A.C.N. pubblicano dei testi guida da consultare per gli esami.

Gli esami vertono su argomenti cardiovascolari, polmonari e neurologici che riguardano il 19% dei tests.

Altre aree testate sono: renale, gastrointestinale, ematologica, endocrina ed etico-legale.

Si può vedere che per ogni area clinica gli infermieri sono interrogati su anatomia, fisiologia e cura dei problemi infermieristici relativi a comuni stati di malattia.

Ogni anno più di mille infermieri sostengono questi esami e si preparano attraverso corsi o studi autodidattici.

Tutti gli ospedali richiedono una formazione post-base per lavorare in T.I.

Questa viene verificata da una commissione unificata accreditata dagli ospedali.

Non sono richiesti particolari standards sulla vastità e sui contenuti dei programmi, che quindi possono essere molto variabili.

Gli ospedali organizzano più corsi di formazione post-base: sull'orientamento, sulla formazione per servizi specifici e sulla formazione permanente:

- 1) il corso di orientamento presenta ai nuovi infermieri l'ospedale e le varie unità di T.I.;
- 2) il corso di formazione per servizi prepara gli infermieri a lavorare in uno specifico ospedale;
- 3) il corso di aggiornamento o formazione permanente favorisce lo sviluppo della conoscenza e delle capacità infermieristiche non specifiche ad un ospedale, ma in relazione piuttosto al ruolo infermieristico.

Qualche ospedale acclude ai programmi di orientamento l'inizio di un corso in T.I. che continuerà con i corsi di formazione permanente.

Questi programmi di orientamento possono avere dalle 40 alle 125 ore di teoria e dalle 70 alle 320 ore di pratica clinica supervisionata.

Per quanto ci riguarda, il progetto più valido per programmi di orientamento è stato il modello basato sulla competenza, che ha le seguenti caratteristiche:

- 1) obiettivi pratici e teorici chiaramente definiti per le cure del paziente critico;
- 2) evidenza sulla realizzazione del programma previsto;
- 3) uso di studi autodidattici e di attività di apprendimento dirette da un insegnante;
- 4) stima del precedente apprendimento e richieste di deroga al programma quando ciò sia appropriato;
- 5) presenza di un monitore: un I.P. con esperienza, che segua le nuove infermiere;
- 6) verifica dell'apprendimento teorico e della pratica.

Conoscete quali sono le più importanti competenze di un I.P. in T.I.? Forse, saper riconoscere in modo tempestivo ed appropriato situazioni che potrebbero minacciare la vita del paziente e saper prendere i provvedimenti più adeguati.

Per l'infermiere di emergenza la capacità più importante è il "triage", ovvero saper decidere quale paziente abbia bisogno di intervento prima di un altro, e quali siano i problemi da trattare per primi.

ALTRE FONTI

Oltre agli ospedali in U.S.A. organizzazioni private e associazioni provvedono egualmente all'aggiornamento.

Il più importante centro di informazioni per l'istruzione sull'assistenza infermieristica in cure critiche in U.S.A. è l'A.A.C.N., Istituto Nazionale per l'Insegnamento.

In un convegno tenutosi nel maggio di quest'anno ed al quale parteciparono più di 5000 persone furono trattati argomenti sulla pratica clinica di base e quella avanzata.

Alcuni argomenti prendevano in esame uno stato specifico di malattia, per esempio l'insufficienza epatica.

Altri trattarono problemi comuni a molti pazienti, come per esempio il dolore e la nutrizione.

Oltre agli argomenti clinici furono presi in considerazione temi riguardanti la gestione infermieristica per l'infermiere manager e temi relativi all'istruzione infermieristica per gli infermieri insegnanti.

Noi pensiamo che sia indispensabile per gli insegnanti e per i managers continuare la loro formazione nell'assistenza infermieristica clinica, tanto quanto in pedagogia o in management, in modo da poter far fronte alla pratica clinica nel nursing.

In aggiunta alle letture ci sono vari incontri dove varie persone discutono su argomenti relativi alla politica dell'assistenza in cure critiche.

Come per il vostro gruppo (A.N.I.A.R.T.I.) l'A.A.C.N. usa i congressi per discutere dei problemi e per influenzare la politica delle scelte.

Anche le università provvedono ad una formazione post-base.

Oltre ai diplomi di base l'infermiere può ottenere il diploma di Master e il Dottorato.

Il Master in assistenza infermieristica in cure critiche qualifica l'individuo come infermiere clinico specialista.

L'infermiere specialista è un professionista avanzato che si occupa della cura dei pazienti, dell'insegnamento e che applica la ricerca alla pratica.

Il Dottorato (Ph.D. o D.N.S.) prepara gli infermieri a fare ricerca nell'assistenza infermieristica in cure critiche.

La formazione continua è comunque offerta dalle università per gli infermieri di qualsiasi livello.

Alcuni programmi sono tecnicamente orientati, come ad es.: programma per monitoraggio emodinamico.

Altri sono orientati allo sviluppo di altri temi, come quelli etici in cure critiche.

Altri ancora sono impostati sulle cure critiche di base o avanzate.

Alcuni di questi sono orientati su particolari tipi di degenti in T.I., come ad esempio: bambini, pazienti traumatizzati o pazienti con problemi cardiaci.

METODI DI INSEGNAMENTO

La formazione continua può aver luogo in classe, in laboratorio, in reparto o a casa.

L'insegnamento in classe include letture, discussioni di gruppo, studio di casi, ecc.

La lettura è una buona maniera per apprendere nuove conoscenze, molte informazioni possono essere date a più persone contemporaneamente e in poco tempo.

L'apprendimento è più che mai proficuo durante la partecipazione a discussioni nei lavori di gruppo o su casi specifici.

Nel laboratorio possono essere fatte dimostrazioni, simulazioni o possono essere "giocati" dei ruoli.

La simulazione è indicata per preparare l'infermiere a nuove manualità.

Uno dei nostri ospedali stava preparando gli infermieri ad assistere pazienti con cuore artificiale e li addestrava su di un simulatore.

Ogni infermiere ha avuto all'inizio lezioni teoriche e tirocinio pratico con il simulatore, in modo da essere in grado di scoprire problemi e risponderne appropriatamente.

Quando hanno assistito il loro primo paziente "reale" con cuore artificiale, si sono sentiti preparati.

Alcuni educatori usano nuove metodiche avvalendosi di computer e video dischi al laser: ci sono eccellenti programmi per le interpretazioni delle aritmie cardiache e di rianimazione cardiopolmonare.

Nell'ambiente clinico: possono essere usati come metodo il giro infermieristico attorno al letto del malato, si possono organizzare incontri con i pazienti stessi, avvalendosi di infermieri insegnanti.

Un nuovo infermiere può essere assegnato ad un monitore: che è un infermiere competente in cure critiche, per essere guidato ed educato.

I monitori hanno bisogno di tirocinio nei processi di guida/insegnamento e di una buona esperienza assistenziale.

Ciascuno può imparare, a seconda del proprio interesse, tramite studi autodidattici.

Alcune riviste infermieristiche in U.S.A. danno risalto alle sezioni riservate alla formazione permanente, utilizzando articoli e contenuti di altri testi.

Alcuni ospedali hanno dei "clubs per le riviste", in questi clubs gli infermieri si incontrano regolarmente per discutere un articolo scelto e la sua applicazione nella pratica clinica.

FORMAZIONE DOPO LA SPECIALIZZAZIONE

La formazione permanente può avere come obiettivo il miglioramento di uno specifico infermiere, di uno ospedale, di una nazione.

I risultati della formazione continua possono essere di quattro livelli: soddisfazione personale, quindi conoscenza e miglioramento della performance per ciò salute del paziente.

Numerosi sono i metodi che possono essere di aiuto nell'insegnamento.

Comunque, abbiamo constatato, che non è sufficiente fornire solo informazioni.

Un aumento delle conoscenze può non corrispondere ad un aumento delle abilità pratiche.

Nel processo di formazione noi pretendiamo il miglioramento del livello della pratica infermieristica e di conseguenza la salute dei nostri pazienti.

Allo scopo di migliorare l'assistenza in cure critiche, abbiamo visto che la formazione permanente deve essere applicabile specificamente alla pratica ed indirizzare il risolvimento dei problemi clinici.

L'educatore Cyril Houle diceva: "Quando il professionista entra in servizio i problemi presenti in casi particolari diventano il centro dell'attenzione: lo studio di questi problemi è lo stimolo più significativo per la formazione continua attraverso l'intero corso di una carriera attiva".

Quando siamo di fronte al problema di un paziente e vogliamo indirizzare la formazione infermieristica al fine di risolverlo, come prima cosa ci riferiamo alla pratica corrente, poi determiniamo quello di cui l'infermiere ha bisogno per imparare e per migliorare tali procedimenti: insegnato tutto questo osserviamo se la pratica rivista e attuata è efficace.

Abbiamo rilevato che spesso gli infermieri conoscono una maniera migliore per praticare l'assistenza, ma non la attuano a causa di ostacoli nell'ambiente di lavoro.

L'infermiere che insegna ha più conoscenze pratiche e può trasmetterle per realizzare miglioramenti nell'assistenza.

Gli infermieri managers possono diventare alleati degli educatori e rinforzare apprendimenti nuovi, possono facilitare cambiamenti nell'assistenza procurando attrezzature necessarie, o cambiando alcune regole.

La formazione permanente effettiva dell'assistenza infermieristica dovrebbe essere insegnata da esperti sia nei contenuti che nella pratica.

Cercando soluzioni a nuovi problemi, medici e infermieri collaborano per apprendere insieme.

Da noi la fisiologia può essere insegnata dagli infermieri o dai medici, come pure la patologia, ma l'assistenza infermieristica può essere insegnata solo da infermieri.

I medici possono insegnare la prospettiva medica della assistenza infermieristica, ma non possono insegnare l'assistenza infermieristica stessa.

Non è sufficiente presentare la fisiologia, la patologia e la terapia, c'è bisogno di infermieri competenti in cure critiche per insegnare strategie, per controllare le risposte del paziente alle fasi della malattia e alla cura intensiva.

Occorre pianificare l'assistenza in modo da aiutare il paziente ad integrare queste esperienze nella sua vita.

In conclusione, nella carriera di infermiere di cure critiche la formazione permanente può:

- rinforzare le conoscenze di base per la pratica assistenziale;
- mantenerle, espandere e aggiornare conoscenze e abilità;
- sviluppare l'esperienza clinica.

Lo svolgimento di un programma generale nella fase iniziale, fornisce la base di conoscenze necessarie per la pratica.

Il programma dovrebbe includere: fisiologia, fisiopatologia, interventi clinici, dotazione di materiale e procedure.

Il programma dovrebbe preparare le infermiere per la rianimazione cardiopolmonare, interpretazione delle aritmie, monitoraggio emodinamico, gestione della ventilazione meccanica e monitoraggio dei fluidi dell'organismo.

In aggiunta all'insegnamento in classe, il programma deve prevedere un'esperienza clinica supervisionata.

La valutazione del programma iniziale deve essere fatta mediante tests scritti, tests di capacità, revisione del grado di performance in campo clinico, cioè è necessario stimare la pratica e non solo le conoscenze.

Il mantenimento, l'espansione e l'aggiornamento dell'assistenza infermieristica in cure critiche può essere fatto attraverso lezioni o letture.

Lo sviluppo dell'esperienza richiede riflessione e capacità di risolvere i problemi.

Gli educatori possono programmare discussioni su casi clinici che non hanno avuto una adeguata risposta.

Le verifiche dell'efficacia della formazione in assistenza critica dimostrano un lavoro infermieristico competente e che migliora la salute del paziente.

Un gruppo di medici ed infermieri nel congresso sulla medicina di cure critiche nel 1983, proclamò: "Gli infermieri sono l'elemento chiave nell'assistenza critica. La presenza continua e la valutazione dell'infermiere professionale influenza positivamente la buona riuscita delle cure".

Noi sappiamo che infermieri adeguatamente istruiti in cure critiche ottengono risultati diversi e miglioramenti nella prognosi.

Quello che la nostra specialità richiede sono cose molto importanti, importanti però, sono anche i risultati.

La formazione post-base è essenziale per infermieri in cure critiche per realizzare una assistenza mirata che spesso significa differenza tra vita e morte.

Questi sono tempi critici per l'evoluzione e la trasformazione dell'assistenza infermieristica nell'area critica, sia negli U.S.A. che in Italia; è necessario quindi progredire per restare al passo con i tempi.

traduzione a cura di:
I.P. Marilena Bedin
I.P. Giuseppe Nardon
c/o Rianimazione O.C. Vicenza

Abba T., Scorzelli F.

