

XXVIII CONGRESSO NAZIONALE ANIARTI

INFERMIERI E LA *QUESTIONE DEL LIMITE* OSSERVAZIONI, INTERROGATIVI E PROPOSTE SU:

- **L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA**
- **LA PERSONA IN SITUAZIONE CRITICA**
- **IL SISTEMA SALUTE**

A cura di:
MARCO MARSEGLIA
PAOLA PAGANELLI
SANDRA SCALORBI

BOLOGNA, 25-26-27 NOVEMBRE 2009

OBIETTIVI

- Presentare contributi di varie discipline per riflettere sulla definizione o il superamento dei limiti nel campo dell'assistenza per la salute delle persone;
- Far conoscere studi o esperienze infermieristiche che propongono una definizione dei limiti accettabili per l'assistenza;
- Disseminare i risultati di indagini infermieristiche o sperimentazioni che dimostrano l'utilizzo razionale ed innovativo di attrezzature, tecnologie e modalità organizzative specificamente finalizzate ad un'assistenza di qualità;
- Indicare i nuovi problemi posti all'etica ed alla deontologia dall'applicazione diretta alla salute dell'uomo delle tecniche rese possibili dalle disponibilità economiche;
- Fornire indicazioni per l'impegno degli infermieri nel contesto culturale generale al fine di favorire la consapevolezza dei cittadini rispetto ai temi della salute oggi.

P R E S E N T A Z I O N E

Il tema del congresso Aniarti 2009 intende esplicitamente essere una proposta culturale per il sistema della salute e dell'assistenza così come lo conosciamo e di cui non siamo soddisfatti.

Tutto il mondo si sta interrogando sulla sostenibilità del proprio futuro e sulle strade da percorrere per non arrivare troppo tardi...

Siamo ormai tutti consapevoli della necessità di una nuova interpretazione del nostro modo di vivere, del modo di intendere la salute, di operare ed organizzarsi per proteggerla, del modo di usare le risorse in genere e di quelle per la salute in particolare.

Sono palesemente insufficienti ed a volte drammatici, i risultati di applicazioni di scienza e tecnologia alle patologie, senza considerare l'uomo nella sua maturazione odierna.

La smania di un malinteso progresso ci ha portati a limiti estremi che, malgestiti, sono diventati pericolosi.

Nell'assistenza in area critica si toccano con mano problemi essenziali cruciali non solo per i singoli, ma per l'intera comunità; problemi di limitazione delle libertà, di ingiustizia e colpevoli diseguità.

Devono essere trovate ed inevitabilmente imboccate strade nuove che riescano a coniugare i nostri valori fondativi con le nuove conoscenze e le recentissime possibilità tecniche.

Si impone l'urgenza di darci un limite nuovo ed intelligente, di rimodulare un concetto di progresso.

Questo non significa necessariamente rinunciare all'evoluzione: significa fare tutto questo meglio e con maggiore correttezza, con la consapevolezza che gli effetti ricadono sulle persone e sulle comunità. Le conseguenze delle strade che si intraprendono vanno previste e le risposte vanno cercate e fornite.

Gli infermieri sono quotidiani protagonisti del modo in cui oggi si coniugano le risorse a disposizione con le possibilità che scienza e tecnologia offrono per risolvere i problemi di salute. Sono protagonisti nel far acquisire consapevolezza, dignità e libertà all'uomo.

I malati con situazioni di criticità si trovano ormai in tutti i contesti assistenziali.

Il congresso Aniarti è pertanto aperto a raccogliere e trasmettere il contributo di tutti coloro che assistono questi malati dentro a strutture a diversa intensività tecnologica o terapeutica.

Gli infermieri si trovano ad assistere lo snodo, unico, del rapporto tra la persona e le nuove possibilità, per la sua vita.

Non possono non analizzare il fenomeno, non impegnarsi nelle elaborazioni culturali, non riportare alla società il loro contributo specifico.

Un dovere da riscoprire, valorizzare ed a cui non possiamo sottrarci. Non ci saranno altri, se non dilettanti, al nostro posto.

I CURATORI

Marco Marseglia

Paola Paganelli

Sandra Scalorbi

RELATORI E MODERATORI

ROSARIA ALVARO, Roma

STEFANO BAMBI, Firenze

MATTEO BARTOLOMEI, Bologna

MARIA BENETTON, Treviso

CHRISTIAN BOMIO, Locarno (CH)

MAURO BONAIUTI, Bologna

MONIA BRACH, Udine

FRANCESCO CAPITANI, Siena

CINZIA CAPORALE, Siena

MONICA CASATI, Bergamo

ILARIA COSSU, Roma

GIANLUCA DILETTOSO, Milano

NERINA DIRINDIN, Torino

ELIO DRIGO, Udine

Presidente Aniarti

ETTORE D'ANIELLO, SCAFATI, Salerno

ANTONELLA D'ERRICO, Parma

ANIELLO DE NICOLA, Castellammare di Stabia (NA)

ANNA RITA DI FALCO, Treviso

PATRIZIA DI GIACOMO, Rimini

SABRINA EGMAN, Palermo

ANTONIO FABRETTI, Roma

LUANA GATTAFONI, Bologna

ALBERTO GIANNINI, Milano

GIAN DOMENICO GIUSTI, Perugia

MONICA GIUSTI, Firenze

ALESSANDRA GROMPI, Rovigo

GUGLIELMO IMBRIACO, Bologna

DAVIDE LASTRUCCI, Siena

ALBERTO LUCCHINI, Monza

ENRICO LUMINI, Firenze

SERGIO MANGHI, Parma
BARBARA MANGIACAVALLI, Pavia
NORA MARINELLI, Perugia
MANUELA MENEGALDO, Asti
FABRIZIO MOGGIA, Genova
MASSIMO NOACCO, Udine
GIANCARLO NOTO, Parma
PAOLA PAGANELLI, Bologna
ILJA PAVONE, Roma
GUGLIELMO PEPE
CHRISTOPHE PERRIN, Roma
FRANCESCA PRAGA, Milano
ANNA QUARTA, Roma
ROBERTA RIDOLFI, S. Daniele del Friuli (UD)
CARMELO RINNONE, Firenze
KATIA ROMANO, Bologna
ILARIA SANDRETTI, Bologna
IRENE SARCHIELLI, Firenze
MARCELLO SCARDINO, Parma
SILVIA SCELSI, Roma
ANNALISA SILVESTRO, Bologna
MASSIMO SOMAGLINO, Udine
MUZIO STORNELLI, Avezzano (AQ)
MONICA TAFFARELLO, Treviso
WILLEM TOUSIJN, Torino
ALESSANDRA TURRIN, Belluno
CRISTIAN VENDER, Roma
NEREO ZAMPERETTI, Vicenza
ELISABETTA ZANELLA, Padova
DONATELLA ZOLA, Bologna
DAVIDE ZOLETTO, Udine
MARCO ZUCCONI, Perugia

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Maria Benetton

Elio Drigo

Nora Marinelli

Giandomenico Giusti

Fabrizio Moggia

Silvia Scelsi

Stefano Sebastiani

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Gianfranco Cecinati

Paola Marchino

Marco Marseglia

XXVI CONGRESSO NAZIONALE

PROGRAMMA

Sessione plenaria

Moderatore: Elio Drigo

Infermieri, area critica e la questione del limite alla luce del nuovo Codice Deontologico dell'Infermiere

Elio Drigo, Annalisa Silvestro

L'utilizzo della scienza oggi, l'informazione sulla sanità, l'uomo nell'epoca dei diritti

Sergio Manghi, Parma

Il progresso fra crescita, decrescita e la valenza positiva del limite

Mauro Bonaiuti, Bologna

Assistenza infermieristica fra azzardo e limite: le sfide e le questioni aperte

Nora Marinelli, Maria Benetton, Aniasi

CURE INTENSIVE

Moderatori: *Gian Domenico Giusti, Ilaria Cossu*

Verso la rianimazione aperta, siamo pronti al "salto"? Reazioni degli operatori di fronte ad un programma di apertura dell'unità operativa

Francesco Capitani, Siena

Terapie Intensive aperte: le ragioni per una svolta

Alberto Giannini, Milano

Aumento del confort della persona sottoposta a CPAP con scafandro: disconfort da rumore e interventi infermieristici per la sua riduzione

Alberto Lucchini, Monza

L'adozione di un programma educativo contribuisce a ridurre l'incidenza della polmonite associata al ventilatore (PAV).

Christian Bomio, Locarno, Svizzera

La ventilazione non invasiva nei reparti non intensivi: un progetto condiviso medico e infermieristico.

Davide Lastrucci, Siena

Modello di Rischio Proporzionale di Cox per predire il Delirium in una Terapia Intensiva Polivalente.

Francesca Praga, Milano

ORGANIZZAZIONE

Moderatore: *Fabrizio Moggia*

L'accesso ai farmaci essenziali nei paesi con risorse limitate: un problema etico.

Christophe Perrin, Roma

La formazione clinica attraverso un progetto di mentoring

Giancarlo Noto, Parma

Indicatori di qualità ed assistenza infermieristica in area critica: una revisione della letteratura.

Enrico Lumini, Firenze

Un'indagine aziendale sul benessere organizzativo nell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma.

Antonio Fabretti, Roma

Studio sinottico dell'assistenza infermieristica in ICU.

Luana Gattafoni, Bologna

Distanza culturale tra utente ed organizzazione sanitaria.

Marcello Scardino, Parma

ETICA

Moderatore: *Nora Marinelli*

Limitazione dei trattamenti intensivi. il punto di vista degli infermieri.

Muzio Stornelli, Avezzano (AQ)

Riflessioni sulla tematica del fine vita: rispetto del testamento biologico o della volontà dei parenti di interrompere le manovre rianimatorie, riflessioni e considerazioni dal punto di vista medico legale.

Ilaria Sandretti, Bologna

Etica, diritto e deontologia riguardo l'assistenza nel fine-vita nelle terapie intensive.

Anna Quarta, Roma

Sempre l'impegno terapeutico corrisponde al bene del paziente?*Paola Paganelli, Bologna***«La sofferenza palpabile»... cambiare il volto della propria sofferenza per comunicare con il dolore dell'altro.***Antonella D'Errico, Parma***L'infermiere all'interno del Comitato Etico: competenze e responsabilità.***Sabrina Egman, Palermo***Sessione plenaria***Moderatore: Elio Drigo***Tecnologie fra supporto e fine in sé.***Alberto Lucchini, Monza***Assistenza ideale, quotidianità e responsabilità come risultato dell'interazione fra le competenze nel team/équipe.***Ilaria Cossu, Gian Domenico Giusti, Aniarti***Assistenza: necessità di una nuova consapevolezza sociale.***Alessandra Grompi, Rovigo***FORMAZIONE, RICERCA, ORGANIZZAZIONE***Moderatore: Maria Benetton***Le priorità per la ricerca infermieristica.***Monica Casati, Bergamo***La formazione: clinica, relazione e cultura.***Rosaria Alvaro, Roma***Le organizzazioni e le istituzioni.***Barbara Mangiacavalli, Pavia***CURE INTENSIVE***Moderatori: Ilaria Cossu, Giandomenico Giusti***Pazienti e sicurezza in sala operatoria, il contributo infermieristico per il superamento del limite.***Marco Zucconi, Perugia*

Understaffing ed eventi avversi in Terapia Intensiva: studio pilota retrospettivo.

Massimo Noacco, Udine

Assistenza al paziente neurochirurgico durante il monitoraggio neurofisiologico in continuo.

Monica Taffarello, Treviso

Alterazioni del modello sonno e riposo nei pazienti ricoverati in terapia intensiva: studio osservazionale comparato ed opinioni infermieristiche a confronto.

Manuela Menegaldo, Asti

Percezione della terminalità da parte degli infermieri nell'Ulss n.1 di Belluno.

Alessandra Turrin, Belluno

Le decisioni di fine vita: la percezione di medici e infermieri.

Patrizia Di Giacomo, Rimini

NEONATOLOGIA, CURE INTENSIVE PEDIATRICHE

Moderatore: *Nora Marinelli*

Protocollo per la gestione del neonato critico e in fase terminale.

Donatella Zola, Bologna

Accompagnamento del bambino e della sua famiglia al momento di fine vita.

Anna Rita Di Falco, Treviso

Il limite terapeutico e il processo decisionale di fine vita in rianimazione pediatrica.

Alberto Giannini, Milano

EMERGENZA

Moderatore: *Silvia Scelsi*

See and treat infermieristico in DEA: analisi proattiva dell'errore umano e delle vulnerabilità di sistema.

Monica Giusti, Firenze

Le competenze dell'infermiere nell'emergenza sanitaria extraospedaliera: una fotografia della situazione in Italia.

Guglielmo Imbriaco, Bologna

La rilevazione dei parametri vitali influenza l'assegnazione del codice colore di triage?

Stefano Bambi, Firenze

Quale limite delle cure nella RCP praticata in ambiente extraospedaliero?

Matteo Bartolomei, Bologna

La formazione in emergenza: indagine qualitativa sull'uso della morfina da parte dell'infermiere dell'emergenza territoriale fiorentina dopo evento formativo specifico.

Carmelo Rinnone, Firenze

Protocollo per il trattamento del dolore durante il soccorso territoriale.

Roberta Ridolfi, S. Daniele del Friuli, Udine

TECNOLOGIA PER L'ASSISTENZA

Moderatore: *Rachele Degli Esposti, Gaetano Romigi*

Nuove prospettive nell'igiene personale del paziente in coma.

Riti F. Paolo Napoli

Biotecnologie e innovazione: il sottile confine tra etica e accanimento.

Katia Romano, Bologna

Documentazione infermieristica elettronica in DEA: analisi quali – quantitativa di impatto e di gradimento.

Irene Sarchielli, Firenze

PRELIEVI E TRAPIANTI D'ORGANO

Moderatore: *Antonella D'Errico*

L'ossigenazione extracorporea a membrana (Ecmo) vs assistenza ventricolare sinistra (lvad) come ponte al trapianto di cuore: aspetti assistenziali.

Gianluca Dilettoso, Milano

Educazione terapeutica per la persona cardiotrapiantata: progettazione e sperimentazione di un percorso educativo.

Elisabetta Zanella, Padova

Controversie sulla determinazione di morte. Libro bianco del Consiglio di Bioetica del Presidente USA 2008. Nuovi razionali, stimoli, quesiti aperti.

Nereo Zamperetti, Vicenza

Il valore della professione a favore della donazione degli organi: dare senso ad un decesso restituendo vita. Il lavoro e la questione del limite dell'infermiere del Centro Coordinamento Prelievi Cornee.

Cristian Vender, Roma

Dalla revisione della letteratura alla stesura di un piano assistenziale infermieristico per il mantenimento del potenziale donatore d'organi.

Monia Brach, Udine

Tecniche di comunicazione, assistenza e supporto con i familiari del potenziale donatore di organi e tessuti.

Ettore D'Aniello, Scafati, Salerno

Tavola rotonda

La *questione del limite*, la salute, i professionisti, le nuove responsabilità.

Moderatore: *Elio Drigo*

La salute come cifra della responsabilità politica.

Ilja Pavone, Roma

Risposte alle priorità, consapevolezza della necessaria gradualità e nuovi fondamenti per una salute oltre i confini.

Nerina Dirindin, Torino

Professioni e relazioni inter-professionali nella società post-moderna: verso un nuovo professionalismo?

Willem Tousijn, Torino

Essenziale un nuovo bilanciamento tra terapie ed assistenza.

Fabrizio Moggia, Elio Drigo

La *questione del limite* come nuova dimensione etica e risorsa culturale.

Davide Zoletto, Udine

SESSIONE PLENARIA

Moderatore: ELIO DRIGO

INFERMIERI, AREA CRITICA E LA QUESTIONE DEL LIMITE ALLA LUCE DEL NUOVO CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE

E. DRIGO, A. SILVESTRO

L'apertura di questo congresso è fatta a due voci con la Presidente della Federazione dei Collegi IPASVI, Annalisa Silvestro.

Di proposito abbiamo voluto evidenziare il riferimento all'etica ed alla deontologia, che è necessario adottare quando i professionisti riflettono e definiscono i loro orientamenti per l'esercizio della loro attività.

Oltre alle conoscenze ed alle competenze, l'impegno etico e deontologico è l'elemento che connota il professionista.

Annalisa Silvestro, Presidente della Federazione dei Collegi degli Infermieri Italiani e quindi rappresentante istituzionale di tutti noi, che ha definito e da poco rivisto il Codice Deontologico, ci presenterà poi, specifiche riflessioni sul tema del nostro congresso.

Perché gli infermieri di area critica si interrogano sul limite?

Perché vedono e vivono situazioni estreme di vita a cui gli uomini sono costretti a volte ineludibilmente ed un funzionamento della società che non sentono corrispondere ai principi ispiratori dell'assistenza e CHE SONO quelli che fondano anche una società seriamente interdipendente.

E l'assistenza è una delle principali espressioni concrete dell'interdipendenza fra i membri di una società.

La cosa è dunque, grave perché mina i fondamenti della convivenza.

È per questo che dobbiamo leggere anche tutti questi fenomeni alla luce del nostro codice deontologico.

Questo infatti, rappresenta la «Carta» su cui i professionisti fissano le regole che si impegnano ad osservare per essere nel migliore modo aderenti all'essenza della comunità.

Tutto ciò a garanzia della comunità stessa a nome della quale operano.

Dicevamo di una società che non sentiamo corrispondere ai principi ispiratori dell'assistenza.

Siamo arrivati a questo punto per una singolare contingenza dell'esperienza umana.

Per una lettura di questa contingenza, citiamo qui un significativo passo di Aldo Schiavone dal suo saggio del 2008, *Storia e destino*, che pare particolarmente illuminante ed efficace rispetto ai temi che dobbiamo affrontare in questi giorni.

«L'accelerazione (è) senza eguali (e) ... l'innovazione tecnologica sta sovvertendo le nostre pratiche quotidiane ... dalla politica, al lavoro, alla costruzione della personalità. ...

Tanta velocità la stiamo pagando in molti modi. Uno è davvero paradossale – ed è però un prezzo evitabile cui *non dobbiamo rassegnarci*.

Quanto più la scienza scopre che ogni aspetto della realtà – il cosmo, la vita, la specie, l'insieme del grande retroscena che ci determina – non è altro che “*solo storia*” (“*l'universo è fatto di storie, non di atomi*”) (S.J. Gould 1989), l'esito cioè sempre provvisorio di incessanti trasformazioni, tanto più l'incalzare dei cambiamenti indotti dalla tecnica rischia di far sparire dal nostro senso comune l'idea anche più elementare di che cosa significhi la costruzione storica di un contesto, di un modo di vivere e di pensare. (L'accelerazione) sta alterando la memoria culturale e sociale, sollecitata a un continuo oblio di sé, e sta restringendo a una contemporaneità sempre più breve e contratta l'orizzonte degli eventi entro cui si bloccano lo sguardo e la coscienza della nostra epoca.

...Ci troviamo in una situazione in cui la ...«esperienza lineare ed asimmetrica che noi elaboriamo da sempre nel rapporto fra quel che è già accaduto e quel che è di là da venire – l'implacabile freccia del tempo – si presenta d'improvviso sotto una forma nuova, che chiede di ridefinire noi stessi, e, con noi, il significato e il valore delle nostre esistenze e delle nostre scelte».

Scusate la lunga citazione, ma mi sembra esprimere bene le origini del problema su cui vorremmo riflettere insieme.

Partire dalle riflessioni sui fenomeni di cui siamo protagonisti ci dovrebbe aiutare a collocare il tema che abbiamo deciso di affrontare, nella sua giusta dimensione e ad individuarne il valore, le implicanze, la posta in gioco, la responsabilità che ne deriva.

Ci siamo chiesti perché gli infermieri di area critica si interrogano sul limite? ed abbiamo detto che gli infermieri vedono e vivono due cose, fondamentalmente:

1) Situazioni estreme di vita a cui gli uomini sono costretti a volte ineludibilmente e 2) un funzionamento della società che non sentono corrispondere ai principi ispiratori dell'assistenza. La cosa è grave perché mina i fondamenti della convivenza.

Dicevamo delle situazioni che rileviamo.

Gli infermieri di area critica non sono più disponibili a giustificare in ogni caso delle scelte che creano le premesse per condizioni di vita estremamente problematiche se non drammatiche, delle persone malate come conseguenza di trattamenti sanitari; condizioni determinate dall'applicazione delle tecnologie e di processi terapeutici, a volte, solo perché questi sono disponibili; vite che finiscono per essere sacrificate in nome della accelerazione sconsiderata di quello che siamo indotti ed abituati a considerare acriticamente *progresso*.

Di questa accelerazione deve cominciare a far parte una ragionevolezza ed un recupero del senso delle storie delle persone, delle comunità, delle idee che le informano.

E dobbiamo iniziare a decidere di riflettere con *novità di mente* sui concetti di fondo che sono stati necessariamente intaccati dalle applicazioni della tecnica; i concetti anche di vita stessa e della morte, che vanno coniugati con i valori di rispetto della dignità, dell'autodeterminazione, della libertà, che rappresentano un patto a cui una società non può sottrarsi.

Non possiamo pensare ad una difesa di un concetto di intangibilità della vita solo biologica, quando l'abbiamo manipolata in mille modi e con mille strumenti, che se fosse stata lasciata «intatta» non si sarebbe certo protratta troppo a lungo....

In questi casi viene fuori chiaramente la necessità di riconoscere il limite e di gestirlo in maniera profondamente umana e rispettosa della vita non solo biologica, ma della vita non disgiunta dalle persone vere, in carne ed ossa, che si relazionano soprattutto con le persone significative.