I contenuti specifici dell'area critica nella formazione di base

La ricerca di contenuti riferibili all'area critica nella formazione di base non può prescindere dalla individuazione di quelle che sono le funzioni e le attività di competenza dell'Infermiere Professionale in generale e nello specifico di quest'area.

Tale processo di identificazione delle funzioni ed attività riveste, nel nostro contesto, aspetti di problematicità per:

- carenze di atti ufficiali di indirizzo;
- inadeguatezza degli atti ufficiali esistenti.

Lo stesso piano studi in allegato al Decreto di Riforma delle Scuole I.P. è privo degli obiettivi per la formazione di base che dovrebbero, altresì, indicare le funzioni della figura professionale che viene preparata.

La necessità di indirizzi in merito viene, in parte, assolta dalla Legge di Ratifica dell'Accordo di Strasburgo (15/11/73 n. 795). Quest'ultimo, siglato in data 25/10/67, pur rivestendo solamente le caratteristiche di un accordo di massima sul rinnovamento dei contenuti della formazione di base negli Stati Membri firmatari, indica, al capitolo primo dell'allegato 1, le funzioni di quella che viene chiaramente indicata "Infermiera di cure generali", escludendo una preparazione mirata ad un qualche settore specifico dell'assistenza (Art. 1, cap. secondo).

L'istruzione teorica ricomprende nelle cure infermieristiche la prevenzione della malattia, l'educazione sanitaria, l'uso ed azione dei farmaci, problemi alimentari e dietetici, la riabilitazione, nonché le cure di primo soccorso e rianimazione (impropriamente tradotto pronto soccorso nel testo italiano). Analoga attenzione viene posta agli aspetti di primo soccorso e rianimazione nel settore del Nursing clinico. Se ne desume l'intervento del Legislatore di dotare l'infermiere di cure generali, proprio perché presente in ogni settore di attività sanitaria (dall'ospedale, alle case, al luogo di lavoro, ecc.) di nozioni e tecniche atte a consentirgli di intervenire efficacemente in caso di pericolo di vita dell'assistito, prevenendo ulteriori complicanze.

Come noto la chiarezza d'intenti presente nel Testo Ufficiale dell'Accordo viene compromessa già nell'atto stesso della traduzione, non certo per errore di traduzione, in quanto per la scelta dei termini usati e la trasposizione di contenuti che ne vanificano lo spirito innovativo. L'intervento normativo di modifica dell'iter scolastico non esplicita e non persegue il precedente né altri obiettivi formativi: le cure di primo soccorso e rianimazione non compaiono nel piano studi, dove, peraltro non compaiono le "cure infermieristiche" ma bensì le

“tecniche infermieristiche”; ritroviamo, invece, la Rianimazione associata ad Anestesia nel secondo anno di corso.

Nè il tirocinio pratico (traduzione di insegnamento clinico) ripropone gli aspetti di primo soccorso e rianimazione.

Per contro interventi di urgenza quali: respirazione artificiale, ossigenoterapia, massaggio cardiaco esterno, manovre emostatiche, compaiono tra le attribuzioni date all'I.P. al punto 11 dell'art. 2 del Decreto sulle mansioni.

A tale proposito è opportuno sottolineare come nella Legislazione non siano mai state definite le funzioni dell'Infermiere, ma solamente indicate le attribuzioni (siano esse di carattere organizzativo, amministrativo o assistenziale), che concettualmente richiamano il compito svolto come dovere attribuito o assegnato da altri.

A questa inadeguatezza del sistema normativo, si contrappongono le spinte al rinnovamento culturale e tecnico che provengono sia dal contesto sociale, sotto forma di richieste di soluzioni a problemi sempre più complessi, dal contesto sanitario stesso ove questi si manifestano, sia dal mondo professionale che ricerca e promuove la propria legittimazione.

Di fronte alla latitanza degli organismi responsabili a livello centrale, che continuano a trascinare irrisolti di Legislatura in Legislatura i problemi della formazione di base, molte sono le realtà regionali locali, associative che hanno assunto concretamente e “responsabilmente” il compito di sanare le deficienze.

Il nostro tentativo di individuare quali obiettivi si ponga la formazione di base rispetto all'area critica e attraverso quali conoscenze e strumenti li persegua, non può prescindere, quindi, da queste realtà.

Individuati gli ambiti di intervento dell'infermiere in:

- interventi di prevenzione delle complicanze;
- individuazione precoce delle stesse;
- interventi di primo soccorso d'urgenza;
- interventi volti ad allertare il Servizio e gli Specialisti;

verifichiamo attraverso la nostra indagine se e come i programmi del corso di base affrontano questo aspetto della formazione.

Verificata l'impossibilità di reperire questi dati dalla normativa nazionale consideriamo quelle realtà decentrate cui si faceva riferimento poc'anzi, che grazie ad un tessuto socio-culturale sensibile e preparato ed una volontà politica predisposta ad assumere le proprie responsabilità, anche nel campo della formazione, hanno assunto progetti di revisione del piano studi del Decreto di Riforma.

Sulla scorta di alcuni criteri di indirizzo quali:

- la verifica della correttezza dell'impostazione metodologica e di scelta dei contenuti coerenti e finalizzati agli obiettivi esplicitati;
- la verifica della composizione del gruppo di esperti incaricati di formulare la proposta;
- la verifica del grado di legittimazione e pubblicizzazione dati alla proposta dal livello politico regionale.

Ci siamo rivolti specificatamente ai programmi-piani di studio delle Regioni: Piemonte - Toscana - Emilia Romagna - Lombardia; nonché ai programmi di insegnamento dell'anno scolastico 1986/87 di alcune Scuole I.P. dell'hinterland milanese.

Abbiamo considerato alcuni elementi quali: 1) gli obiettivi del piano di studio nel triennio; 2) l'inserimento degli stessi di discipline teoriche, quali: Cardiologia e Rianimazione; 3) i contenuti del Nursing teorico e clinico e la metodologia di insegnamento.

La varietà di situazioni assistenziali accomunabili nel concetto di area critica, rende arduo e forse limitativo del concetto stesso, considerare solamente le discipline specialistiche indicate poiché queste non possono essere, comunque, né insegnate né apprese se avulse dal piano studi stesso e se non sono precedute da altre discipline di "ordine generale" quali: Anatomia, Fisiologia, Biochimica, Biofisica, Patologia Generale, Farmacologia Generale Clinica, Patologia Medica e Chirurgica. Diamo qui come scontati questi insegnamenti di "ordine generale" senza, peraltro, entrare nel merito della pertinenza dei contenuti o della metodologia di insegnamento: diamo qui come assunto che queste discipline sono elementi costitutivi imprescindibili della preparazione teorica dell'Infermiere.

Sicuramente non esauriscono la preparazione teorica che, proprio per la complessità delle situazioni assistenziali cui siamo chiamati a rispondere deve dotare il futuro professionista di alcune conoscenze specialistiche e della capacità di utilizzarle nella prassi secondo i tempi e le modalità convenienti.

In altri termini, le discipline che abbiamo indicato di "ordine generale", se opportunamente supportate dall'insegnamento del Nursing e dall'esperienza clinica, assolvono al bisogno conoscitivo relativo all'ambito degli interventi di prevenzione all'insorgenza delle complicanze; di riconoscimento precoce delle alterazioni delle funzioni vitali; delle capacità organizzative in caso di urgenza; ma non entrano nel merito di interventi specifici.

Vengono, allora, chiamate in causa quelle discipline che per la loro specificità, non si limitano ad indicare le complicanze e la loro modalità d'insorgenza, ma indicano come trattarle operativamente, al fine di garantire la sopravvivenza del paziente fino al momento in cui questi verrà preso in carico dagli Specialisti salvaguardandolo da ulteriori insulti alla sua integrità.

I programmi-piani di studio regionali presi in considerazione presentano, come dicevamo, il tentativo fatto a livello degli Assessorati Regionali, con il supporto di gruppi di esperti, di sistematicizzare il piano studi nazionale, ponendo obiettivi, riorganizzando con varie metodologie l'elenco sterile di materie proposte, indicando contenuti per le diverse discipline, compreso il Nursing integrando gli insegnamenti teorici e clinici.

REGIONE PIEMONTE

Il lavoro preso in considerazione rappresenta lo sviluppo e la continuazione di una precedente rielaborazione del Piano Studi, emanato dalla regione nel giugno 79. Il presente lavoro contiene la sintesi operativa dell'esperienza

maturata in questi anni, nonché il risultato di gruppi costituiti da monitori, docenti, direttrici didattiche, componenti dell'Ufficio Centrale dell'Area di Formazione Professionale, attivatisi nell'anno scolastico 1981/82.

A) Obiettivi

Premesso che la formazione dovrebbe essere:

- 1) centrata sulla persona umana
- 2) orientata verso l'evoluzione
- 3) imperniata sulla personalizzazione: tendente a far acquisire (omissis) la capacità di pensare, di agire, di prendere iniziative e soprattutto di assumere responsabilità professionali e umane
- 4) diretta ad una professionalità concreta e non verso la pura funzione
- 5) aperta al perfezionamento: la formazione di base non può esaurire il campo delle conoscenze (omissis); essa potrà fornire le basi (omissis) di un continuo approfondimento;

essa ha il compito di formare Infermieri capaci di:

- provvedere al mantenimento e al miglioramento della salute tramite l'educazione sanitaria e l'assistenza;
- pianificare e coordinare le cure;
- sviluppare nuove tecniche, riadattando le precedenti;
- valutare la qualità delle cure;
- essere agenti di mutamento;
- assicurare ed animare le relazioni interpersonali;
- migliorare la qualità e l'insegnamento del Nursing attraverso la ricerca;

attraverso tappe progressive:

- formazione scientifica di base;
- conoscenza del Nursing;
- attitudini fondamentali in Nursing;
- completamento di formazioni in luoghi particolari di lavoro (ospedaliero ed extra ospedaliero).

B) L'articolazione degli insegnamenti teorici delle diverse discipline pone:

Cardiologia come sottotitolo della Patologia medica (ore totali 70) con l'obiettivo di fornire allo studente le nozioni di carattere eziologico, patogenetico e sintomatologico delle patologie di natura medica, privilegiando quegli aspetti che permettono all'Infermiere di:

- conoscere gli elementi scientifici che garantiscono la correttezza dell'intervento preventivo;
- riconoscere le manifestazioni cliniche delle patologie per poter (omissis) intervenire in caso di emergenza;
- collaborare con cognizione di causa all'intervento diagnostico e terapeutico;

- osservare con precisione le reazioni alle cure;
- affrontare con competenza l'analisi dei problemi assistenziali del malato, ricercando soluzioni adeguate e realizzandole.

Rianimazione con Anestesiologia (ore totali 20) con l'obiettivo specifico di: far acquisire allo studente il concetto di rianimazione in relazione a diversi momenti fisiopatologici con particolare riferimento ai principi scientifici, etici e alle responsabilità giuridiche in stretto rapporto con il processo rianimatorio, distinguendo:

- l'intervento infermieristico senza l'ausilio di strumenti;
- l'intervento infermieristico in ambiente attrezzato.

C) Il programma di Nursing teorico articolato in Unità di insegnamento prevede:

9^a Unità (1° anno) Segni vitali: fornire allo studente strumenti per:

- acquisire la capacità di osservare, rilevare, registrare, valutare i sintomi fondamentali oggettivi e soggettivi;
- saper riconoscere le principali alterazioni;
- saper intervenire nel modo e nei tempi appropriati.

Correlazioni: Fisica, Anatomia, Fisiologia, Patologia, Semeiotica, Biochimica, Statistica, Psicologia, Pedagogia.

Contenuti:

(omissis)

- misure assistenziali d'urgenza nei casi di: emorragia, shock, lipotimia, vomito.

5^a Unità (2° anno) L'assistenza al paziente con problemi respiratori (omissis):

- respirazione assistita e controllata: apparecchiature e principi tecnici generali;
- problematiche assistenziali e psicologiche dei malati sottoposti a respirazione assistita e controllata;
- rimozione delle secrezioni;
- drenaggio posturale: significato ed implicazioni assistenziali, aspirazione naso-faringea: impiego terapeutico ed implicazioni assistenziali.

(omissis)

6^a Unità (2° anno) La rianimazione cardio-respiratoria:

- richiami di fisiopatologia
- tecnica della rianimazione cardio-respiratoria in ambiente attrezzato ed in ambiente non attrezzato.

8° Unità (2° anno) Attività infermieristiche in Pronto Soccorso:

- aspetti organizzativi e funzionali del P.S.
- competenze infermieristiche
- aspetti giuridici dell'attività dell'I.P. in P.S.