Perché gli infermieri da sempre dicono che la vita non è solo il funzionamento degli organi...

Parlare del *limite* dunque, significherà interrogarci su come coniugare nuove conoscenze, nuove tecnologie, nuove terapie, con:

1) un'applicazione *concreta* - non solo declamata nelle grandi occasioni - dei valori di riferimento di una società e ancora

2) conoscenze, tecnologie, terapie coniugate con la *maturazione della consapevolezza* delle persone.

Dobbiamo dunque, parlare del limite come realtà di fatto e della sua dimensione positiva

Dobbiamo innanzitutto sgomberare il campo da un possibile facile equivoco: non siamo qui a celebrare l'inno del ritorno al passato, a voler fare a meno dei progressi della scienza perché li consideriamo negativi.

1. Siamo qui, anzi, per sostenere il progresso. Non «qualunque» progresso, ma un progresso che superi il proprio orizzonte stretto del compiacersi della semplicistica dimensione *quantitativa*.

Dobbiamo chiederci che cosa vogliamo considerare «progresso».

Dobbiamo chiederci che cosa significa e che cosa implica la «crescita»: all'infinito?

Per noi *non è solo* una maggiore quantità di cose o una progressiva possibilità/licenza di fare tutto, solo perché ne abbiamo la possibilità.

Per noi non è solo una maggiore quantità della vita stessa, ma anche una qualità della vita, valutata in modo più equilibrato e maturo perché oggi abbiamo la possibilità di conoscere moltissimo, apprezzare la ricchezza delle diversità, delle sensibilità, dei rapporti.

2. Siamo qui per darci, certo, dei limiti alle esasperazioni. Avere il coraggio di dire che, ciò che è semplicemente disponibile, non sempre è necessariamente bene; e ciò che, anche di avanzatissimo viene applicato alle persone, non sempre produce effetti positivi o solo positivi.

Dobbiamo obbligarci in maniera più stringente e responsabile a chiederci, sempre, quando dobbiamo prendere una decisione in campi non ancora conosciuti, quali saranno le conseguenze, tutte, per chi è oggetto di quella decisione, e che dovrebbe esserne il beneficiario.

E dobbiamo limitarci nelle spinte irrazionali.

3. Siamo qui per concepire i nostri nuovi confini per le scelte prendendo in considerazione non più solo il nostro orticello, ma il mondo. Parlo di noi come cittadini, e tanto più come infermieri.

Dovremmo aver chiaro ormai, credo, che qualunque cosa, in qualunque ambito della nostra vita, dipende da come vanno le cose nel mondo; un esempio per tutti: la nostra vita dipende molto, purtroppo, da che cosa decidono i grandi investitori occulti della finanza mondiale – non dell'economia, ma della finanza, *l'economia immaginata*, non-reale...

Dobbiamo cominciare a guardare fuori dai nostri confini e ripensare il tema della salute con una visione planetaria. Anche alla luce dell'inarrestabile mescolamento di popoli e culture già in atto.

I differenti livelli di possibilità di salute, il miliardo e più di persone che vivono nella fame, il bambino che muore ogni 6 secondi, l'ambiente di vita ed il clima devastati perché vi si continua a lucrare, *non possono non interpellare noi soprattutto*, che operiamo in strutture ipertecnologiche, che usufruiscono di conoscenze avanzatissime, che impiegano grande parte delle risorse destinate ai servizi per la salute.

Ricordarcene, deve fornirci i parametri per una valutazione equilibrata dei mezzi che utilizziamo e del sistema in cui operiamo, delle implicanze per gli orientamenti sociali più generali, dello spirito con cui affrontare i problemi del fine vita – un problema solo del mondo occidentale, che arriva a prostrarre la vita fino a limiti anche estremi; gli altri, al di fuori del nostro mondo, semplicemente non se lo possono permettere...

Questa dovrebbe essere oggi la nostra dimensione squisitamente politica, a cui sarebbe fuorviante pensare di sottrarci.

4. Siamo qui per decidere di superare dei limiti.

I limiti ad esempio, di un'assistenza ancora troppo rassegnata a ruoli ausiliari e tecnici, e poco consapevole delle caratteristiche della funzione che le viene chiesta dall'evoluzione culturale di una società complessa e delle persone che assiste.

Caratteristiche che sarebbero *dirompenti rispetto ai ritardi eminentemente culturali* di un sistema per la salute ancora troppo deresponsabilizzante, paternalistico, chiuso negli ospedali. Un sistema con una *medicina* ancora fatta troppo per gli organi e troppo poco per le persone; e un sistema che legge la salute ancora troppo come diagnosi e cura, ma non a sufficienza come modo di vivere nell'ambiente, come relazioni umane interdipendenti e solidali e, proprio soprattutto per questo, *sane*.

5. Siamo qui per superare i limiti di un'assistenza infermieristica che assiste le persone, a volte anche molto bene, ma che non decide con determinazione di entrare nelle responsabilità di affermare il *reciproco supporto* come base di una convivenza da rifondare e ricostruire.

E, naturalmente, indurre a superare il limite di una compagine sociale che continua a guardare al sistema per la salute, e all'assistenza in particolare, più

come al proprio maggior fattore di spesa e non ancora come al migliore investimento su cui puntare per la propria garanzia di futuro. Salvo reclamare il massimo nel momento in cui la salute propria, individuale, viene toccata.

Vogliamo e dobbiamo anche noi in quanto infermieri, iniziare, dal di dentro delle istituzioni, a dire chiaro e forte

1. della gigantesca illusione generata sulla possibilità di eliminare tutto quanto di negativo o fastidioso possa presentarsi nella vita; viene sempre privilegiata l'enfatizzazione di notizie sulle supposte novità con lo scopo non tanto di fornire strumenti di conoscenza quanto di condizionare le opinioni: a volte solo per lo scoop, a volte pilotate per interessi opportunistici, a volte proprio false;

2. dire del fatto che, tragicamente, il dolore, la sofferenza, la cancellazione della dignità e della libertà continuano imperterriti ad accompagnare ed opprimere le vite reali – non quelle astratte – e in certi casi sono addirittura generati dalla smania di ammantare di «progresso» la medicina;

3. dire che rileviamo quanto sia facile aggregare la gente su progetti spettacolari, magari faraonici, anche se senza costrutto, mentre è arduo solo parlare di assistenza primaria alle persone più deboli senza perdere consenso.

Un atteggiamento incapace di un minimo di senso critico né di elementare senso civico.

4. E vogliamo dire chiaro e forte, che gli infermieri percepiscono, anche sulla loro pelle, che l'interdipendenza evidente nelle cose, viene sistematicamente disattesa e smentita quando si tratta di scegliere. È una quotidiana fatica di *Tantalo* tradurre la garanzia di qualità di vita delle persone in concretezza, in formule organizzative, integrazione multidisciplinare, destinazioni di risorse sufficienti ed adeguate ad attuare processi molto complessi per definizione, perché sempre inerenti alle singolarità ed unicità delle persone.

Deve essere detto che tutto questo manifesta un infantile *eccesso di attenzione* posto alle presunte «meraviglie» della medicina tecnologica ed un altrettanto infantile ma colpevole *eccesso di disattenzione* a quella funzione che fa di un'aggregazione di molti soggetti una comunità: l'assistenza.

Abbiamo una percezione diffusa di essere arrivati ad un limite che OBBLIGA ad una riflessione a partire anche da queste considerazioni.

E vogliamo fare qualche cosa:

– è necessario riuscire ad esplicitare alcune macroscopiche incongruenze;
– è necessario fare il punto della situazione, insieme con l'aiuto di altri, esperti ed attenti: oggi cominceremo anche noi con disponibilità ed attenzione: non possiamo pensare che la nostra professione possa fare passi avanti da sola. Dobbiamo approfondire *conoscenze «altre»* e coniugare sempre meglio e più profondamente le nostre esperienze con queste;

– ed è necessario concordare alcuni punti di riferimento condivisi: ne parleremo;
– è necessario infine, osare almeno qualche proposta che investa porzioni vitali del nostro essere società, su cui lavorare da subito. Ho già indicato qual-

che idea che Aniarti ritiene preliminare a qualunque evoluzione: la necessità di esprimersi di più degli infermieri e la necessità di valorizzare l'assistenza e riequilibrarne il peso con la funzione della cura.

Il nostro incontro di questi giorni vuole essere un incontro di «responsabilità» concepita ad una dimensione nuova, profonda, condivisa.

Non parleremo di responsabilità giuridiche ma di responsabilità «umana».

In quanto infermieri, e referenti a nome di questa società per l'assistenza, ci sentiamo responsabili del fatto che finora per una società che intende considerarsi civile, troppe sofferenze sono state tralasciate.

Vogliamo, al pari della medicina, assumerci la responsabilità del compito primario indicato già da Ippocrate, almeno di lenire le sofferenze. Abbiamo molte possibilità.

Non riusciamo a pensarci «persone» se, in quanto infermieri, non facciamo questo.

Buon lavoro a tutti ed a ciascuno!

INFERMIERI, AREA CRITICA E LA QUESTIONE DEL LIMITE ALLA LUCE DEL NUOVO CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE

A. SILVESTRO

Presidente Federazione Nazionale Collegi IPASVI

Al congresso di Arezzo il vice Ministro della Salute, ha concluso l'intervento con una riflessione molto positiva nei confronti degli infermieri e degli impegni che si vorranno assumere per cercare di valorizzare la professione nella logica consapevolezza (così si è espresso) dell'importanza (oltre che clinica) assistenziale, in modo che ci sia la capacità e la competenza della presa in carico della persona assistita, che deve essere la figura centrale di riferimento. In realtà è molto facile a dirsi; molto più difficile è dare a queste parole concretezza operativa. Durante il congresso sono stati toccati molti temi che si coniugano nella realtà operativa, tra cui la limitatezza delle risorse, che spesso si manifestano in un corretto utilizzo delle stesse per equità distributiva, e quindi, in definitiva, nella definizione delle priorità.

Spesso, però, si trasforma in razionamento delle risorse, prevalentemente nella parte meno hard e più soft del nostro operare, quale è la relazione, il dialogo, il confronto con l'assistito, con le sue persone di riferimento, lo spiegare, il parlare, il cercare di trovare sintesi, il continuare a tenere alta l'attenzione del dialogo, la comunicazione anche non verbale, mentre si fa assistenza e si dà una risposta ai bisogni dell'assistito...

Molte delle suggestioni sentite al congresso, si basano su dati oggettivi (proprio per rendere evidente di come ci si possa trovare nella necessità di inserire i valori e i contenuti della disciplina di cui gli infermieri sono portatori), è un sistema che è fondamentale per dare dignità alla persona, per fare in modo che la persona possa mantenere il suo progetto di vita, perché possa vedere apprezzati e possibilmente risolti i suoi problemi, ma sempre nella consapevolezza che il decisore ultimo, fondamentale, importante per qualsiasi intervento che si ritenga opportuno fare sulla persona, è la persona stessa.