Il programma di Nursing clinico prevede: 2° anno.

D.E.A. (100 ore comprensive di P.S. e Terapia Intensiva) in cui lo studente deve:

- 1) prendere coscienza delle problematiche relative a:
 - immediatezza e complessità della situazione da affrontare
 - particolare situazione psico-fisica dell'utente
- 2) intervenire correttamente:
 - nella valutazione delle priorità di intervento
 - nella realizzazione e nel coordinamento degli atti di primo intervento e dell'assistenza di base (omissis) in Terapia Intensiva
 - nell'utilizzazione di particolari strumenti e presidi tecnici
 - nella relazionalità con l'utente e con i suoi familiari
 - nei rapporti funzionali con i differenti servizi ospedalieri ed extraospedalieri.

REGIONE TOSCANA

Contributo per la pianificazione del curriculum di studi delle Scuole I.P. - settembre 1979.

Il gruppo di lavoro, costituito da monitori e docenti delle scuole, è stato integrato e supportato dalla collaborazione di esperti regionali.

A) Obiettivi

Tra gli obiettivi prefissati ai corsi in diverse scansioni temporali:

- 1.3 Identificare precocemente le deviazioni dalla condizione di salute e saper intervenire in modo corretto e specifico
- 1.4 Prevenire le complicanze e le deformità originate dalle diverse cause patologiche
- 2.8 Sviluppare la capacità di comunicazione sia verbale che scritta e la capacità di trasmettere informazioni in modo breve e preciso.

B) - C) L'elencazione di materie previste dalla normativa viene riconvertita in:

sei corsi nel 1° anno;

quattro corsi nel 2° anno;

cinque corsi nel 3° anno (escluso il corso di Lingua Straniera triennale) articolati in livelli di approfondimento delle tematiche, imperniati sul Nursing.

Il corso di assistenza al malato adulto (1° anno) nella 2ª unità p. 7) prevede: osservazione e trascrizione dei segni vitali;

la 5ª unità – La persona con disturbi cardiovascolari al p. 8) prevede: svolgere una assistenza “sicura ed efficace” alla persona colpita da malattia cardiovascolare (paziente colpito da infarto); acquisire conoscenze dei principi di base dalla rianimazione cardiopolmonare.

Esperienze cliniche: svolgere assistenza ad una persona colpita da infarto.

Aula di dimostrazione: tecniche ed attrezzature utilizzate per la rianimazione cardiovascolare.

Il corso di Assistenza infermieristica alle persone adulte (2° anno) prevede:

Unità n° 1 – Assistenza infermieristica alle persone adulte che necessitano di un intervento chirurgico con al p. 8):

- conoscenza dell’assistenza infermieristica ai pazienti con complicazioni;
- conoscenza delle responsabilità dell’infermiere in rapporto al paziente (omissis) di rianimazione.
- esperienze cliniche: visite ed osservazioni in sala operatoria e di rianimazione, discussione circa la loro organizzazione e le attrezzature in uso.

Unità n° 5 – Assistenza infermieristica a persone adulte che necessitano di un intervento di chirurgia cardiaca, con, al p. 4):

interventi infermieristici che aiutano il paziente che ha subito un intervento di chirurgia cardiaca:

- aiutare la persona e la famiglia ad adattarsi alle modifiche connesse con questo problema;
- prevenire le complicanze.

Esperienze cliniche:

- aiuta l’Infermiere diplomato nell’assistenza al paziente nei primi due giorni dopo l’intervento;
- assiste i pazienti che hanno subito un intervento toracico dopo il 4° giorno post-operatorio.

La metodologia qualificante della proposta è rappresentata dalle pre e post conferenze; essa consente di aiutare lo studente a sviluppare la capacità di riflettere su un problema ed è costituita da una fase preparatoria tendente a:

- orientare l’apprendimento pratico;
- stabilire la base per l’analisi dell’esperienza di apprendimento;
- riconoscere i contenuti e i limiti del ruolo dell’infermiere;
- rinforzare l’apprendimento del processo di “problem-solving”;

nonché una fase di riflessione ed approfondimento dell’esperienza di apprendimento stessa.

REGIONE EMILIA ROMAGNA

Corso triennale per Infermieri Professionali: obiettivi; piani di studio; metodologie.

Preso atto della sterilità delle proposte contenute nel D.P.R. di riforma, il Consiglio Regionale nel marzo 1976 deliberò l'istituzione di una Commissione di esperti con il compito di redigere un documento di revisione completa del piano studi, comprendente: la ridefinizione degli obiettivi, un progetto per l'istruzione teorica; un progetto per l'istruzione pratica; l'indicazione di metodologie funzionali alla formazione professionale degli allievi.

A) Obiettivi

Assicurare all'Infermiere la piena autonomia culturale e professionale in omaggio ad una professionalità più critica ed autonoma, capace di momenti decisori, ove il sapere e il saper fare diventano un'unica fase in continua evoluzione.

B) Le diverse discipline vengono riorganizzate in quattro accorpamenti: Scienze Umane; Scienze Mediche; Discipline Igienico-preventive; Scienze Biologiche diversamente articolate nel triennio; il Nursing, inteso come filone centrale fa parte di ogni accorpamento.

L'accorpamento Scienze Mediche, articolate nel triennio prevede:

- 1° anno: — omissis
— Nursing applicato alla Patologia Medica e Chirurgica, Dietoterapia e Farmacologia in cui viene trattato il programma di Cardiologia;
- 3° anno: — Il Nursing delle specialità. (omissis)
6^a unità — Rianimazione (30 ore): concetti generali; fisiopatologia respiratoria; insufficienza respiratoria; respiratori automatici; quadri clinici; rianimazione cardiocircolatoria.
— Il Nursing degli interventi di urgenza (70 ore).
2^a unità — Urgenze chirurgiche: cause; sintomi; diagnosi; trattamento.
3^a unità — Urgenze mediche: aritmie; shock cardiogeno; edema polmonare acuto; arresto cardiaco da fibrillazione ventricolare e da blocco; disturbi cerebrali acuti; disturbi respiratori acuti; stati di coma più comuni; terapia d'urgenza della crisi anafilattica.

L'insegnamento del Nursing, a partire dal Nursing-assistenza di base nel 1° anno è centrato sul processo del "problem solving" e viene consigliata la formulazione di piani di assistenza in ordine crescente per complessità e difficoltà.

REGIONE LOMBARDIA

Contributo alla pianificazione del programma triennale di studio per Infermieri Professionali.

L'Assessorato alla Sanità, preso atto che l'adeguamento alle norme Comunitarie sulla formazione richiede una radicale revisione dei contenuti e delle metodologie, affida suddetto compito ad una équipe di tecnici ed esperti della formazione infermieristica.

A) Obiettivi

Per gli obiettivi del corso di formazione si fa riferimento agli obiettivi del Consiglio C.E.E. del 27 giugno 1977; vengono poi indicati gli obiettivi specifici per ciascuna materia.

B) L'intervento sulla elencazione delle discipline del programma triennale ha lo scopo di determinare raggruppamenti interdisciplinari di materie, al fine di creare delle "unità di insegnamento" correlate fra loro per contenuti affini.

La Rianimazione, ricompresa con Anestesia nel raggruppamento B del 2° anno di corso, si pone l'obiettivo di: far acquisire il concetto di rianimazione nelle sue accezioni riferite ai diversi momenti fisiopatologici ed in rapporto agli scopi del trattamento.

La Cardiologia, con Cardiocirurgia e Chirurgia Polmonare appartiene al raggruppamento C) specialità medico-chirurgiche nel 3° anno, con l'obiettivo di completare le conoscenze nelle malattie cardiache, in particolare dei quadri patologici di ordine chirurgico per quanto attiene la situazione del pronto intervento e della Terapia Intensiva.

C) L'insegnamento del Nursing, componente organizzatore di ogni raggruppamento interdisciplinare, riprende e finalizza, a partire dal 2° anno, le conoscenze relative agli interventi d'urgenza in relazione agli atteggiamenti propri del saper agire nell'urgenza:

- agire contro le possibili complicanze;
- individuare i segni premonitori;
- attuare i primi atti infermieristici;
- chiamare il medico di guardia e preparare il materiale di pronto soccorso;

per affrontare, nel 3° anno, l'assistenza per la Rianimazione e la Terapia Intensiva, in correlazione con l'insegnamento di Cardiologia e Cardiocirurgia.

Poiché è, tuttavia, ipotizzabile la presenza di un certo scarto tra le proposte teoriche e la realizzazione delle stesse nelle diverse realtà locali, abbiamo esaminato i contenuti dei programmi svolti in 5 Scuole dell'hinterland milanese.

I dati

n° di programmi teorici di Rianimazione esaminati	5
n° di programmi teorici di Cardiologia esaminati	5
n° di programmi teorici di Nursing correlati alle discipline sopraelencate	5

Contenuti specifici dei programmi di Rianimazione e loro distribuzione:	schema A
Contenuti specifici dei programmi di Cardiologia e loro distribuzione:	schema B
Contenuti del programma di Nursing e loro distribuzione:	schema C

Analisi dei contenuti riferibili all'area critica in cui è prevedibile l'intervento dell'I.P. nelle fasi di:

- prevenzione
- individuazione precoce
- sostegno funzioni vitali

e la successiva presa in carico da parte dello Specialista: schema D

Analisi dei contenuti riferibili esclusivamente alla area critica: schema F

Esperienza di tirocinio in settori dell'area critica: schema F

Dall'analisi effettuata appare evidente che è sentito nella realtà scolastica il problema di preparare il futuro professionista a far fronte al paziente che, per motivi diversi diventa critico e, quando ciò è possibile, a prevenire questi motivi.

Pare tuttavia che la soluzione di questo problema sia diversificato a seconda di fattori che incidono da sempre nella preparazione dell'Infermiere:

- 1) la preparazione e l'esperienza professionale dei docenti infermieristici e non che li rende diversamente sensibili e disponibili ad affrontare particolari aspetti dell'assistenza;
- 2) la caratteristica dell'Ospedale a cui la Scuola è collegata per lo svolgimento del tirocinio e le tipologie di prestazioni curative che vengono date;
- 3) il modello di Infermiere che, nel contesto specifico, si vuole preparare. Quest'ultimo fattore è, in parte, dipendente dai primi due, in parte, risente di quelle che sono le aspettative in proposito espresse dal tessuto socio-culturale della zona e dalla categoria dei professionisti stessi;
- 4) quarto, ma non ultimo per importanza di incidenza nelle scelte: la non chiarezza di obiettivi nella formazione; la mancata definizione delle funzioni del professionista Infermiere a livello di normativa nazionale hanno consentito lo sviluppo di filosofie, a volte anche molto diverse, su questa tematica: dall'Infermiere esclusivamente esecutivo, al mini medico, all'Infermiere unico-polivalente, ecc.

A conferma di questa non chiarezza di intenti depone la diversificazione di argomenti presenti nei programmi esaminati sia come quantità di informazioni trasmesse che come ripetitività di stessi argomenti, che non sempre è espressione di interdisciplinarietà, ma bensì della non finalizzazione degli insegnamenti stessi.

Tuttavia, pur in assenza di indirizzi univoci e con l'incidenza dei fattori diversificanti che abbiamo individuato, ritroviamo latente una linea costante di riferimento presente nella quasi totalità dei programmi esaminati.

A partire da quanto espresso nell'Accordo di Strasburgo a proposito della formazione, che è in cure generali e non volta ad aspetti specialistici pur ponendo, per ovvi motivi, l'accento sugli interventi di primo soccorso, ritroviamo come costante questo indirizzo nelle proposte di piani di studio, attraverso:

- la definizione degli obiettivi generali al corso che non evidenziano interventi specifici;
- l'inserimento di argomenti rivolti all'acquisizione di conoscenze atte a
 - riconoscere tempestivamente le alterazioni delle condizioni del paziente
 - individuare e prevenire le complicanze
 - intervenire precocemente in modo opportunosia nel programma di assistenza infermieristiche che in altre discipline;
- l'adozione di metodologie insegnamento/apprendimento di tipo attivo per stimolare la capacità di intervento autonomo.

Carente è l'aspetto del Nursing clinico nei settori dell'area critica, come appare evidente dai dati illustrati. Presumibilmente il tirocinio in queste aree risente dei problemi del tirocinio in generale:

- carenza di personale;
- carenza di disponibilità del personale;
- carenza di settori operativi;

a cui si assommano problemi specifici legati alla specializzazione degli interventi assistenziali, all'uso di apparecchiature e strumenti ad elevata tecnologia; nonché alla convinzione che il tirocinio in questi settori distolga l'allievo dai compiti dell'assistenza di base.