Quindi anche una riflessione sui limiti che dobbiamo porci al nostro muoverci a fianco dell'assistito, credendo e cercando di dargli delle risposte predefinite che attengono ai nostri valori, alla nostra percezione della qualità di vita, della dignità che non è detto assolutamente siano sovrapponibili alla percezione che di sé ha la persona, ai valori di cui è portatore e alla concezione che lui ha della dignità di vita.

Nel prepararmi al nostro incontro mi sono più volte detta che è veramente molto bello che gli infermieri che lavorano in un'area così particolare dell'esercizio professionale, che si muovono costantemente in situazioni di criticità vi-

tale e di instabilità clinica, di utilizzo molto rilevante e, alle volte non sempre equilibrato, di tecnologia, che sono la struttura professionale insieme ai medici e agli altri professionisti con cui lavorano nel cercare delle soluzioni, di utilizzare sempre di più degli strumenti e di utilizzare ancora altra tecnologia, si pongono, in questo congresso, un quesito importante: «è così che dobbiamo continuare ad andare avanti, o dobbiamo porci una domanda e riflettere sul problema del limite?».

Quel limite che non sempre concordiamo con l'assistito, ma che a volte imponiamo anche in considerazione del fatto che i nostri/vostri assistiti non sempre sono in grado di esprimere la loro volontà.

Non sempre questo emerge nei nostri percorsi/processi di cura e assistenza e pianificazione.

Quindi questo è un argomento importante che poniamo alla nostra/vostra riflessione e che rende evidente davvero, il grande percorso fatto dagli infermieri di area critica (e quindi da tutti gli infermieri italiani) su queste tematiche.

In moltissime occasioni gli infermieri di area critica si sono posti un po' all'avanguardia riguardo a determinati problemi, e nel cercare di individuare soluzioni. In questo caso mi auspico molto che queste riflessioni di avanguardia che si sta facendo e che non sono strettamente correlate alle modalità con cui il nostro sistema salute sta procedendo, riescano a impattare su tutto l'insieme della professione infermieristica.

Non solo (sarebbe limitativo), ma riescono ad impattare sull'intero sistema.

A tal proposito credo sia importante cercare di comprendere il perché abbiamo rivisto il codice deontologico, in considerazione del fatto che quello del 1999, non era «così antico».

Era un codice deontologico che, pur esprimendo i concetti (anche se non in maniera così esplicita) che oggi vengono affrontati in questo congresso, si poneva una serie di problemi che trovavano la loro declinazione puntuale e precisa nel concetto di autonomia e responsabilità.

Autonomia intesa come la possibilità di un'assunzione diretta di decisioni e di percorsi di assistenza e quindi di cura dei nostri assistiti in relazione a quello che sono le definizioni degli altri professionisti. Quindi autonomia come possibilità di incidere nell'ambito dell'equipe sulle scelte che vengono o devono venir fatte per l'assistito e autonomia come liberazione da un elenco desueto di compiti e di attività spesso decise da altri che non ci vedevano protagonisti in questa voglia di poter maggiormente incidere sulle scelte da farsi per i processi di cura e assistenza. Ma anche responsabilità.

Responsabilità di quello che decidiamo, di quello che facciamo, di come utilizziamo le risorse che ci vengono messe a disposizione dal sistema, di come utilizziamo le nostre risorse cognitive, in termini di competenze, di esperienze, di valore nei processi di assistenza, nell'ambito di tematiche e di sviluppo che oggi insieme trattiamo.

Un nuovo codice deontologico che:

- tenga conto dello sviluppo e della maturazione che la nostra professione ha fatto in questi dieci anni,
- tenga conto della grossa evoluzione che c'è stato del sistema salute,
- tenga conto della grossa evoluzione tecnologica e scientifica che c'è stata,
- tenga conto dell'andamento demografico ed epidemiologico del nostro paese.

Dove sempre più gli ospedali saranno luogo di acuzie, interventi e situazioni gravi, critiche e complesse, dove le persone saranno ad alta instabilità clinica-assistenziale e necessiteranno di competenze esperte e specialistiche che possano aggredire e cercare di risolvere i problemi, ma dove anche si dovrà cercare di coltivare una logica di continuità dell'assistenza, di percorso e di processo su ciò che succederà dopo la risoluzione auspicata della situazione di criticità. Alla persona che deve continuare ad avere qualcuno che l'accompagni nella fase immediatamente successiva al suo percorso verso il domicilio o verso strutture che possano accoglierla e accompagnarla fino al ripristino della situazione migliore possibile di stabilità e salute, oppure che l'accompagnino fino alla conclusione della vita: per una fine vita che sia ricca di dignità, di attenzione, di relazione, di serenità nei rapporti con le persone che insieme a noi accompagnino il nostro assistito nella logica di lenire le sofferenze non solo fisiche, ma anche relazionali, psicologiche, spirituali.

Il nostro nuovo codice deontologico vuole definire questo elenco di cose. Vuole dare dei messaggi a tutti gli infermieri italiani che fanno del loro codice deontologico, il documento portante per il nostro esercizio professionale, dare dei messaggi di tipo tecnico-scientifico, dare dei messaggi di tipo professionale, dare dei messaggi di tipo relazionale e dare dei messaggi di sempre maggiore attenzione a quella che è la persona che assistiamo, in tutte le sue componenti che diventa la parte centrale nel nostro operare.

Più che entrare nel singolo articolato, voglio esprimere un'altra serie di argomenti di riflessione a proposito del limite, che veniva posto agli interventi che gli infermieri fanno in una logica di equa distribuzione delle risorse. Equa che vuol dire non tutto a tutti, ma tutto ciò che la persona accetta e chiede rispetto alla sua situazione, tenuto conto di quello che è la sua possibilità e modalità di vita.

Questo è un invito ad una riflessione importante anche sul limitare il nostro intervento sulle persone. Credo di non aver bisogno di sottolineare l'assoluta impossibilità per gli infermieri, di adeguarsi ad accanimenti terapeutici, ma anche la necessità per noi infermieri di incominciare ad esprimere a voce alta il limite a degli interventi che non sono più interventi di cura e di assistenza, ma di accanimento, di volere a tutti i costi proseguire verso un percorso che l'assistito non ritiene più un percorso di vita, in quanto manca la relazione, la dignità, la sua specifica scelta.

Anche da questo punto di vista il nuovo codice deontologico ha voluto esprimere il pensiero degli infermieri italiani. Siamo partiti nel percorso di elaborazione di costruzione del nostro codice deontologico nel febbraio 2008 per con-

cluderlo nel febbraio 2009, esattamente a 10 anni dall'uscita del precedente codice deontologico, attraverso un percorso che ha visto coinvolti tantissimi infermieri, sia attraverso le loro associazioni, sia attraverso i collegi provinciali, sia attraverso interventi singoli, per cui questo attuale codice deontologico è frutto di un impegno e interesse, di coinvolgimento corale di tutti noi infermieri. Siamo 370.000. E anche se è vero che non tutti potranno aver direttamente partecipato alla stesura, la grande parte degli infermieri ha fatto questo codice deontologico contribuendo ad elaborarlo.

Nell'ambito di questo codice, sono state fatte affermazioni importanti in questa fase storica del paese.

Innanzitutto affermazioni ricche di valori etici e deontologici per la nostra professione.

Ricche di quelle che sono gli impegni che noi prendiamo nei confronti dei cittadini/assistiti, ricche di quelle che sono il costrutto della disciplina di riferimento, la disciplina infermieristica.

A tal proposito due questioni.

1) Da una parte l'impegno che come Presidente dei Collegi IPASVI (funzione molto onerosa, ma che mi onora) abbiamo posto: che non venisse eliminato il nostro settore scientifico disciplinare nell'ambito della formazione universitaria, cosa che da più parti si è tentato di fare dicendo che in fondo potevamo benissimo aggargarci al settore scientifico disciplinare clinico.

Ci siamo opposti fermamente a questa affermazione, ma non in una logica corporativa: «vogliamo il nostro settore perché anche altri gruppi professionali hanno il loro settore». Non è questo il motivo. Vogliamo mantenere il nostro settore perché vogliamo che la nostra formazione sia impostata sui nostri valori, sulla nostra deontologia, su quello che è il costrutto del nostro essere professionisti infermieri: la centralità della persona, l'attenzione, la cura intesa anche come presa in carico. Se noi non avessimo avuto e non avessimo questa possibilità non sarebbe potuto avvenire: probabilmente saremmo stati soverchiati da altre impostazioni, da altri costrutti, da altri obiettivi.

La settimana scorsa ero a Cremona ad un convegno sul fine vita dove ho avuto modo veramente di apprezzare il grande impegno, valoriale ed etico di moltissimi medici presenti al tavolo dei relatori ed in quella sala, è emerso l'impegno degli infermieri nel discutere queste tematiche e nel cercare di trovare una soluzione, un punto di equilibrio, per smussare una serie di criticità da punti diversi di vedute che sottolineano la diversità di posizione.

2) Dall'altra parte la volontà di fine vita. Il Parlamento della nostra Repubblica sta dibattendo sulle volontà di fine vita. Si sta dibattendo su un'ipotesi normativa che lascia perplessi, mi permetto di dirlo, la parte prevalente dei professionisti sanitari. Non ci troviamo in quella proposta di legge, non la troviamo nostra, non è coerente con le cose che ci stiamo dicendo adesso, e soprattutto non è coerente con il nostro codice deontologico. Noi abbiamo affermato che per quanto ci riguarda, la persona è al centro del nostro operare e noi teniamo sempre in conto le volontà della persona. Cerchiamo qualora ci fossero delle difficoltà, delle criticità relazionali rispetto ai valori di cui è portatore,

di dialogare, di confrontarci, di cercare di trovare un punto di contatto nel percorso che si sta facendo.

Non possiamo accettare che indipendentemente dalla volontà della persona, alcuni siano ritenuti atti sanitari obbligatori. Come professionisti sanitari abbiamo pubblicamente espresso qual è il pensiero degli infermieri italiani nonostante che (e questo è doveroso dirlo), quando in dodicesima commissione «affari sociali del Senato» sono state fatte le audizioni per sentire il parere sull'ipotesi del decreto legislativo Calabrò, sono state sentite tutte le associazioni mediche, tantissime associazioni dei cittadini, ma gli unici a non essere stati ascoltati sono stati gli infermieri: proprio quelli che accompagnano la persona insieme al medico nel fine vita. Si va a dire a dei professionisti sanitari, quali noi siamo, che non si può negare il bere e il mangiare. Lo vengono a dire a noi che siamo quelli che imbocchiamo le persone, li aiutiamo a sorvegliare dal bicchiere. Sappiamo bene cosa vuol dire aiutare a mangiare e bere, ma sappiamo altrettanto bene alimentare attraverso sondino, attraverso PEG, attraverso parenterale totale e altre modalità che sono atti sanitari. Per cui deve essere chiaro che gli atti sanitari devono essere chiesti e accettati dalla persona che noi assistiamo. Perché altrimenti di cosa stiamo parlando?

Come si fa a dire a dei professionisti sanitari infermieri che il bere e il mangiare (e credo che sia un insulto alla nostra competenza professionale) che mentre l'alimentazione e l'idratazione diventano atti sanitari, perché sono base di vita, dobbiamo garantire la respirazione, perché dopo 7 minuti la persona muore. Non muore dopo 7 minuti se non beve e neppure neanche dopo 7 minuti se non mangia. Abbiamo una tecnologia avanzatissima che garantisce la sopravvivenza. Ma non credo sia questa la cosa importante. Ma sia dire alla persona che cosa gli sta succedendo. Quale sarà, o si ipotizza sia, il suo percorso di vita, confrontarsi con l'equipe assistenziale con le persone di riferimento se il nostro assistito non è in grado di riferire o di dire ed esprimere e cercare di trovare il punto di equilibrio migliore fra quelle che sono le volontà espresse, o comunque manifestate e documentate, e quello che è il percorso che dobbiamo fare. Da questo punto di vista, quello che sembrerebbe emergere è che, se anche ho espresso delle volontà oggi ma il mio problema di criticità vitale o di terminalità di vita si verifica dopo 2 anni, non si possa aver cambiato idea nel frattempo e quindi decide il sanitario sul bene dell'assistito.

È come dire: faccio un testamento, succede un qualcosa prima dell'ipotesi di mia fine vita e qualcuno mette in dubbio che quello che ho scritto sul testamento è quello che volevo: magari ci avevo ripensato. Come si fanno a dire queste cose? Come si fanno a fare questi ragionamenti?

Ulteriore conseguenza. Noi abbiamo ritenuto di voler esprimere tutto il nostro disagio per questo mancato coinvolgimento degli infermieri su questa tematica delicatissima perché mi sembra strettamente coerente con tutti i ragionamenti fatti fino a questo momento. Perché dobbiamo avere il coraggio di dirci anche queste cose. E dobbiamo avere anche il coraggio di dire che noi infermieri italiani adesso ci esprimiamo in modo chiaro, evidente e ci esprimiamo attraverso quello che è il dettato del nostro codice deontologico. Il pro-

nunciamento degli infermieri italiani che verrà reso pubblico dal 16 dicembre 2009 e immagino susciterà una serie di reazioni per le quali dobbiamo essere pronti a sostenere i nostri valori e le buone ragioni da portare avanti per i nostri assistiti, perché vorrei domandare: «con quale stato d'animo professionale dopo avere assistito i nostri pazienti che ci hanno detto e fatto capire che non vogliono alcune cose, li accompagniamo in sala a posizionare la PEG, o qualsiasi altro presidio? Oppure diciamo ai parenti che il medico ha deciso così?» Io non credo che ci siano medici che hanno la voglia di assumersi tutto questo onere e questa responsabilità etica a meno che siano pervasi dal delirio di onnipotenza. Può esserci la discrezionalità nell'ambito dell'equipe assistenziale di un'unica figura? Posto il caso che il medico dica di procedere perché nel decreto legislativo Calabrò, l'unico che può dire cosa si deve fare è il medico, non la persona, né le sue persone di riferimento. Il medico è colui che decide se le volontà di fine vita sono ancora applicabili o meno. Tutto potrà decidere il medico, ma non la persona, che è direttamente coinvolta in questa situazione. Anche su questo abbiamo detto che forse non hanno riflettuto, anche su cosa ne potrebbe derivare e sul sistema. Nel caso che gli infermieri decidano che in quella situazione si tratta di accanimento terapeutico cosa possono fare? Staremo tutti zitti? Oppure manifesteremo il nostro dissenso? Questo dissenso che cosa potrà comportare per la persona, l'assistito?

È necessaria una riflessione seria. E dovremmo essere pronti e preparati a questo tipo di impegno che ci dobbiamo assumere. A tal proposito vorrei citare un caso presente nel commentario che abbiamo fatto al nostro codice deontologico e mi pare si attagli bene anche alla realtà che quotidianamente si vive nei reparti/servizi che evidenzia bene come l'infermiera possa trovare il modo per rendere concreto ed esplicito la volontà della persona assistita. Si parla del percorso di un paziente che ha avuto un episodio critico dopo l'altro. È stato sottoposto ad interventi importanti e impegnativi e dopo un insulto cardiaco molto forte avvenuta con la rianimazione cardiopolmonare, si è avuto anche il coinvolgimento dell'apparato renale a seguito del quale è stato messo in dialisi. Ritornato in Rianimazione avviene un ulteriore insulto cardiaco. Il medico avvisa l'infermiere e chiede di rianimarlo. L'infermiera mette le mani sul torace del paziente che aveva accompagnato per tanto tempo e dice: «no, adesso basta. Gli abbiamo voluto bene. Lo abbiamo assistito, lo abbiamo accompagnato. Accompagniamolo fino in fondo». Su questi punti dobbiamo riflettere. Non perché si vuole andare in quella direzione, ma perché bisogna che incominciamo a pensare che le cose non devono passare sulla nostra testa. Dobbiamo impegnarci a riflettere e a dare significato etico al nostro assistere o al nostro ritenere insieme agli altri che forse a questo punto non è più assistenza, ma diventa accanimento.

Concluderei il mio intervento con la lettura del pronunciamento che è stato definito dopo un consiglio nazionale fatto l'8 novembre, aperto non solo ai presidenti dei collegi provinciali, ma aperto anche ai presidenti delle associazioni infermieristiche in quanto portatori di cultura e di approccio specifico di determinate problematiche. In questa riunione era presente anche il presiden-

te dell'Aniarti E. Drigo che ha contribuito al dibattito con interventi che ritrovo in questo congresso e quindi apprezzabilissimi.

La persona nel fine vita.

Pronunciamento della Federazione Nazionale dei Collegi Infermieri.

Gli infermieri da sempre quotidianamente accompagnano l'assistito nell'evoluzione terminale della malattia e le persone a lui vicine nel momento della perdita e dell'elaborazione del lutto attraverso modalità relazionali, atteggiamenti e gesti che vogliono accogliere, ascoltare, assistere, comunicare e lenire.

L'8 novembre 2009, il Consiglio nazionale della **Federazione dei Collegi Infermieri**, riunitosi in una seduta aperta anche ai rappresentanti delle Associazioni infermieristiche italiane, dopo avere analizzato il testo della proposta di legge sulle «Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento», anche in ragione del patrimonio esperienziale costruito accompagnando i propri assistiti nell'evoluzione terminale della malattia e nel fine vita, fasi che sono per tutti, assistiti e professionisti, ad alta intensità relazionale, emozionale e spirituale

esprime il seguente PRONUNCIAMENTO

Durante l'evoluzione terminale della malattia e nel fine vita i rapporti tra l'assistito, le sue persone di riferimento, il medico, l'infermiere e l'équipe assistenziale non possono essere rigidamente definiti da una legge potenzialmente fonte di dilemmi etici, difficoltà relazionali e criticità professionali, ma devono essere vissuti e sviluppati secondo le norme dei Codici di deontologia professionale. **Il Codice di deontologia professionale** degli Infermieri italiani,

Per quanto attiene la relazione con la persona, recita:

Art. 3 La responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.

Art. 35 L'infermiere presta assistenza qualunque sia la condizione clinica e fino al termine della vita dell'assistito, riconoscendo l'importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale.

Art. 36 L'infermiere tutela la volontà dell'assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita.

Art. 38 L'infermiere non attua e non partecipa a interventi finalizzati a provocare la morte, anche se la richiesta proviene dall'assistito.

Per quanto attiene l'informazione alla persona, recita:

Art. 20 L'infermiere ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo nell'esprimere le proprie scelte.

Art. 24 L'infermiere aiuta e sostiene l'assistito nelle scelte, fornendo informazioni di natura assistenziale in relazione ai progetti diagnostico-terapeutici e adeguando la comunicazione alla sua capacità di comprendere.

Art. 37 L'infermiere quando l'assistito non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lui chiaramente espresso in precedenza e documentato.

Per quanto attiene la modalità di assistenza alla persona, recita:

Art. 14 L'infermiere riconosce che l'interazione tra professionisti e l'integrazione interprofessionale sono modalità fondamentali per far fronte ai bisogni dell'assistito.

Art. 27 L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi.

Art. 39 L'infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento dell'assistito, in particolare nelle evoluzioni terminali della malattia e nel momento della perdita e della elaborazione del lutto.

I Presidenti dei Collegi provinciali IPASVI, riuniti in Consiglio nazionale e a nome degli oltre 377mila infermieri italiani che rappresentano, in ottemperanza al proprio Codice di deontologia professionale,

si impegnano

- a rispettare le scelte dell'assistito anche quando non vi fosse la capacità di manifestarle, tenendo in conto quanto espresso in precedenza e documentato;
- a sostenere la palliazione e la lotta al dolore;
- a respingere l'accanimento terapeutico.

Affermano

- che l'alleanza tra l'assistito e l'intera équipe assistenziale acquista ancor più peculiare valore nell'evoluzione terminale della malattia e nella fase del fine vita.

Ribadiscono

- Che l'integrazione multi professionale è la modalità fondamentale per un'empatica risposta ai bisogni dell'assistito.

Chiedono

- Che, qualora non vi fossero modifiche al testo della proposta di legge sulle «Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento», sia data agli infermieri la possibilità di potersi richiamare a quanto previsto nell'art. 8 del loro Codice di deontologia professionale che recita: «L'infermiere nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. Qualora vi fosse e persistesse una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della professione e con i propri valori, si avvale della clausola di coscienza, facendosi garante delle prestazioni necessarie per l'incolumità e la vita dell'assistito».

ASSISTENZA INFERMIERISTICA FRA AZZARDO E LIMITE: LE SFIDE E LE QUESTIONI APERTE

N. MARINELLI

Abstract

Il presente contributo vuole rappresentare una prima analisi infermieristica alla questione del limite, tematica centrale al XXVI Congresso ANIARTI di Bologna.

S'intende avviare un ragionamento sulla situazione sociale, politica, sanitaria di contesto nella quale l'infermieristica di area critica evolve e sviluppa i suoi percorsi disciplinari.

Si affronterà il tema degli azzardi intesi come applicazioni d'interventi o procedure i cui esiti non siano del tutto certi, frequenti nell'operatività d'area critica e che pongono, nel loro realizzo, notevoli problemi, oltre che clinico-assistenziali, anche etici e deontologici.

Parleremo delle sfide che si presentano ai professionisti nello svolgimento del loro lavoro e che costituiranno gli elementi problematici d'affrontare e superare in un futuro vicino, che non può attendere i tempi rinviati d'una riflessione lenta ed avara di soluzioni. I dilemmi etici e le questioni ancora aperte alla riflessioni di tutti, cittadini e sanitari, costituiranno ulteriore oggetto del presente contributo nell'obiettivo di lanciare ai partecipanti del Congresso elementi di suggestione per un'ulteriore e più approfondito sviluppo.