È auspicabile che quest'indirizzo costante ma latente del corso di formazione di base venga esplicitato attraverso:

- la definizione di obiettivi specifici;
- l'individuazione di contenuti coerenti;
- l'esplicazione di una corretta metodologia;
- la scelta del docente.

Obiettivi

- Svolgere assistenza preventiva sicura ed efficace a persone con problemi di complessità variabili.
- Individuare le principali alterazioni critiche delle funzioni vitali.
- Espletare prestazioni d'urgenza non eludibili.
- Utilizzare correttamente i sistemi di comunicazione per far fronte alle urgenze.

Contenuti

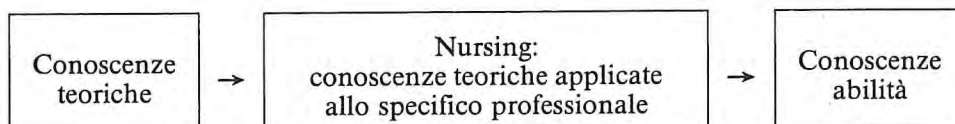
La preparazione teorica dell'Infermiere di base in area critica risponde ad un primo livello di conoscenze riferibili: al funzionamento dell'organismo; ai meccanismi di alterazione del funzionamento fisiologico per alterazioni pato-

logiche di diversa natura e alla loro evoluzione; allo specifico degli interventi assistenziali atti a mantenere o migliorare le condizioni del paziente monitorando le funzioni vitali ed intervenendo per supportare queste ultime, in caso di necessità.

A questa preparazione concorrono tutte le discipline sia quelle identificate "di ordine generale" che quelle di ordine specialistico inserendosi sulla trama di sostegno rappresentata dal Nursing che dovrebbe sistematicizzare le conoscenze riconducendole allo specifico professionale.

Sappiamo, e la stessa indagine svolta lo conferma, che il corso di base non è certo carente di contenuti teorici per le discipline mediche; sovente è, però, carente quella funzione di collettore propria del Nursing, che ostacola, quindi la trasformazione delle conoscenze teoriche in conoscenze abilità.

Gli interventi in situazioni che sono od evolvono in critiche si basano prevalentemente su queste ultime, richiedendo la capacità di agire con conoscenza di causa.



Specificatamente

Situazione: paziente chirurgico
splenectomizzato
nel post-operatorio

Interventi di prevenzione:

Controllo periodico dei segni vitali, dei drenaggi, ecc.

Valori in rapido mutamento: calo pressorio
tachicardia
stato d'agitazione
sudorazione profusa
perdite ematiche

Conoscenze
teoriche:

Anatomia
Fisiologia

Patologia
chirurgica

NURSING CHIRURGICO

Individuazione precoce delle alterazioni

Conoscenze abilità:

Interventi di urgenza

verso la persona:

- posizionamento
- accesso venoso
- controllo segni
- controllo segni vitali

verso il servizio:

- avvisare lo Specialista
- allertare la camera operatoria

È evidente che il processo illustrato supera la semplice trasmissione di contenuti dal docente all'allievo per coinvolgere dimensioni più profonde del processo di insegnamento/apprendimento: lo sviluppare abilità richiede la partecipazione attiva del soggetto al suo progetto formativo.

Formare un professionista che sappia gestire le proprie conoscenze utilizzandole in modo appropriato adattandole, quindi, ai molteplici aspetti dell'attività professionale non può prescindere da una didattica che sviluppi le capacità di fronteggiare situazioni nuove, di comprendere i problemi che le definiscono e di organizzare i mezzi per affrontarle.

Occorre mobilitare al massimo le risorse individuali in un apprendimento attivo caratterizzato dalla copresenza del sapere, del saper fare e del saper essere.

Purtroppo la nostra realtà scolastica non consente di adottare un'unica metodologia didattica comune a tutta la varietà di docenti presenti; è però necessario venga adottata una metodologia attiva nell'insegnamento del Nursing, che, a partire dai concetti e dalle informazioni trasmesse, le finalizzi all'assistenza attraverso l'impiego dello studio dei casi.

Non solo, ma l'insegnamento del Nursing non può prescindere dal proporre un metodo scientifico con cui affrontare ed analizzare le situazioni assistenziali ricercando la risoluzione dei casi attraverso il processo del "problem solving".

Tale metodologia coinvolge anche l'ambito del Nursing clinico rappresentando l'occasione favorente l'integrazione della teoria con la prassi e viceversa.

Tuttavia, per trasformare un'informazione ricevuta in un'informazione posseduta attivando quel procedimento che conduce all'attitudine, alla funzione, occorre rispettare tempi di apprendimento reale e pertanto l'adozione di tale metodologia deve iniziare dal primo anno di corso.

Il saper agire nel contesto dell'area critica si realizza nel tempo, mediante l'acquisizione di conoscenze e modalità operative. A tale processo partecipa il docente infermieristico che, utilizzando la sua "mentalità assistenziale", funge da polo aggregante delle diverse nozioni da collegare e ricondurre al nostro specifico operativo in attesa che, anche nella nostra realtà, siano sempre più presenti docenti infermieri qualificati in grado di assumere autonomamente tutto il corso formativo a favore di uno sviluppo reale della nostra professionalità.

SCHEMA A

	1	2	3	4	5
Definizione di Rianimazione	X				
Compiti di Rianimazione	X				
La Sala di Rianimazione	X				
I parametri da monitorare e sistemi di monitoraggio	X				X
Fisiopatologia respiratoria	X				X
Fisioterapia respiratoria	X				X
Ossigenoterapia	X				X
Mantenimento pervietà delle vie aeree	X				X
Intubazione tracheale e tracheostomia	X			X	X
Ruolo dell'Infermiere in rianimazione respiratoria	X				
L'insufficienza respiratoria	X	X	X	X	X
Emogasanalisi nell'I.P.	X				
VAM	X		X	X	X
Classificazione dei respiratori automatici	X				
Indicazione all'impiego dei respiratori automatici	X				
Parametri del ventilatore	X				
Assistenza al paziente in VAM	X				
Caratteristiche metaboliche del paziente sotto stress	X			X	
Alimentazione enterale (tecniche, rischi, complicazioni)	X		X	X	
Alimentaz. parenterale totale (tecniche, rischi, complicazioni)	X	X	X	X	
Ruolo infermieristico nella gestione della APT	X				X
Anziano in Rianimazione	X				X
Obeso in Rianimazione	X				
A.C.C. (diagnosi, terapia, compiti Infermiere Professionale)	X		X	X	X
Lo shock	X	X	X		X
Equilibrio idroelettrico	X			X	
Equilibrio acido base	X	X		X	
Aspetti organizzativi di Rnch	X				
Valutazione livello conoscenza e delle sue alterazioni	X			X	
Coma (definizione, classificazione, semeiologia)	X	X		X	
Ruolo Infermiere in Rnch	X				
Annegamento	X		X		
Trauma toracico	X				
Ustioni estese	X				
Prevenzione infezioni in T.I.	X		X	X	X
Rianimazione neonatale		X			
Cenni neurotraumatologici		X			
Intossicazione funghi			X		X
Intossicazione CO			X		X
Coma da barbiturici			X		
Dolore cenni di anatomia, clinica, trattamento	X				
Insufficienza cardiocircolatoria				X	
Ventilazione manuale				X	
Equilibrio osmotico				X	
Primo soccorso intra e extra ospedaliero					X
Politraumi					X

SCHEMA B

	1	2	2	3	4	5
		II	III			
Anatomia e fisiologia cuore				×	×	
Ciclo e toni cardiaci	×				×	
Soffi cardiaci	×				×	
Radiologia		×	×		×	×
ECG	×	×	×	×	×	×
Angiografia		×	×		×	×
Cateterismo		×	×		×	×
Scintigrafia		×	×	×	×	
Segni e sintomi cardiopatia			×		×	
Scompenso cardiaco	×	×		×	×	×
Aritmie	×	×	×	×	×	×
Shock	×	×		×	×	
Arteriosclerosi		×		×	×	
IMA	×	×		×	×	
Miocarditi, Cardiopatie		×		×	×	
RAA		×			×	
Vizi valvolari M. e Ao		×		×	×	
Endocardite infettiva		×		×	×	
Pericardite		×		×	×	
Ixtensia arteriosa		×		×	×	
EPA		×		×	×	
Cardiopatie congenite		×		×	×	
Epidemiologia mol cardiovasc.			×	×		
UCC			×	×		
Monitoriaggio emodinamico in UCC				×		
Rianimazione cardiopolmonare		×	×	×		×
Ecocardiografia		×	×	×		
EGC dinamico				×		
Riabilitazione cardiopatico			×	×		
Elettrofisiolog. endocavitaria e PM			×	×		×
Lab. emodinamica				×		
Cardiochirurgia (cenni)				×		
Embolia polmonare		×		×		
Farmacologia cardiovascolare	×		×	×		×
Ed. san. cardiologica				×		
T.C.		×				
Assistenza al cardiopatico			×			

SCHEMA C	1	2	2	3	4	5
		II	III			
Caratteristiche essenziali di un servizio di Rianimazione e T.I.	×					
Caratteristiche e conoscenze richieste al personale infermieristico in servizio presso un servizio di Rianimazione e T.I.	×					
Respirazione artif. manuale	×			×	×	
MCE	×			×	×	
Strumenti tubi endotracheali, maschere, ecc. in Rianimazione	×					
Farmaci in Rianimazione	×					
<i>Mantenimento funzioni vitali</i>						
Circolazione	×					
Respirazione	×					
Alimentazione/Idratazione	×					
Eliminazione	×					
Temperatura corporea	×					
Infezione in Rianimazione	×					
Ustioni	×					×
Rischio elettrico	×					×
Comunicazione in Rianimazione	×					
Informazione in Rianimazione	×					
Stima: rispetto dignità	×					
Problemi familiari pazienti in Rianimazione	×					
Assistenza pazienti IMA		×	×	×	×	×
Assistenza pazienti cardiocirurgici			×			×
Assistenza pazienti TC			×			
Assistenza pazienti coma		×		×		
Assideramento						×
Inf. automobilistici						×
Annegamento						×
Morso vipera						×
Tossicodipendenza						×
Radiazioni						×
Assistenza pazienti EPA					×	×
Assistenza pazienti insuff. card.						×
Assistenza pazienti embolia polmonare						×
Compiti Infermiere in P.S.						×
Avvelenamento						×
Assistenza pazienti tracheostomizzati					×	
Assistenza pazienti shock traumatico					×	
Assistenza paziente aritmico					×	
Assistenza paziente shock						×
Assistenza paziente neuroleso						×
Defibrillazione e cardioversione					×	×
Broncoaspiraz. e Broncolavaggio						×
Assistenza paz. problemi respiratori						×
Assistenza paz. IRA + emodialisi			×			×
Assistenza pazienti in VAM						×

SCHEMA D

Assistenza al paziente con insufficienza respiratoria, la ventilazione manuale	*****
Il massaggio cardiaco esterno	*****
La defibrillazione	**
Assistenza al paziente con IMA	*****
Assistenza al paziente con aritmie	*****
Assistenza al paziente ustionato	**
Assistenza al paziente neuroleso	**
Assistenza al paziente shock	*****

SCHEMA E

Caratteristiche essenziali di un servizio di Rianimazione e T.I.	**
Caratteristiche e conoscenze richieste al personale infermieristico in servizio presso un Servizio di Rianimazione e T.I.	**
Comunicazione in Rianimazione e T.I.	*
Informazione in Rianimazione e T.I.	*
Assistenza al paziente con IMA	*****
Assistenza al paziente cardiocirurgico	**
Assistenza al paziente sottoposto a trapianto cardiaco	**
Assideramento	*
Infortunistica stradale, politraumi	**
Annegamento	**
Compiti dell'Infermiere in P.S.	**
Assistenza al paziente con intubazione tracheale o tracheostomia	*****
Assistenza al paziente con IRA, emodialisi,	**
Assistenza al paziente con ustioni estese	**
Assistenza al paziente neuroleso	**
Assistenza al paziente in shock	*****
Assistenza al paziente in insufficienza respiratoria, la VAM	*****
Intossicazione	**
Caratteristiche dell'UCC	**
Avvelenamento	*

SCHEMA F

UCC	da 3 a 10 settimane
Pronto Soccorso	da 4 a 7 settimane
Rianimazione Generale	da 0 a 10 settimane
Rianimazione Neonatale	da 0 a 6 settimane
Rianimazione Cardiochirurgica	da 0 a 10 settimane
Rianimazione Neurochirurgica	da 0 a 10 settimane
Dialisi	da 0 a 6 settimane
Centro Ustioni	opzionale

Elio Drigo

Una proposta del consiglio direttivo ANIARTI Dialogo di un protagonista dell'area critica e dell'emergenza

Questa relazione intende presentare il pensiero che è venuto maturando all'interno dell'ANIARTI, in rapporto al problema dell'uomo malato, particolarmente negli ambiti dell'area critica. Parallelamente si sono chiarite le caratteristiche fondamentali dell'infermiere che opera in tali strutture.