Parole chiave: biotecnologie, azzardo, sfide, dilemmi etici.

Introduzione

In questi ultimi decenni, si è assistito ad un enorme sviluppo dell'apparato biotecnologico a disposizione degli operatori sanitari per fronteggiare situazioni di patologia sempre più complesse (polipatologie) richiedenti un approccio specialistico spesso di rilevante impegno e complessità, in età tendenzialmente sempre più avanzate. I nuovi, più efficaci, e spesso più invasivi, percorsi diagnostico-terapeutici pongono alla pubblica attenzione l'urgenza di affrontare le nuove questioni morali, etiche, deontologiche che derivano da un impiego allargato e a volte apparentemente indiscriminato di tali tecnologie, a discapito parrebbe, del rispetto della volontà delle persone e dell'esercizio del loro libero arbitrio.

La modificazione dell'approccio clinico-assistenziale con un più ampio ricorso alla strumentazione ha comportato certamente una più rapida e accurata definizione del giudizio diagnostico, l'identificazione di riscontri oggettivi certi di malattia; ciò costituisce evidentemente, un elemento di grande progresso che migliora notevolmente le possibilità di applicazione d'interventi risolutivi in fasi precoci di malattia. Oggi siamo in grado di applicare percorsi terapeutici chirurgici e medici estremamente avanzati che consentono il raggiungimento di risultati impensabili solo qualche decennio fa. Ciò ha comportato lo sviluppo d'una chirurgia di alta specializzazione e parallelamente quello delle Unità cure intensive, il cui ricorso si è dimostrato fondamentale nei post-operatori ad elevato impegno assistenziale che consentono di recuperare le persone alle autonomie dei loro processi fisiologici; recuperarle potendo gestire le fasi con la tranquillità di setting assistenziali preparati, attrezzati, pronti a corrispondere a qualunque tipo di eventuale complicanze o esigenza dell'assistito. I nuovi scenari delle Terapie Intensive hanno restituito molte persone alla vita quando ne erano state «quasi private». Da ciò la distorsione del messaggio sociale: rianimazione quasi come miracolo, rianimazione quasi come resurrezione. Si tratta d'una distorsione della proiezione sociale che condiziona anche i sanitari, determinando il falso mito dell'onnipotenza in nome della quale tutto diviene possibile e la valenza sociale ed umana delle relazioni d'aiuto perdono di significato; la grande suggestione del salvatore da cui il riconoscimento prestigioso della popolazione che gravita nel microcosmo sanità, alla certamente meno accattivante disponibilità all'aiuto, l'essere presente e partecipe alla vicenda umana delle persone, senza clamore, senza alcun riconoscimento, senza alcun apparente vantaggio. Ovviamente le dinamiche sono molte articolate e tentativi d'interpretazione possono essere solo parziali: immagini sfocate di un contesto del quale s'intravedono solo dei particolari.

L'azzardo in sanità

Nel raggiungere nuovi risultati diagnostici-terapeutici, spesso tentando e sperimentando, gli infermieri erano accanto ai medici che provavano, e ai malati che erano sottoposti a tentativi fruttuosi, squilibrati tra beneficio e sacrificio, o talvolta futili, solo utili alla casistica.

Spesso si raggiungono nuovi risultati percorrendo o tentando strade nuove per trattamenti farmacologici o di biotecnologie. L'applicazione di nuove strategie può rappresentare un azzardo non sempre evitabile.

Definiamo il concetto di «azzardo» innanzitutto nella lingua italiana:

*Dal nuovo Zingarelli, **azzardo** è: complesso di circostanze causali che implica, fra gli esiti possibili, rischi, pericoli e similari.*

Come coniugare il termine azzardo nel contesto sanitario? Azzardo è la condizione di relativa incertezza dei risultati in applicazione a determinati processi terapeutici e biotecnologici. Per estensione del termine, azzardo è anche l'assunzione d'un comportamento diverso da quello atteso, le cui ricadute non sono del tutto prevedibili.

Il concetto di azzardo in sanità è strettamente correlato a quelli di: responsabilità, opportunità, liceità, appropriatezza, eticità, deontologia.

La spinta tecnologica presente negli scenari d'intervento d'area critica, dispone gli operatori ad impieghi non sempre convenzionali di tecnologie e trattamenti allo scopo di ottenere benefici prevedibili seppure non verificati in condizioni cliniche analoghe.

Azzardo anche nell'accezione di sospensione delle cure, riduzione dell'impegno terapeutico. Azzardo nell'ipotesi di applicare orientamenti diversi o contrari a quelli desiderati dalle famiglie.

La medicina spesso tenta di ottenere nuovi risultati; il fenomeno dell'azzardo o del rischio diventa quindi reale e costante soprattutto in area critica, dove tentare il «tutto per tutto» è più accettato che da altre parti.

È importante considerare l'attualità del grado di coinvolgimento degli infermieri nelle decisioni anche «sproporzionate» o apparentemente tali in quanto portatori di valori umanitaristici e solidaristici il cui peso deve diventare più rilevante ed incidente nel processo di recupero della componente etica e deontologica dell'agire professionale.

Gli «Azzardi» hanno portato indubbiamente ad evoluzioni nel trattamento o nella ricerca di guarigione, ma ora la sensibilità dei cittadini e degli operatori sanitari, chiede che siano perlomeno condivisi dai proponenti e da coloro che il rischio lo corrono in prima persona. Il rispetto e l'autonomia delle persone sono imprescindibili, ribaditi, confermati e normati dai molti strumenti attuali di regolamentazione del vivere sociale, quali: codici deontologici, la legislazione, l'etica, la giustizia sociale, la valorizzazione delle biografie e dei percorsi storici delle persone e delle famiglie.

Ciononostante può anche accadere che in assenza della volontà dichiarata del paziente, sia necessario assumere decisioni in sua vece, contro il parere dei familiari. In questa condizione risiede l'esercizio d'una grave responsabilità che la normativa attribuisce al curante. Occorre un modello nel quale ci si possa organizzare tra scienza e umanità, tra tecnologia e relazione, autonomia della persona e accompagnamento nelle decisioni nel rispetto delle volontà e nell'interesse unico della persona assistita. Dobbiamo mediare il conflitto tra l'ignoto (l'azzardo) e il noto che può definire il limite.

Ciò comporta anche l'esigenza di riconsiderare quello che definiamo «competenza»: sicuramente gli infermieri hanno acquisito inequivocabili competenze tecniche, diagnostiche, terapeutiche, organizzative in rapporto all'evoluzione scientifica, ora probabilmente occorre spostare l'attenzione a nuove competenze per poter contribuire attivamente all'assunzione di decisioni sui temi critici per tutti gli operatori della salute.

Abbiamo una nuova responsabilità di «conoscenza» che ci porta verso la declinazione di domande forti, nei confronti del quale non abbiamo pretesa di risposta, ma di sano e ragionevole dubbio per la ricerca di una consapevolezza personale e professionale.

L'esserci in una forma nuova nella quale l'azzardo è rappresentato paradossalmente dall'esercizio proprio d'una professione che individua storicamente nella relazione, la sua principale modalità d'espressione.

Dilemmi e quesiti aperti:

- L'azzardo dell'applicazione all'uomo di tecniche o tecnologie per perseguire la continuazione della vita quali canoni etici deve seguire?

- È sempre tutto lecito?

- Siamo solo dei prestatori d'opera - come un ingegnere o un idraulico - che offrono sul mercato la propria competenza e che, in base alle richieste, devono adattarla alla situazione sociale-organizzativa senza giudicare o indirizzare in alcun modo la domanda che proviene dal paziente o dall'organizzazione?

- La tecnica apre possibilità, prima impensabili o impraticabili; possono essere considerati diritti da applicare a tutti indistintamente (trapianti anche in condizioni estreme, accoglimento in TI per terapia futile, trattamenti aggressivi in condizioni che la letteratura scientifica riporta come non soggette a beneficio?

- Quanto e come la competenza nell'assistere deve «contare» nelle decisioni di adottare o meno tecniche, tecnologie o processi operativi?

- Cosa pensano e come esprimono il loro pensiero gli infermieri sui fondamentali temi etici come l'accanimento terapeutico, il consenso veramente informato, ecc...?

- Quali sono le ragioni a supporto di una nuova autorevolezza dei bisogni assistenziali rispetto ai bisogni di diagnosi e cura, in un mondo come quello che oggi si evidenzia?

- Teniamo conto di quei «parametri soft» collegati al concetto di «persona» (storia personale, desideri, aspettative, stili di vita, vissuto del sé, vicinanza di persone di riferimento,) quando ci si confronta con problemi e situazioni cruciali per la vita dei singoli che sono «unici ed irripetibili». Parametri soft, di cui, in area critica, sono esperti soprattutto gli infermieri.

A fronte di una maggiore informazione dei cittadini rispetto alle nuove potenzialità del sistema di diagnosi e di cura, e quindi, al potenziamento delle aspettative sulla possibilità di protrarre la vita, potendo superare con i nuovi strumenti molte condizioni che la minacciano, vi è anche un accrescimento della cultura della qualità della vita che in qualche modo limita e contiene l'onnipotenza del mezzo terapeutico. In definitiva, si vorrebbe protrarre la vita con tutti i mezzi possibili, preferibilmente in ambiente ospedaliero (incapacità delle famiglie di sostenere il carico affettivo-emozionale e pratico, del prendersi cura), ma a questa istanza si comincia a contrapporre la questione del limite: non più vita a tutti i costi, ma vita purché degna, purché accettabile.

Il concetto di qualità della vita è strettamente correlato alla qualità delle cure (intese in senso ampio), non è importante solo l'efficacia del mezzo terapeutico ma anche la modalità assistenziale attraverso il quale viene applicato. Non conta soltanto il poter continuare a vivere a tutti i costi, ma anche la capacità di essere presente a se stessi e ai processi decisionali che riguardano le scelte terapeutiche da compiere.

Nelle condizioni poi, in cui la persona ha perso la capacità di decidere per sé, subentra in maniera più o meno giustificata dalla normativa, la famiglia, le

persone di riferimento, tutto ciò che rappresenta ancora la persona anche in temporanea assenza di coscienza.

La fragilità delle famiglie, le incrementate esigenze informative, la maggior consapevolezza dei cittadini circa i loro diritti, la necessità di sostegno nell'esercizio delle autonomie, la richiesta di rispetto delle volontà e delle dignità, l'applicazione di percorsi assistenziali a misura di persona, la necessità di partecipazione attiva ai percorsi clinico-assistenziali, tutto ciò costituisce materia d'impegno specifica per gli infermieri, i quali, per connotazione disciplinare hanno l'obbligo d'intervenire su questi temi con la competenza e l'assunzione di responsabilità che essi richiedono.