Queste riflessioni ed elaborazioni hanno portato a concepire strutture sanitarie e professionalità adeguate ai bisogni espressi dall'uomo.

Siamo venuti quindi a pensare ad un'area critica, superando il concetto dei singoli ambienti intensivi o d'emergenza separati fra loro. Questo perché va ridato valore all'unicità ed integrità dell'uomo che passa da uno stato di benessere alla malattia critica e di nuovo alla salute o all'handicap oppure alla morte. Dall'insieme di queste problematiche è scaturita l'esigenza di una migliore preparazione dell'infermiere al proprio ruolo nell'area critica.

A questo proposito presenteremo qui le indicazioni fondamentali che, secondo noi, dovrebbero guidare la progettazione di un corso di specializzazione di infermieri di area critica.

La storia degli infermieri, specialmente di quelli italiani, richiama situazioni di arretratezza culturale, di status sociale molto basso e di condizioni di subalternità ad altre professioni, particolarmente a quella medica.

La malattia nella storia dell'uomo è sempre stata un momento drammatico, ma anche un momento in cui l'uomo ha avuto occasione di sperimentare l'importanza e la profondità dei suoi rapporti sia a livello interpersonale che a livello sociale.

La medicina ha fatto certamente progressi utilizzando le conoscenze di altre scienze e la tecnologia. Il progresso della medicina ha però avuto un prezzo notevole, pagato dal proprio oggetto finale dichiarato, cioè l'uomo. L'ansia di raggiungere determinati risultati, la necessità o la scelta di utilizzare determinati mezzi o strumenti (perché più economici o più redditizi secondo le scelte dei gruppi dominanti), le metodologie d'indagine o di terapie adottate (perché più "remunerative" in termini di tempo o di risultati apparenti), le strutture create in funzione della medicina (le allucinanti architetture di certi ospedali o l'organizzazione sanitaria stessa), hanno portato a parcellizzare l'uomo ed a considerarlo un insieme di organi e di apparati.

La medicina è caduta così nella trappola di inseguire se stessa anziché perseguire il bene della salute dell'uomo come tutt'ora giura secondo il famoso testo di Ippocrate.

L'uomo, quello vero, quello malato, si è trovato con i suoi problemi a non avere alternative ed a doversi affidare "totalmente" a questa medicina che dava

risposta soprattutto a se stessa (l'uomo molte volte è oggetto d'indagine, non fine dell'indagine) ed ha vissuto una sorta di distacco da una scienza e da una pratica che aveva e mantiene tuttora molti aspetti che richiamano la magia. Aspetti che sono funzionali al mantenimento di posizioni sociali di privilegio.

L'uomo, per il concetto che ha sviluppato in sé, di sistema dinamico che si integra ed interagisce, non è più disponibile a vivere la propria malattia ed i rapporti sanitari nel modo in cui sono stati concepiti e determinati dalla medicina fino a questo momento.

Le infermiere (e qui va fatta anche una lettura antropologica e sociologica della complessa esperienza umana della malattia e dell'assistenza), sono coloro che maggiormente sono state "vicine" al malato, vicine nel senso più pregnante che si può dare a questa parola. Una specie di simbiosi si è venuta a creare tra malati "dipendenti" e infermieri "dipendenti" dalla medicina, la quale, evidentemente, si considerava al di sopra di questi elementi umani che intervenivano nel processo di recupero della salute.

La vicinanza delle infermiere ai malati è stato probabilmente il motivo che ha salvato l'essenza della professione infermieristica e ne ha determinato la continua attenzione all'uomo prima che alla farmacologia o alla tecnica o alla tecnologia.

Un uomo inteso nel senso più pieno della sua integrità ed unicità, inserito nell'ambiente circostante e nel mondo.

Logico è diventato in questi ultimi decenni il raccordarsi alle scienze umanistiche più avanzate e sviluppare delle teorie sull'assistenza infermieristica che, di conseguenza, delineano una figura professionale con un ruolo proprio, con funzioni autonome e funzioni interdipendenti.

Per ripensare il nostro essere infermieri che operano nelle aree intensive e di emergenza, torniamo a fare attenzione all'uomo e al suo vissuto.

Una citazione da I. Illich richiama con vigore la distanza esistente tra medicina, società ufficiale e uomo reale: "Il nostro modo di concepire una cura moderna della salute pone l'accento sulle capacità di prolungare la vita dei malati senza scampo" (I. Illich "Per una storia di bisogni" Mondadori Ed. 1981, pag. 89).

Le aree intensive in genere sono gli ambienti in cui con maggiore evidenza si concretizza una tale concezione della salute e progettualità per il suo raggiungimento. Ciascuno di noi è portatore dei suoi casi che testimoniano il "disadattamento" e la compromissione dell'integrità, della libertà dell'uomo nelle strutture intensive, in seguito ad interventi spesso invasivi e ad ambienti non "umani".

Virginia Henderson (1960) dice che: "Una funzione unica dell'infermiera è quella di assistere l'individuo malato o sano a fare quelle attività che contribuiscono alla salute o al suo ripristino (o ad una morte serena), che farebbe se avesse l'energia, la volontà e le conoscenze necessarie. Il tutto perseguito nel modo più rapido possibile". In seguito, la stessa Henderson ha ampliato questo concetto con l'introduzione della necessità per l'infermiere di impadronirsi delle tecniche organizzative, per poter coordinare un grande numero di elementi che rientrano nella specificità del proprio lavoro (processo di nursing).

L'infermiere si trova quindi ad esercitare un ruolo di attenzione all'uomo nella sua globalità e complessità, all'interno di una società che si è data un'or-

ganizzazione sanitaria che rischia di avere una grossa disponibilità di mezzi per prolungare la vita, senza avere sufficientemente approfondito, a livello filosofico, che cosa significhi realmente "salute" ed averne applicato le conseguenze. L'infermiere, per la sua esperienza quotidiana, si deve pertanto porre come elemento critico nei confronti di questa organizzazione sanitaria, per il semplice fatto che è testimone della "crisi" che l'uomo vive nel suo interno.

È questione di fedeltà al proprio ruolo. Finalmente sempre più si allarga la schiera degli infermieri che intendono concepire il proprio lavoro come un'assistenza prestata all'uomo e non alla medicina. Da questa coscienza deve partire, in questo momento storico, la ricerca di un'identità nuova, propria, che si ponga con pari autorevolezza tra le altre professioni.

Siamo qui per parlare di un infermiere che sia specifico per l'emergenza, per l'area critica. Parliamo d'area critica perché come infermieri ci interessiamo all'uomo:

- a) è il concetto di uomo e della sua unicità ed unità che fa nascere il concetto di area critica come noi intendiamo proporre;
- b) area critica è qualsiasi ambiente organizzato in modo tale da fornire al paziente critico l'assistenza ottimale adeguata a tutti i suoi bisogni. A questo scopo nell'area critica devono essere garantiti elevati standards di sicurezza, sotto tutti i punti di vista, ed elevati standards di eticità;
- c) un elemento costitutivo dell'area critica è la continuità e globalità dell'assistenza garantita. Tali caratteristiche sono essenziali al rispetto dell'idea di salute;
- d) l'area critica viene quindi individuata e definita sulla base dei bisogni del paziente e della qualità delle risposte che si attuano in rapporto a questi bisogni;
- e) possiamo dunque dire che l'area critica viene motivata ed attuata in seguito alla presenza di pazienti con problemi reali o potenziali di rischio per la vita che, per la qualità e durata nel tempo, richiedono l'organizzazione di strutture, attrezzature e materiali e personale qualificato, adeguati a favorire il processo di recupero della salute e, nell'eventualità, a fornire un supporto nel processo della morte.

Conseguentemente a quanto detto, rifiutiamo di suddividere l'uomo in organi ed apparati ed anche in patologie o in specificazioni delle patologie: Il malato in condizioni critiche va pertanto curato ed assistito in modo globale utilizzando in maniera coordinata e razionale tutte le conoscenze disponibili.

Il malato in condizioni critiche ed in situazioni d'emergenza, secondo noi, deve essere curato ed assistito come un uomo. La profondità e la vastità di questo concetto deve permeare qualsiasi intervento infermieristico nei confronti del malato critico.

L'infermiere di area critica è un infermiere qualificato in modo specifico per garantire un'assistenza ottimale al paziente con reali o potenziali problemi che mettono in pericolo la vita.

Questo infermiere è pertanto depositario di una grande fiducia e responsabilità come professionista. Per le situazioni che si trova ad affrontare ed i problemi che deve gestire è necessaria una notevole maturità personale.

L'infermiere di area critica quindi si caratterizza per la capacità di:

- 1) valorizzare l'individuo nella sua unicità, integrità e interazione con le persone per lui significative;
- 2) valutare la qualità, l'entità e la priorità dei problemi del malato critico;
- 3) applicare le attitudini, le conoscenze e le abilità acquisite, allo scopo di aiutare il malato a recuperare lo stato di salute oppure ad affrontare la morte, utilizzando il processo scientifico del nursing;
- 4) interagire con gli altri operatori ed i servizi che intervengono nell'assistenza al paziente critico;
- 5) utilizzare le proprie conoscenze, attitudini ed abilità a fini didattici;
- 6) individuare, elaborare ed attuare progetti di ricerca e utilizzarne i risultati al fine di migliorare l'assistenza infermieristica al paziente critico;
- 7) prestare particolare attenzione alla necessità di mantenere livelli di competenza adeguati ai livelli di qualità delle prestazioni richieste. Questo adeguamento verrà garantito mediante un aggiornamento continuo anche in considerazione della rapidità di evoluzione dell'assistenza infermieristica in area critica.

La preparazione pertanto che un infermiere deve avere per svolgere con competenza tutte le sue funzioni (assistenziale, organizzativa, didattica e di ricerca), deve essere una preparazione molto vasta e molto specifica che non può venir garantita, come l'esperienza insegna, da quanto si apprende nel corso di base.

Le caratteristiche del malato critico richiedono che l'infermiere specializzato di area critica, oltre alle sue funzioni assistenziali sia in grado di assolvere alla sua funzione organizzativa sia per il proprio lavoro che nei confronti dell'équipe sanitaria e della struttura, per un'ottimale evoluzione del processo di cura;

Una funzione essenziale per l'infermiere di area critica è quella didattica in rapporto all'assistenza al paziente ed all'evoluzione dello staff. Inoltre fa parte della deontologia professionale il cogliere ogni occasione per mantenere e migliorare le conoscenze e competenze professionali.

Infine, assolutamente indispensabile per l'infermiere di area critica, è la funzione di ricerca. A prescindere da quella che può essere l'evoluzione in campo medico, la complessità dei problemi da affrontare, la variabilità delle situazioni, l'individuabilità dei soggetti malati, le caratteristiche delle strutture e delle attrezzature impiegate, le metodologie di lavoro adottate nei singoli casi, la necessità di individualizzare l'assistenza, sono elementi che determinano la rapidissima evoluzione dell'assistenza infermieristica nell'area critica. Per riuscire a fare le scelte migliori per un'assistenza ottimale, la ricerca diventa uno strumento necessario.

La vastità e la profondità della preparazione dell'infermiere di area critica andrà a costituire anche un elemento fondamentale per l'introduzione di un istituto, secondo noi importante per un'evoluzione delle strutture sanitarie, qual'è quello della mobilità del personale all'interno dell'area di competenza.

Una preparazione adeguata è la garanzia di un'assistenza sicura per le condizioni più varie e complesse del malato.

Con la mobilità si potrà superare la rigidità dell'attuale strutturazione in reparti degli ambienti intensivi; sarà necessario inoltre introdurre finalmente un

sistema di valutazione del fabbisogno di personale per i malati critici, che sia meno arcaico dell'attuale minutaggio per passare e programmare l'assistenza, sulla base degli effettivi bisogni dei singoli malati.

La mobilità nell'area critica inoltre costituirà un'occasione per mantenere un costante livello di aggiornamento sulle varie problematiche dell'assistenza.