Le sfide

– Passare dal concetto di sanità a quello di salute. Sanità come «riparare ciò che non funziona». La salute, invece, come «stato di benessere fisico, psichico e sociale» secondo la definizione OMS;

– tener conto che la sfera psichica e quella sociale sono elementi altrettanto importanti che quella fisica e non possono essere relegati al margine dando un taglio iperspecialistico allo stato di malattia;

– non si può non tener conto della totalità della persona, anche perché questo rende più efficace qualunque tipo di trattamento terapeutico e di cura assistenziale.

Dobbiamo accettare la sfida dell'attrezzarsi (per tutti gli operatori) in termini culturali e filosofici per accompagnare il malato ad una consapevolezza piena rispetto ai percorsi dei trattamenti possibili o proposti che sono talvolta eccessivi.

La sfida per la professione è anche rappresentata dalla capacità di sviluppare percorsi di ricerca e di riflessione esperienziale dai quali far derivare elementi di contributo alla risoluzione degli attuali dilemmi etici, di acquisizione di conoscenza e consapevolezza delle dinamiche interagenti, politiche, sociali, interpersonali.

La nostra società è caratterizzata dall'enorme influenza dell'informazione, spesso non priva d'un certo gradiente di distorsione. La sfida che gli operatori sanitari devono imparare ad affrontare, consiste anche nella capacità di correggere gli elementi distorsivi dell'informazione, per favorire da parte del malato, una realistica consapevolezza della propria condizione e delle possibilità di trattamento. Si deve trovare l'equilibrio tra ciò che è opportuno perseguire sul piano terapeutico, rispetto a quanto la persona può sostenere ed affrontare, anche imparando a tollerare le decisioni consapevoli «rinunciatarie» assunte con la forza e la motivazione di una coscienza salda e coerente. La gestione di questo limite è grave, importante, impegnativa, e richiede una grande maturità per chi ne è coinvolto.

La sfida per il futuro è anche rappresentata dalla non più derogabile necessità di affrontare le dinamiche relazionali con le famiglie, sviluppandola su di

un terreno di conoscenza e competenza pur nella necessaria dimensione comunicativa, empatica. La sfida di oggi, e probabilmente di domani, sta nel necessario riequilibrio degli obiettivi, in modo che non sia più il malato ad essere inserito in un sistema che preesisteva e che ha le sue rigide regole da rispettare, al quale lui e la sua famiglia si devono conformare, ma diviene il sistema, l'organizzazione, a strutturarsi in maniera dinamica sulla base delle esigenze delle persone assistite. Riallineare gli obiettivi significherebbe ricondurre al centro dei processi la persona, la sua volontà, le sue esigenze.

La tecnologia non può essere considerata il motivo conduttore, il contenuto dell'intervento globale alla cura, ma solo uno strumento, importante per aiutare la persona nell'ottica di attenuazione/risoluzione delle sue sofferenze, altrimenti è priva di scopo. Le tecnologie applicate agli interventi a distanza, sono uno strumento in più che consentono all'operatore di seguire meglio la persona, ma non suppliscono all'indispensabile necessità di relazione, la cui rilevanza non è sminuita ma al contrario ne risulta potenziata reperendo nella tecnologia uno strumento in più di dialogo.

Una sfida per il futuro sarà anche quella di integrare le componenti tecniche a quelle relazionali specie in area critica dove la spinta al tecnicismo è forte ed anche in qualche modo facile. Gli infermieri dovranno riappropriarsi del loro ruolo nell'originalità d'impostazione tipica dello specifico corpus disciplinare.

Un'ulteriore sfida è rappresentata dalla necessità di uscire idealmente dai rassicuranti contesti strutturati ai quali gli infermieri di area critica sono abituati, per collocarsi con la loro esperienza e il loro background culturale, nella società per contribuire attivamente al rafforzamento dei valori della solidarietà in quanto elemento in grado di migliorare il servizio alla salute.

La cultura alla solidarietà deve puntare al respingimento delle intolleranze pregiudiziali, sia nelle forme oppostive a determinati stili di vita, abusi, eccessi, dipendenze o anche nel rapporto con l'Altro vissuto come Diverso. Ciò implica un processo di sviluppo della professione inserita saldamente nella società che cambia, aperta alle suggestioni delle diverse culture, incline a proporsi al cittadino come elemento di sostegno a difesa della salute fuori dagli schemi miopi del pregiudizio.

Conclusioni

Dobbiamo sempre considerare che all'aumento del nostro potere di intervento sui processi naturali corrisponde un incremento delle responsabilità, delle nostre responsabilità, per quello che facciamo.

Non si chiede certo di limitare il progresso, l'evoluzione, sarebbe una decisione anacronistica e fondamentalmente sbagliata: sono le applicazioni che vanno controllate e regolate, non le scoperte. Allora il problema è quello di cercare di immaginare che cosa succede alle persone che sono coinvolte, alla società nel suo complesso e di orientare le nostre scelte politiche, professionali ed etiche per cercare di porre dei vincoli ragionevoli, che rispettino la dignità della persona e della società civile.

Bibliografia

- A cura di G. BERTOLINI, *Scelte sulla vita, l'esperienza di cura nei reparti di Terapia Intensiva*, Guerini studio 2007.
- I. MARINO, *Nelle tue mani, medicina, fede, etica e diritti*, EINAUDI 2009.
- N. ZAMPERETTI, R. BELLOMO, M. DAN, C. RONCO, *Ethical, political, and social aspects of high-technology medicine: Eos and Care*, Intensive Care Medicine 10.1007/s00134-006-0155-0.
- N. MARINELLI, *Le competenze infermieristiche; risorse, analisi e sviluppo 2009*, 10(2):20-25.
- A.V., *Articoli su tematiche di etica quotidiani e approfondimenti Corriere delle sera, Repubblica, Libero, Avvenire*, settembre/ottobre 2009.

SESSIONE CURE INTENSIVE

Moderatori: ILARIA COSSU - GIANDOMENICO GIUSTI

VERSO LA RIANIMAZIONE APERTA SIAMO PRONTI AL «SALTO»?

Reazioni degli operatori di fronte ad un programma di apertura dell'unità operativa

F. CAPITANI ⁽¹⁾, C. ALESSI ⁽¹⁾, E. CIAMPANI ⁽¹⁾, P. CINGOTTINI ⁽¹⁾, A. MANELLI ⁽¹⁾, M. ROSATI ⁽¹⁾, B. ALMI ⁽¹⁾, S. CIAMPOLI ⁽¹⁾, R. DEL BRAVO ⁽²⁾, M. FERRETTI ⁽³⁾, R. PERNIA ⁽³⁾, E. EGIZIANO ⁽³⁾, M. BUONCOMPAGNI ⁽⁴⁾.

⁽¹⁾ UOC Terapia Intensiva Post Operatoria, AOUS Siena.

⁽²⁾ UO Soddisfazione dell'Utenza e Sociologia Sanitaria, AOUS Siena.

⁽³⁾ UO Psicologia Clinica Iason, AOUS Siena.

⁽⁴⁾ UO Anestesia e Rianimazione, Ospedale S. Maria alla Gruccia, Montevarchi (AR).

Abstract

francescocapitani@alice.it

Presentazione dei risultati di uno studio sulla percezione della rianimazione aperta da parte degli operatori sanitari (43 intervistati tra medici, infermieri ed OSS), da parte dei familiari dei degenti (35 intervistati) e da parte dei degenti (31 intervistati tra *ex* degenti). Confronto con i dati raccolti tra gli operatori di altre terapie intensive: Terapia intensiva di Arezzo (47 intervistati) e Terapia intensiva NCH di Siena (5 intervistati) non coinvolte nel progetto di rianimazione aperta. Per lo studio sono state impiegate risorse esterne al nostro reparto ovvero uno statistico ed un gruppo di psicologi per la creazione dei questionari e la loro somministrazione agli *ex* degenti. Dai risultati si evidenziano differenze sostanziali tra i favorevoli ed i parzialmente favorevoli nella rianimazione in cui è in atto un processo *in itinere* di rianimazione aperta (60,5%) mentre risultano meno favorevoli gli operatori dove questo processo non è in corso (37%). Si evidenzia quindi la necessità di «aprire» solo dopo un corretto processo formativo e di coinvolgimento degli operatori.

Introduzione

L'apertura della rianimazione ormai non ha controindicazioni né medicoscientifiche né di natura relazionale-organizzativa, quindi la sua apertura si rende necessaria laddove l'obiettivo dell'equipe dei sanitari sia soddisfare i bisogni relazionali del paziente.

Obiettivo

L'obiettivo della ricerca è rilevare il numero di operatori (medici, infermieri, OSS) favorevoli all'apertura e rilevare le potenzialità (vantaggi) e le criticità (svantaggi o fonti di stress) che essa comporta.

Metodi

Vengono intervistati tramite questionario gli attori interessati all'apertura della terapia intensiva (operatori sanitari, parenti ed amici, pazienti). Il periodo delle interviste dura 3 mesi, vengono esclusi dalla ricerca le degenze in terapia intensiva inferiori alle 24h ed i pazienti non in grado di compilare il questionario. I pazienti verranno intervistati dagli psicologi successivamente alla loro dimissione dal reparto di terapia intensiva. Vengono inoltre intervistati degli operatori appartenenti a terapie intensive dove non è stato ancora affrontato a nessun livello l'argomento rianimazione aperta.

Risultati

I vantaggi e gli svantaggi secondo gli operatori:

la media è ricavata su una scala proposta al compilatore che va da 1 a 10 dove 10 significa la massima importanza. Gli operatori intervistati sono 43 (medici, infermieri ed OSS) e fanno parte della Terapia Intensiva Post-Operatoria dell' Azienda Ospedaliera Universitaria Senese.

Vantaggi	Media	Svantaggi	Media
Soddisfa soprattutto le esigenze dei familiari	7,87	Complica l'organizzazione dell'attività assistenziale al paziente	6,52
Migliora il rapporto del personale sanitario con i parenti	6,35	Intralcio durante le manovre mini-invasive o di assistenza	7,30
Stimola una maggiore attenzione all'assistenza da parte del personale sanitario	4,52	Aumenta il rischio infettivo	4,67
Diminuisce lo stress per il paziente	6,90	Genera stress ulteriore per gli operatori	6,28
Aiuta il paziente nei processi di adattamento	7,92	Aumenta lo stress per il paziente	3,53
Aiuta il paziente a conservare i legami con i familiari	6,65	Determina la possibilità che accadano dei danni causati dall'inesperienza dei familiari	4,32
Aiuta la famiglia ad affrontare meglio l'evento della morte del paziente	6,65	Obbliga ad operare in presenza di persone che guardano, giudicano, interpretano e raccontano	6,00
Il familiare può essere di supporto nella gestione del paziente agitato	7,25	Determina la possibilità di richieste reiteranti di informazioni su parametri significativi	6,87
Aumenta la sicurezza e la tutela dei sanitari in quanto i familiari sono testimoni del loro operato	4,70	Aumenta il carico di lavoro derivato dalla gestione della componente emotiva dei familiari	6,90
		Riduce gli spazi privati per gli operatori	6,38
		Obbliga ad eseguire manovre di urgenza e contemporaneamente a gestire reazioni emotive di forte entità dei familiari	7,92
		Esiste una inadeguatezza dei locali a ricevere i familiari	8,68

I vantaggi e le fonti di stress secondo i familiari-amici:

I familiari e gli amici intervistati sono 35. Tutti hanno avuto un proprio caro ricoverato in terapia intensiva per un periodo superiore alle 24 ore.