Ovviamente si dovrà fare attenzione che la mobilità sia uno strumento per fornire un servizio migliore e costante nel tempo ai malati critici, in modo da utilizzare al meglio le risorse disponibili. Non deve però diventare uno strumento per sfruttare sempre al massimo livello gli infermieri dell'area critica. Non è questo lo "spirito" con cui è stata concepita la mobilità.

Il quotidiano vissuto degli infermieri italiani fatto di disagio e di esigenze di adeguamento alle necessità assistenziali dei malati e alle proprie necessità di competenza professionale, ha trovato nell'ANIARTI il momento in cui queste problematiche complesse sono emerse ed hanno assunto consistenza, organicità e hanno portato gli infermieri ad una nuova coscienza professionale.

Sulla base dell'esperienza acquisita per un lavoro di collegamento e confronto a livello nazionale, all'interno dell'ANIARTI si è maturata la convinzione della necessità di un corso di specializzazione in area critica. Obiettivo principale del corso è il miglioramento delle prestazioni infermieristiche in area critica al fine di garantire un più elevato livello di qualità della vita al paziente critico.

Non si tratta quindi di un corso generico in "Terapia Intensiva, Rianimazione, Emergenza, Emodialisi" ecc., ma di un corso di base di "area critica".

Implicitamente, inoltre, si riconosce la necessità di una preparazione specifica e diversa nell'assistenza infermieristica al malato critico.

Alcune precise caratteristiche devono garantire la serietà e l'efficacia formativa del corso. Il programma dovrà essere unico e valido sul territorio nazionale e dovrà essere in grado di sviluppare al miglior livello le conoscenze, le attitudini e le abilità necessarie per garantire un elevato livello di prestazioni infermieristiche in area critica.

Le conoscenze dovranno essere acquisite mediante l'esame di materie orientate allo studio dell'uomo nel suo complesso e questo in considerazione della visione globale dell'uomo che deve far parte del bagaglio culturale dell'infermiere (psicologia, pedagogia, etica, legislazione...), materie inoltre ad orientamento tecnico scientifico, sia quelle di pertinenza del campo della medicina che quelle a cui la medicina ha fatto ricorso per sviluppare il proprio intervento nelle problematiche dei pazienti critici (farmacocinetica, elettronica, tecnologie applicate...).

L'insegnamento dovrà sempre tener presente, per quanto riguarda contenuti e metodi da adottare, che si tratta di un corso per infermieri e pertanto tutte le materie dovranno essere orientate al miglioramento dell'assistenza infermieristica.

Le attitudini all'assistenza infermieristica in area critica andranno definite tenendo presenti le caratteristiche dell'ambiente dell'area critica, del malato e delle prestazioni richieste.

Le attitudini andranno valutate in base alla capacità di affrontare in modo adeguato le situazioni assistenziali, psicologiche ed organizzative.

Il corso dovrà fornire quegli elementi di confronto che si rendono utili all'acquisizione dei meccanismi di compenso che consentono al soggetto di affrontare con competenza ed equilibrio le situazioni dell'area critica.

Le abilità professionali in area critica costituiscono un elemento essenziale dell'assistenza infermieristica.

La varietà, la frequenza, a volte la continuità delle attività, delle applicazioni di tecniche, tecnologie, metodologie di intervento richiedono che l'infermiere di area critica possieda un notevole bagaglio di abilità che devono essere acquisite con precisione.

A questo scopo, particolare importanza acquista il tirocinio da svolgere nei vari settori dell'emergenza e dell'area critica.

L'abilità a svolgere le proprie funzioni è in molte situazioni determinante al fine del raggiungimento degli obiettivi essenziali che l'infermiere di area critica si pone, in molti casi si tratta infatti di intervenire per ristabilire e mantenere le funzioni vitali.

Le abilità e le attitudini devono essere acquisite attraverso l'accesso per periodi adeguati di tempo a strutture che siano in grado di fornire elementi ambientali, di tecnologia, di metodologia del lavoro, specializzazione degli operatori, che consentano di apprendere i vari aspetti specifici di un'assistenza infermieristica in grado di soddisfare tutti i bisogni del paziente critico. L'accesso al corso sarà consentito ad infermieri che abbiano avuto un'esperienza lavorativa precedente di due anni, il che permette l'acquisizione di una conoscenza più ampia della realtà delle strutture sanitarie, dell'attività infermieristica e di una maggiore maturità personale.

L'accesso al corso sarà preceduto da un esame, unico su tutto il territorio nazionale, per valutare le conoscenze scientifiche e il grado di apprendimento delle metodologie dell'assistenza infermieristica da parte dei candidati.

Il corso si svilupperà nell'arco di due anni. Tale scelta è motivata dalla quantità, dalla vastità e complessità degli argomenti e delle problematiche da affrontare.

Lo svolgimento del tirocinio per l'acquisizione e la verifica delle conoscenze e della loro applicazione in campo pratico, richiede un impegno del tutto particolare e un inserimento nei vari e complessi ambiti dell'area critica.

I partecipanti al corso dovranno poter fruire di tutti gli strumenti legislativi previsti per consentire lo studio e la specializzazione dei lavoratori dipendenti.

I corsi di specializzazione dovranno aver luogo presso quelle scuole infermieristiche che sono collegate con ospedali nei quali siano presenti la più ampia scelta possibile di reparti specializzati riferibili all'area critica.

Non è auspicabile infatti un'incontrollata proliferazione di tali corsi, quanto invece ci pare importante porre una particolare attenzione alla qualità dei corsi stessi.

La scelta delle sedi più idonee dovrà essere fatta su base nazionale tenendo in considerazione sia la volontà locale di istituire tali corsi, che le potenzialità delle strutture effettivamente disponibili.

Dovrà inoltre essere fatta su base nazionale e locale una programmazione a breve e lungo termine del fabbisogno di infermieri specializzati in area critica.

La direzione dei corsi di specializzazione dovrà essere affidata ad infermieri che non siano staccati dall'ambito operativo e che abbiano maturato una

notevole esperienza nel settore.

Il collegio dei docenti dovrà essere costituito da persone qualificate e motivate all'insegnamento. La scelta degli stessi dovrà privilegiare gli infermieri clinici in considerazione del fatto che il corso è finalizzato alla specializzazione relativa all'assistenza infermieristica in area critica.

Alla fine del corso di studi e del tirocinio verrà rilasciato un certificato di specializzazione in area critica.

Eventuali ulteriori elementi formativi specifici di singoli ambienti di tipo intensivo, andranno sviluppati a livello locale nell'ambito di quella che deve essere considerata una "normale" formazione permanente.

Formazione permanente che deve diventare elemento costitutivo della professione infermieristica, se è vero, come è vero, che la nostra è una professione con connotati di tipo culturale.

Su questa proposta di base, l'ANIARTI intende ulteriormente impegnarsi per giungere a breve scadenza ad una formulazione organica di un programma in tutti i suoi dettagli.

Il progetto attuale è già stato presentato a quanti, a livello amministrativo-politico, stanno definendo la progettazione delle specializzazioni per la professione infermieristica.

Come ANIARTI ci impegnamo anche a portare nelle sedi competenti una nostra proposta definitiva maggiormente strutturata. Intendiamo affermare con questo, che quanti operano nei singoli settori, devono essere direttamente interpellati nella progettazione del cambiamento di una professione.

Questo modo di procedere deve diventare un fatto acquisito da parte di quanti ci rappresentano, a livello sociale e professionale.

Una riflessione dopo questa proposta.

L'infermiere di area critica con la sua preparazione, con le sue abilità, con la valorizzazione delle sue attitudini è in grado di sviluppare a molti livelli, una notevole quantità di esperienze nel suo campo professionale.

Tutto questo dovrà costituire quel bagaglio culturale che potrà essere utilizzato da tutti gli infermieri per favorire un'evoluzione della comprensione dei bisogni dell'uomo malato e delle risposte da dare a questi bisogni.

Tutta questa esperienza e questa cultura vanno letti in ambito più ampio a livello sociale perché diventino il contributo di un particolare gruppo di persone, noi infermieri, per una migliore visione dell'uomo di oggi e di come esso vive.

Tale contributo dovrà poi concretizzarsi in scelte operative politiche (nell'accezione ampia del termine) affinché la visione dell'uomo che l'infermiere adotta possa essere rispettata nell'organizzazione delle strutture sanitarie, ma anche nell'organizzazione e nelle scelte della società tutta.

Anna Pellizzoni

Una proposta di sviluppo professionale nell'area critica

INTRODUZIONE

Il tempo attuale e probabilmente futuro, in costante mutamento, chiede continuo innovamento al singolo, alla collettività, perché siano adeguati alle situazioni che incontrano o si verificano.

Il mondo del lavoro non è avulso da questo sistema che può in sé potenziare o schiacciare la professionalità non tesa ad avvertire i mutamenti insiti in sé, provenienti dal mondo industriale, dal contesto socio-culturale.

Ecco quindi la necessità di elevare la cultura professionale e la professionalità infermieristica in termini concreti ed attinenti alle realtà di lavoro, sociali, territoriali, in stretta relazione alla domanda di servizio.

La formazione di base e la formazione specialistica devono attuarsi in stretta relazione col mondo del lavoro, devono aiutare a raggiungere capacità e conoscenze di base e specialistiche, devono agire su cultura e professionalità, ma ancor più *devono tendere a non esaurire il bisogno di conoscenza nell'Infermiere in formazione.*

OBIETTIVI DI FORMAZIONE DI BASE

Gli obiettivi più ardui da conseguire in un progetto didattico, sia per colui che si va formando sia per il formatore, sono:

- avere "gusto" perciò che è nuovo
- essere critici e positivi di fronte a ciò che è nuovo
- conoscere ed usare il potenziale di creatività presente singolarmente ed in gruppo
- acquisire capacità di autovalutazione: • conoscenze
• competenze
• capacità relazionali.

Solo quando questi obiettivi che indicano:

- possesso di conoscenze generali e specifiche
- motivazione alla continuità di apprendimento
- capacità di utilizzo della creatività
- capacità relazionale

sono diventati “patrimonio attivo” potremo dire di aver acquisito/costruito professionalità aperta ai mutamenti del singolo ed imposti dai tempi.

Queste capacità costituiscono anche la premessa alla continuità formativa e all'aggiornamento professionale perché entrambi non divengano assolvimento di obblighi istituzionali o applicazioni di norme.

L'Infermiere, quale Operatore Sociale e più che mai l'Infermiere che vive quotidianamente urgenza ed emergenza, deve disporsi intellettualmente a questa cultura che presuppone impegno, responsabilità singola e collettiva verso la professionalità autentica sia nell'equipe di lavoro

sia nell'Istituzione di appartenenza

sia nell'Ordine professionale

sia nelle Associazioni Generali e Specifiche

sia nel Sindacato

non alla ricerca del “potere” fuori di sé, ma alla ricerca del “potere” potenziale dentro di sé.

In questo modo, in gruppo, l'indagine e la conoscenza dei bisogni di aggiornamento e formazione continua risulterebbero rispondenti alle necessità e calerebbero su motivazioni autentiche favorendo apprendimento e crescita individuale e di gruppo.

Nello specifico si prevede, oggi, che i bisogni emergenti dell'Infermiere dell'area critica possano essere colmati con:

AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE

1. L'innovazione scientifico-tecnologica determina e deve determinare bisogni di conoscenze specifiche e pluridisciplinari e di istruzione prima dell'impiego in assistenza di nuove apparecchiature semplici o complesse, impianti speciali, presidi, farmaci.

L'Infermiere dell'area critica deve conoscere l'habitat strutturale in cui opera, deve conoscere e saper attuare i controlli di pertinenza, deve saper valutare con precisione e competenza quando richiedere interventi urgenti o non e dare informazioni ai Tecnici specifici.

Ogni inserimento di nuovi componenti l'equipe, ogni modifica strutturale impone la trasmissione di conoscenze perché il rischio per il lavoratore ed il malato sia noto e contenuto e le competenze di valutazione-controllo, manutenzione ordinaria, costituiscano parte dell'iter quotidiano di lavoro dell'Infermiere dell'area critica.

L'aggiornamento imposto dall'innovazione tecnologica deve mirare al raggiungimento degli obiettivi:

- di conoscenza: • che cosa è
 - come funziona - utilizzo - impiego
 - i potenziali rischi per il personale, per il malato
- di manipolazione: usare in situazione sperimentale (se necessario) sotto supervisione e saper:
 - pulire
 - disinfettare
 - preparare per la sterilizzazione

- di valutazione/controllo: questa capacità, acquisibile *solo* dopo le prime due, (quanti apparecchi bloccati o inviati alla riparazione per scarsa pulizia ed incrostazioni....),

determina autonomia professionale ed *evita* la dipendenza dalla macchina, *responsabilizza* circa la manutenzione ordinaria semplice che *costituisce compito infermieristico*, aiuta ad *assumere* la *capacità decisionale* di richiesta di intervento del Tecnico specifico quando necessario.

Autori di questo aggiornamento devono essere:

- Formatori Istruttori: • i Tecnici dell'Istituzione
 - i Tecnici dell'Industria e di Settore
- Destinatari: • l'equipe sanitaria: Medica Infermieristica
 - l'equipe ausiliaria: Ausiliario Socio Sanitario

in relazione a competenze e funzioni.

Le funzioni di formatore e formando devono essere vissute elasticamente per garantire interscambio di esperienze.

2. Le modificazioni degli agenti di lesione che producono richieste di interventi sanitari urgenti devono essere inserite nei programmi di aggiornamento per avere conoscenze secondo il tempo e paradossalmente prima del tempo. Nello specifico ci si riferisce alle lesioni: • traumatiche
 - chimiche
 - fisiche
 - batteriche

Non dobbiamo essere impreparati a soddisfare emergenza ed urgenza prodotte dallo sviluppo industriale e dall'inquinamento ambientale e dalla eventuale presenza di nuovi batteri.

Sembra progetto utopistico, considerando il segreto industriale, i meccanismi decisionali centrali...

Eppure anche il nostro Paese aderisce all'OMS e si è impegnato a perseguire l'obiettivo della "Salute per tutti" che ha come limite temporale l'anno 2000.

Il Comitato Regionale OMS per l'Europa ha proposto 38 obiettivi e relativi indicatori dai quali è evidente trarre che l'Infermiere è uno dei Professionisti della salute, ma non può e non deve continuare a considerarsi il solo.

Ecco quindi la necessità di aggiornamento non prettamente sanitario, ma centrato sulle cause che possono ipoteticamente produrre richieste di intervento sanitario, sociale, normali o urgenti, ecco quindi la necessità di aggiornare non un gruppo professionale unico, ma più Professionisti contemporaneamente per attuare efficace interazione tra aree differenti.

La metodologia di questo studio non può che realizzarsi con piani di ricerca anche fuori dell'ospedale, in collaborazione ed insieme all'USL ed ai Servizi Territoriali e con altri Lavoratori pubblici, privati, sociali.

- Perché non comporre delle pur grezze mappe di rischio del territorio che utilizza la nostra struttura sanitaria presso i luoghi di lavoro, presso il lavoro a domicilio, presso il domicilio?
- Perché trovarci sprovveduti di fronte ad urgenza ed emergenza?

La previsione aiuta a prevenire il possibile intervento e forse ad incidere sulla riduzione di urgenza ed emergenza.

Oggi non possiamo lavorare solo su dati nosologici perché, prima di terminare lo studio, molto è obsoleto.

L'aggiornamento professionale così concepito aiuta l'Infermiere dell'area critica ad essere autore in prima persona della politica

- costi benefici
- del controllo di qualità

e Professionista capace di fornire all'industria valutazioni tecniche ed esperienze utili alla costruzione di presidi, apparecchi, oggi comuni strumenti di lavoro.

FORMAZIONE CONTINUA

Se l'Aggiornamento può esaurire i bisogni di conoscenze e di istruzione determinati dalle modificazioni tecnologiche, la Formazione Continua intesa come continuum di crescita personale e sviluppo delle capacità di:

- relazione
- introspezione
- lavoro in equipe

sono quanto mai necessarie per evitare all'Infermiere dell'area critica grossi costi personali o reazioni di chiusura che inevitabilmente lo condurrebbero ad azioni, comportamenti esclusivamente correlati alla tecnologia tramutandolo silenziosamente da Professionista a Tecnico.

L'obiettivo generale della Formazione Continua si può tradurre in:

equilibrio tra uso della tecnologia più avanzata ed uso delle capacità/risorse umane del singolo e dell'equipe perché le cure date rispettino "l'umano" soggetto delle stesse e la crescita individuale del Professionista sia garantita.

L'Infermiere dell'area critica affronta quotidianamente situazioni umane gravi e a volte, che lo si ammetta o no, coinvolgenti in prima persona per cui la Formazione Continua dovrebbe mirare a:

- 1) aiutare a lavorare nel gruppo sia con i colleghi sia con altri Professionisti;
- 2) aiutare l'equipe dell'urgenza (medica infermieristica ausiliaria), se il contesto lo permette, oppure infermieristica ed ausiliaria, a differenti livelli, a riconoscere i sentimenti provati di fronte al paziente critico.

Dobbiamo imparare a riconoscere quali sentimenti nascono in noi di fronte:

- al suicida
- alla morte improvvisa
- all'handicap e mutilazione
- al danno irreversibile

che colpisce a qualsiasi età, con ruoli famigliari, sociali... dobbiamo riconoscere l'angoscia, la rabbia, l'impotenza, l'indifferenza, dobbiamo imparare ad usare questi sentimenti per sviluppare capacità di aiuto al malato

al suo nucleo famigliare
all'equipe stessa

per evitare che l'organizzazione dell'intervento in fase critica e nei momenti seguenti sia monco: colui che è in situazione di richiesta di aiuto non deve mai essere ridotto ad una macchina che si vuol a tutti i costi far funzionare e la comunicazione verbale e non verbale non devono offrirsi come canale di trasmissione di sentimenti nostri non conosciuti.

Se molte capacità sono acquisibili solo con la riflessione, non possono essere insegnate, ma possono essere apprese solo con la riflessione sull'esperienza, occorre accettare aiuti esterni, nel gruppo, che favoriscano la comunicazione, la capacità di lavorare in gruppo, la capacità di parlare al gruppo dei nostri sentimenti di fronte all'urgenza, la capacità di aiutare il giovane e l'allievo componenti nuova o temporanea dell'equipe.

3) Aiutare l'Infermiere e l'equipe a riconoscere i valori individuali. Attualmente si assiste al continuo variare dei valori, l'età stessa modifica i valori.

La formazione continua deve aiutare il Personale a riconoscere i propri e ad accettare, tollerare quelli di coloro che chiedono aiuto.

A tal punto la Formazione Continua non può più essere concepita come esterna a noi e decisa da altri, ma deve essere riconosciuta come necessità fondamentale dall'Infermiere, che, sia come *persona*, sia come *lavoratore*, accetta il cammino verso la conoscenza di sé e quindi verso la Professionalità autentica.

Negare sentimenti propri e valori altrui conduce a difficoltà relazionali, a valutazione dei comportamenti non nostri, alla prevaricazione del tecnicismo sulla relazione, empatia, comprensione al malato ed al nucleo famigliare, fattori tutti che incidono sulla qualità delle cure infermieristiche e di equipe date e sulla crescita umana e professionale dell'Infermiere.

CONCLUSIONI

La sintesi di quanto detto non può che condurre a credere che se l'Aggiornamento può essere vissuto come "necessità di ricevere dall'esterno", la Formazione Continua non può che essere concepita come "qualcosa che viene da noi e con noi cammina" in stretta attinenza con la quotidianità del lavoro.

La Formazione Continua, l'Aggiornamento renderanno allora completi sia tecnicamente che nella comunicazione/relazione anche nelle situazioni difficili con sviluppo continuo verso competenza e capacità professionali attente ed adeguate alla domanda.

Va da sé che questi programmi debbono utilizzare per la realizzazione metodi attivi per dare spazio a Formatori Istruttori e Formandi di costruire anche attraverso l'esperienza di ognuno.

Il decollo della Formazione Continua e dell'Aggiornamento possono avvenire solo se il Professionista in prima persona lascia paure e timori ed apprende ad

imparare con gli altri per la crescita collettiva dell'equipe dell'urgenza.

Se vogliamo divenire Professionisti Sanitari Sociali completi, dobbiamo imparare a superare l'individualismo ed il bisogno di conoscere e sapere solo per sé, perché la situazione critica chiede interventi e prestazioni sempre più complesse e multidisciplinari.

BIBLIOGRAFIA

Devoto, Romanelli, *Gruppi e crescita personale*, Ed. La nuova Italia.

Cortese, Fedrigotti, *Etica infermieristica*, Ed Sorbona.

Maria Antonia Modolo, Liliana Minelli, Silvio Pasqui, Roberto Valigi, *Almanacco della salute - Società e salute* Ed. Il pensiero Scientifico

Riviste

Professionalità n° 2 1986, Editrice La Scuola

Professionalità n° 8 1987, Editrice La Scuola

L'Infirmière enseignante n° 3-7-5, 1987.

Si ringraziano per la collaborazione:

P.I. G. Iamele - Ripartizione Tecnica

Dott.ssa A. Sordelli - Psicologa insegnante Scuola I.P.

TRMS P. Cagna - Rappresentante Sindacale

CS C. Bancolini, C. Regazzoni - Area Critica

del Presidio Multizonale Ospedaliero Ospedale Fatebenefratelli Oftalmico Milano.

Adriano Privato

Emergenza - Una realtà che può cambiare

Premessa al nostro lavoro è stata l'impressione, all'inizio non suffragata da dati statistici, ma di rilievo quotidiano, che il personale dei reparti di degenza non sa e/o non può affrontare alcune comuni situazioni d'emergenza.

L'esperienza ci consente infatti di affermare che esiste una notevole diversità di preparazione culturale e psicologica nell'affrontare situazioni d'urgenza relativamente frequenti in ambiente ospedaliero (arresto cardiorespiratorio, insufficienza respiratoria acuta) tra il personale operante in reparti e servizi in cui l'addestramento "sul campo" è costante (Centro di Rianimazione, Medicina d'Urgenza, Unità Coronarica) rispetto a quello dei reparti di degenza; purtroppo anche (e talora soprattutto) in questi si verificano episodi che richiedono un rapido intervento di assistenza prima dell'arrivo dell'equipe specialistica, e che il personale deve saper affrontare.

La nostra équipe interviene nelle situazioni d'emergenza su chiamata in tutte le sezioni dell'ospedale.

I dati raccolti presso il nostro centro dal marzo 1984 al 31 dicembre 1986, evidenziano che su un totale di 1995 interventi per situazioni d'emergenza ben 257 sono stati i casi di arresto cardiorespiratorio, pari al 12,5%.

L'esito è stato infausto nell'80% dei casi mentre il 20%, è costituito da pazienti recuperati e successivamente trasferiti presso altre sezioni.

Paradossalmente, il cittadino vittima di una situazione d'emergenza extraospedaliera, può risultare meglio assistito, (ove sussistano strutture atte ad affrontare tali situazioni) che in ospedale; infatti viene trattato adeguatamente in prima istanza dal personale della Croce Rossa, e quindi solo in una seconda fase dal personale del Dipartimento d'Emergenza.

Allo scopo di comprovare (o negare) la validità delle nostre impressioni, abbiamo voluto valutare l'organizzazione ed il grado di preparazione, individuale e collettivo, all'urgenza, dei servizi e del personale non "istituzionalmente" preposto ad essa.

Lo studio da noi condotto in tutti i reparti e servizi degli ospedali della regione Friuli Venezia Giulia, ha reso possibile l'individuazione di alcune lacune esistenti nella preparazione e nell'organizzazione del personale infermieristico, e dei servizi stessi in caso di emergenza intraospedaliera.

Lo studio è stato successivamente elaborato ed illustrato dal nostro gruppo di lavoro al congresso regionale ANIARTI svoltosi nel giugno di quest'anno.

Quale strumento di lavoro, ci siamo avvalsi di due differenti questionari.

Il primo è stato proposto agli infermieri di tutti gli ospedali della regione la notte del 2 aprile di quest'anno, senza alcun preavviso, al fine di assicurare un risultato quanto più attendibile, per quanto riguarda il grado di preparazione individuale.

La scelta di proporre i tests durante la fascia notturna, è motivata dalla notevole riduzione di personale durante tale orario, il che comporta un aumento di responsabilità degli infermieri presenti ed un inevitabile e sensibile riduzione della sorveglianza dei degenti; invece la data è stata determinata casualmente.

Tale questionario aveva lo scopo di prendere in considerazione alcuni elementi ritenuti necessari e prioritari, relativi alla preparazione ed all'organizzazione del personale infermieristico, e dei servizi stessi in caso di emergenza.

Tra questi:

- la conoscenza dei numeri telefonici dei servizi di emergenza;
- l'eventuale esistenza di protocolli, simulazioni o corsi teorico pratici sulla Rianimazione Cardio Respiratoria, e sulle situazioni d'emergenza in generale;
- la presenza e la localizzazione di materiali d'emergenza nei vari reparti;
- la necessità di modifiche aggiuntive ai letti di corsia per effettuare un corretto trattamento rianimatorio.

L'altro questionario, la cui compilazione è stata affidata agli operatori dei Centri di Rianimazione, chiamati fuori reparto per le emergenze durante il mese di Aprile, è stato utilizzato per l'analisi a medio-breve termine.

Sono stati esclusi gli interventi in Medicina d'Urgenza, Pronto Soccorso ed Unità Coronarica, in quanto la preparazione specifica del personale e la costante presenza di un medico avrebbero falsato i risultati.

I dati raccolti appaiono esigui, data la scelta di articolare tale studio solo nell'arco di trenta giorni; le considerazioni che si possono trarre sono pertanto più qualitative che quantitative.

In tale questionario sono stati presi in esame alcuni parametri risultanti di primaria importanza, tra questi:

- come e in che modo vengono effettuate le chiamate d'emergenza, dai reparti al Centro di Rianimazione;
- la corretta somministrazione di ossigeno;
- la ventilazione assistita con pallone di Ambu;
- il massaggio cardiaco esterno;
- ed altri di uso più comune.

Da entrambe le indagini sono emersi dati allarmanti: queste diapositive illustrano i risultati del primo studio, mentre dal secondo per i motivi già spiegati, non è stato possibile quantificare i risultati.

Qui di seguito verranno illustrate, la presenza o meno, ed eventualmente la mancata conoscenza dell'ubicazione:

- di tutti i materiali e circuiti necessari per una efficace ventilazione spontanea ed assistita, nonché per l'aspirazione e l'eventuale intubazione endotracheale;
- dei farmaci indispensabili in ogni urgenza, e del materiale per il cateterismo di vene centrali;

- la presenza del piano rigido nei letti di corsia, l'eventuale uso in sostituzione di una tavola di legno, e addirittura l'assenza di alcuni reparti, di tutti e due i metodi.

Possiamo inoltre affermare che le manovre di rianimazione cardiorespiratoria, che sono riassumibili nell'ABC, sono conosciute ancora molto poco, in modo comunque approssimativo e spesso nella sequenza non esatta; a questo si associa la mancata attuazione di altre manovre essenziali, come l'aspirazione delle secrezioni endotracheali, la somministrazione di ossigeno, l'infusione di fluidi, che vengono messe in pratica correttamente solo da personale che per un più o meno lungo periodo di tempo ha operato nel settore dell'emergenza.

Risulta evidente, tra l'altro, come a monte delle manovre operative d'urgenza non o mal condotte all'interno dei reparti, esista una grave carenza conoscitiva nel metodo corretto di chiamata dell'equipe del reparto di Rianimazione, per mezzo telefonico.

Stupefacente inoltre l'assenza, praticamente totale, ma certamente non imputabile agli operatori sanitari, di protocolli, simulazioni effettuate periodicamente, corsi teorico pratici sulla Rianimazione Cardio Respiratoria e sulle situazioni d'emergenza in generale.

Infine va segnalato che nella maggior parte dei reparti mancano "dispositivi mobili", come carrelli, vassoi o valigette la cui ubicazione sia ben nota al personale, ove riporre e controllare periodicamente i farmaci ed i materiali di uso più comune nell'emergenza.

I dati fin qui presentati confermano quindi la nostra ipotesi iniziale, di una scarsa conoscenza sia della parte diagnostica che di quella terapeutica proprie di alcune comuni situazioni d'emergenza (caso paradigmatico l'Arresto Cardiorespiratorio).

Tre i punti - inevitabilmente ripetitivi - che abbiamo voluto sviluppare:

- l'organizzazione del Centro di Rianimazione;
- l'organizzazione dei reparti ospedalieri;
- un più rapido arrivo dell'equipe rianimatoria sulla scena e dell'eventuale trasporto dal malato critico.

1) Non è a caso che in prima istanza abbiamo presentato tra le nostre proposte quella di una riorganizzazione del Centro di Rianimazione. Siamo ben consci che anche nell'ambito delle strutture predisposte ad affrontare i casi critici sussistano gravi carenze di personale, lacune organizzative e di formazione professionale.

Abbiamo visto ad esempio che l'utilizzo di valigette predisposte per usufruire di tutto il materiale considerato necessario è spesso risultato un grosso limite, in quanto nella maggior parte dei casi viene portata sulla scena una quantità maggiore di materiali, soprattutto farmaci, rispetto alle reali necessità.

Grazie alle nostre statistiche, alla fine dell'anno in corso avremo una casistica dall'apertura del Centro (datata 1984) ad oggi, di circa 2500 interventi di urgenza che ci permetterà una opportuna verifica di tali valigette.

Ben più funzionali però sarebbero dei carrelli permanenti in ogni reparto

ospedaliero, o almeno nei punti strategici dell'ospedale, in cui siano presenti la maggior parte dei materiali necessari in ogni urgenza, consentendo così all'équipe specialistica di portare con sé solo farmaci ed apparecchiature più specifiche; purtroppo tale proposta è stata bocciata dalla nostra Direzione amministrativa in quanto "progetto troppo costoso e fine a se stesso".

È emerso inoltre dall'indagine regionale che sono poco frequenti i controlli agli altri materiali portatili, come monitor, defibrillatori, bombole di ossigeno, respiratori automatici, che una volta giunti a destinazione se non perfettamente funzionanti possono rivelarsi di ingombro anziché di aiuto.

Nel nostro Centro siamo riusciti ad eliminare tali spiacevoli situazioni grazie all'inserimento nella nostra équipe dei tecnici di fisiopatologia ad indirizzo rianimatorio, che da alcuni mesi verificano quotidianamente la pronta disponibilità di tali apparecchiature.

Tra l'altro non si insisterà mai abbastanza sulla necessità di corsi permanenti d'aggiornamento per il personale deputato all'urgenza, non solo teorici ma anche pratici.

A tale proposito si ricordano gli esiti positivi che da tre anni danno i continui corsi sulla rianimazione cardiorespiratoria tenuti dall'Istituto di Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale di Cattinara di Trieste, che sono riusciti ad elevare di molto lo standard qualitativo dell'emergenza cardiorespiratoria.

Infine, ci sembra importante sottolineare l'importanza di una raccolta dati sull'attività di emergenza extra reparto (comprendente patologie trattate, durata, materiali usati, personale impiegato) atta a fornire una chiara ed immediata visione "epidemiologica" dell'urgenza intraospedaliera, al fine di consentire una valida e più specifica preparazione del personale in quanto rende più selettivi i corsi di aggiornamento.

Inoltre tali dati possono venire utilizzati per documentare annualmente o mensilmente, il numero di ore, personale, e mezzi impiegati agli organi competenti.

2) Per quanto concerne l'organizzazione dei reparti stessi, sarebbe auspicabile il miglioramento delle chiamate e della preparazione del malato critico:

si rende necessario, per quanto riguarda le chiamate, l'istituzione di un numero telefonico unico e preferibilmente molto semplice, facente capo ad un telefono situato in Rianimazione, usato esclusivamente per situazioni d'emergenza, di seconda scelta un ricerca-persone in possesso al medico rianimatore.

Inoltre ogni telefono ospedaliero dovrebbe venir dotato di una tabella fissa collocata vicino ad ogni apparecchio indicante i relativi numeri in modo tale da rendere la chiamata corretta, ed accessibile a tutto il personale.

Purtroppo, gli uffici da noi contattati per tali problemi, vista la lentezza burocratica non ci hanno ancora fornito una risposta soddisfacente.

Nella quasi totalità degli interventi, all'arrivo, l'équipe rianimatoria trova un paziente non trattato né dal punto di vista terapeutico né assistenziale, nonché l'unità letto sprovvista di materiali; la preparazione, almeno dell'aspiratore e della cannula dell'ossigeno, accorcerebbe notevolmente il tempo ne-

cessario allo sgombero delle vie aeree ed alla ventilazione del paziente in arresto od insufficienza cardiorespiratoria.

Gli stessi problemi si ripresentano al momento del trasporto protetto del paziente in Terapia Intensiva, causa la difficoltà di reperire nei reparti bombole di ossigeno, supporti per i vacoliter, spondine per il letto.

D'importanza fondamentale quindi riteniamo sia l'istituzione di corsi teorico pratici (se possibile obbligatori ed a frequenza periodica) per il personale medico ed infermieristico dei servizi non deputati all'emergenza, in modo tale da rendere possibile già all'interno del reparto stesso un reale ed efficace "primo intervento" sul malato critico, secondo protocolli e schemi precedentemente studiati con il personale medico ed infermieristico del presidio d'emergenza, mentre contemporaneamente viene allertata l'equipe specialistica.

L'orario di tali corsi è stato programmato in maniera tale da consentire la frequenza al personale che ruota nei vari turni, ed inizieranno nella nostra USL nel mese di Novembre.

Il corso sarà suddiviso in una parte teorica ed in una pratica; quest'ultima dovrebbe comprendere oltre la preparazione di base del paziente in situazioni critiche, almeno il massaggio cardiaco esterno e la ventilazione assistita con il pallone di Ambu, con uno e con due soccorritori.

Sarà nostra cura infine sensibilizzare il personale infermieristico responsabile dei reparti sull'opportunità di predisporre una quantità di farmaci e materiali d'emergenza, in luogo accessibile e noto a tutto il personale del servizio reperibili in tempo utile.

3) È indispensabile infine la creazione di vie d'accesso (quali ascensori dotati di chiavi, corridoi, ingressi preferenziali, e altri) in grado di diminuire il più possibile i tempi fra chiamata ed arrivo sul posto del personale specializzato, ed eventuale trasporto del paziente in terapia intensiva.

Va puntualizzato che mentre il primo ed il secondo punto rappresentano una realtà modificabile, come dimostratovi, non solo dalle specifiche organizzazioni competenti, nel terzo punto intervengono fattori e situazioni locali proprie di ogni singolo ospedale, che ben difficilmente possono venir modificate se non con l'ausilio di tali organi.

È evidente infatti che non si possono creare le vie preferenziali sorprocitate, se la struttura dell'edificio ospedaliero consta di padiglioni distanti tra di loro, e pone quindi il Dipartimento d'Urgenza troppo lontano dagli altri servizi per poter intervenire in tempi utili.

A Trieste, nel nuovo "ospedale di Cattinara", questo problema è stato validamente risolto dividendo l'ospedale su due torri, comprendenti tutti i reparti di medicina e chirurgia, unite tra loro da una base che consente un rapido e facile accesso ad entrambe: ed è proprio in questo punto strategico che è stato posto il Dipartimento d'Urgenza.

Sappiamo bene che i problemi inerenti all'argomento "EMERGENZA" sono tutt'ora molteplici e che siamo ancora ben lontani, purtroppo, dal raggiungere gli obiettivi prefissati.

Siamo ben consci però della positività degli interventi finora condotti, perché abbiamo avuto un'ulteriore conferma che, pur nella ristrettezza del proprio campo d'azione, anche un'esigua equipe infermieristica può e vuole muovere

dei passi verso un cambiamento del proprio profilo professionale, e rifiuta di lasciarsi trasportare dall'oramai monotona onda di lamentele prive di proposte risoltrici.

Di lavoro c'è ne parecchio ancora da svolgere, per quanto ci riguarda, ma ci auguriamo che quanto prestato non sia fine a se stesso ma venga usato quale messaggio per fare tutti di più.

Indice

– Relazione della Presidente ANIARTI	pag.	5
– Intervista a D.A.I. Rosetta Brignone	»	9
– Evoluzione della professione infermieristica in Italia	»	17
– L'autonomia professionale nel concetto di prestazione	»	31
– L'area critica: un concetto di continuità nel processo di assistenza	»	37
– Il contenuto delle prestazioni	»	43
– Il contenuto delle prestazioni nell'area critica e dell'emergenza .	»	49
– Analisi del contenuto di due prestazioni infermieristiche nell'area critica e grado di autonomia professionale	»	53
– Relazione	»	61
– Una nuova cultura, una nuova professionalità. L'emergenza territoriale: una sfida per l'infermiere di area critica	»	67
– Il tempo naturale ed il tempo artificiale. Dialogo di un protagonista dell'area critica e dell'emergenza	»	71
– Formazione post-base per infermieri di T.I. in U.S.A.	»	79
– I contenuti specifici dell'area critica nella formazione di base ...	»	87
– Una proposta del consiglio direttivo ANIARTI. Dialogo di un protagonista dell'area critica e dell'emergenza	»	105
– Una proposta di sviluppo professionale nell'area critica	»	113
– Emergenza – una realtà che può cambiare	»	119

*Finito di stampare
nel mese di ottobre 1988
presso la Litografia Designgraf - Basaldella (Ud)*