Vantaggi	Media	Fonti di stress	Media
Soddisfa soprattutto le vostre esigenze	6,90	Assistere ad una manifestazione di disagio del suo parente (dolore, movimenti inspiegabili, ecc. ...).	6,60
Migliora il vostro rapporto con il personale sanitario	8,06	Non avere le conoscenze per comprendere gli interventi a cui è sottoposto il vostro familiare	6,33
Stimola ad una maggiore attenzione all'assistenza prestata al suo familiare	6,91	Trovarsi di fronte ad una tecnologia di cui non conosce il significato	5,90
Diminuisce lo stress per il paziente	7,87	Percepire il peggioramento (anche momentaneo) dello stato di salute del suo parente e vedere che la cosa viene ritenuta insignificante da parte degli operatori	6,85
Soddisfa soprattutto le esigenze del paziente	7,72	Essere presente a manovre assistenziali che provocano disagio e/o dolore al suo parente (mobilizzazione, bronco aspirazione, ecc. ...)	7,03
Aiuta il paziente a conservare i legami con i familiari	8,34	Ricevere risposte o spiegazioni parziali o non soddisfacenti dagli operatori sanitari perché impegnati nella routine assistenziale	7,53
Aiuta ad affrontare meglio l'evento della possibile morte del paziente	6,86	Violare la privacy del paziente	4,74
Aumenta la vostra sicurezza in quanto testimoni dell'operato dei sanitari	7,63		

I vantaggi e le fonti di stress secondo i pazienti:

I pazienti sono stati intervistati dal gruppo degli psicologi dopo la dimissione dalla terapia intensiva, sono stati esclusi quelli con degenza inferiore alle 24h e quelli non in grado di compilare il questionario. I pazienti intervistati sono stati 31.

Vantaggi	Media	Fonti di stress	Media
Soddisfa soprattutto le esigenze dei suoi familiari	6,63	Provare una sensazione di disagio di fronte ad un suo familiare (dolore, paura, ecc. ...).	5,95
Migliora il rapporto del personale sanitario con i suoi familiari	5,75	Difficoltà nel comunicare per lunghi periodi	5,05
Aiuta il suo orientamento rispetto al tempo ed allo spazio	5,70	Ricevere visite da persone a lei non gradite o comunque che vorrebbe vedere in un altro contesto	6,44
Stimola una maggiore attenzione all'assistenza che le viene prestata dagli operatori	5,10	Assistere a reazioni di forte entità da parte del suo familiare (paura, pianto, ecc. ...)	6,85
Diminuisce il suo stress	6,57	Essere sottoposto a manovre assistenziali che le provocano imbarazzo in presenza di un suo familiare (mobilitazione, igiene, bronco aspirazione, ecc.)	5,68
Soddisfa soprattutto i suoi bisogni	6,58	Percepire l'ansia di un suo familiare dovuta al suo stato di malattia	6,95
Aiuta a conservare i legami con i familiari	6,40	Vedere non rispettata la propria privacy	4,07
Aumenta la vostra sicurezza in quanto testimoni dell'operato dei sanitari	7,63		
Aiuta ad affrontare meglio i momenti critici	7,00		
Aumenta la sua sicurezza perché i familiari sono testimoni dell'operato dei sanitari	6,00		

Confronto tra operatori di diverse terapie intensive:

la tabella successiva mostra i diversi risultati ottenuti tra due terapie intensive alla somministrazione del medesimo test. La differenza sostanziale è che mentre nella TIPO (terapia intensiva post-operatoria) di Siena è in corso un processo formativo sulla rianimazione aperta gli operatori della Rianimazione di Montevarchi sono praticamente digiuni sull'argomento. Gli operatori intervistati a Siena sono 43 mentre quelli intervistati a Montevarchi sono 47. La domanda è: Cosa pensa delle esperienze di «rianimazione aperta» dove con tale termine è inteso un prolungamento dell'orario di visita?

	TIPO di Siena (%)	R. Montevarchi (%)
Del tutto favorevole	27,9	14,9
Abbastanza favorevole	32,6	21,3
In parte favorevole	20,9	12,8
Poco favorevole	18,6	29,8
Per niente favorevole		19,1

Conclusioni

Commentare i risultati sulle tabelle dei vantaggi, svantaggi e fonti di stress non è semplice ed ognuno può trarre le conclusioni che vuole. Mi viene solo da dire che la privacy, certamente molto importante anche ai fini etici e giuridici, è spesso usata come pretesto per far rimanere chiusa una rianimazione è molto meno sentita come problema sia dai parenti che dai pazienti stessi rispetto ad altre fonti di stress. Inoltre il confronto tra le due terapie intensive evidenzia differenze sostanziali tra i favorevoli ed i parzialmente favorevoli nella rianimazione in cui è in atto un processo *in itinere* di rianimazione aperta (60,5%) mentre risultano meno favorevoli gli operatori dove questo processo non è in corso (37%). Si evidenzia quindi la necessità di «aprire» solo dopo un corretto processo formativo e di coinvolgimento degli operatori. Per la cronaca la TIPO dal 4 novembre 2009 passa da 1 ora a 6 ore di apertura per le visite dei parenti a conclusione di un percorso formativo sugli aspetti relazionali durato quasi 2 anni. A febbraio presumibilmente la prima verifica tramite riunione del personale per vedere «come vanno o non vanno le cose» ... Grazie per l'attenzione!

TERAPIE INTENSIVE «APERTE»: LE RAGIONI DI UNA SVOLTA

A. GIANNINI

Terapia Intensiva Pediatrica Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena

Abstract

a.giannini@policlinico.mi.it

Con il termine di Terapia Intensiva (TI) «chiusa» ci si riferisce in genere ad un reparto con accesso limitato e che, pertanto, contiene o interdice la presenza – e talora anche la sola visita – dei familiari (e degli altri visitatori). Di fatto, però, questa chiusura non si esaurisce solo sul piano temporale, ma si esprime anche sul piano fisico e, soprattutto, su quello relazionale. Al *piano fisico* appartengono tutte le barriere che, con motivazioni diverse, vengono proposte o imposte al visitatore (assenza di contatto fisico col paziente, camicie, mascherina, guanti, ecc.). A quello *relazionale* appartengono invece tutte le espressioni, sia pure di diversa intensità, di una comunicazione frammentata, compressa o addirittura negata fra i tre elementi che costituiscono i vertici del particolare «triangolo relazionale» che si viene a costituire in TI: il paziente, l'équipe curante e la famiglia.

Per analogia, ma in modo quasi antitetico, la TI «aperta» può essere invece definita come la *struttura di cure intensive dove uno degli obiettivi dell'équipe è una razionale riduzione o abolizione di tutte le limitazioni non motivatamente necessarie poste a livello temporale, fisico e relazionale*.

Un recente studio ha posto in evidenza come in Italia la quasi totalità delle TI abbia politiche restrittive in tema di presenza di familiari e visitatori. In concreto, il tempo di visita a disposizione è molto limitato - in media un'ora al giorno - e vengono attuate restrizioni sia sul numero dei visitatori (92% delle TI) sia sul tipo di visitatori (il 17% dei reparti ammette solo familiari stretti, il 69% non permette che i bambini facciano visite). Parte delle TI, inoltre, non modifica le sue regole per l'accesso dei visitatori se il paziente ricoverato è un bambino (9%) né se il paziente sta morendo (21%). I reparti con elevato numero di ricoveri e quelli appartenenti alle regioni del Sud e delle Isole hanno orari di visita significativamente più bassi. Un quarto delle TI non ha una sala d'attesa per i familiari e, infine, il 95% di esse obbliga i visitatori a indossare indumenti protettivi.

La possibilità di stare accanto al proprio caro rappresenta uno dei cinque bisogni principali (insieme a informazione, rassicurazione, sostegno e confort) dei familiari di pazienti ricoverati in TI, ma medici e infermieri spesso

sottostimano questo aspetto. Il ricovero in TI e la separazione dal proprio mondo degli affetti rappresentano un motivo di grande sofferenza sia per il paziente sia per la famiglia, e numerosi dati suggeriscono che la liberalizzazione dell'accesso alla TI per familiari e visitatori non solo non è in alcun modo pericolosa per i pazienti ma è anzi benefica sia per loro sia per le famiglie. In particolare l'«apertura» della TI non causa un aumento delle infezioni nei pazienti, mentre si riducono in modo statisticamente significativo tanto le complicanze cardio-vascolari quanto gli indici di ansia e stress. Un ulteriore effetto positivo è rappresentato poi dalla netta riduzione dell'ansia nei familiari.

La presenza dei familiari di per sé non riduce il livello di assistenza al paziente, anche se può essere percepita dagli infermieri come un elemento di interferenza – e di sovraccarico – nella loro attività. In concreto non esiste alcuna solida base scientifica per limitare l'accesso dei visitatori in TI. L'«apertura» della TI e la presenza dei familiari accanto al malato rappresentano una scelta utile e motivata, una risposta efficace ai bisogni del malato e della sua famiglia.

Aprire le terapie intensive?

Per approfondire l'argomento invitiamo a leggere l'articolo pubblicato su: Janus 30, Estate 2008, Il futuro del presente, Trimestrale di medicina e cultura diretto da Sandro Spinsanti <http://www.mhjanus.it/JANUS>, n. 30-2008, pag. 13

E per saperne di più:

- D. M. BERWICK, M. KOTAGAL, *Restricted visiting hours in ICUs: time to change*. In: *Jama*, 2004.
- H. BURCHARDI, *Let's open the door!* In: *Intensive Care Medicine*, 2002.
- J.E. DAVIDSON et al, *Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005*. In: *Critical Care Medicine*, 2007.
- GIANNINI, *Open intensive care units: the case in favour*. In: *Minerva Anestesiologica*, 2007.
- GIANNINI et al, *Visiting policies in Italian intensive care units: a nationwide survey*. In: *Intensive Care Medicine*, 2008.
- E. LÉVINAS, *Etica e infinito*. Città Nuova Editrice, Roma, 1984.

AUMENTO DEL CONFORT DELLA PERSONA SOTTOPOSTA A CPAP CON SCAFANDRO: DISCONFORT DA RUMORE E INTERVENTI INFERMIERISTICI PER LA SUA RIDUZIONE

A. LUCCHINI, R. GARIBOLDI, S. ELLI, G. PELUCCHI, S. VIMERCATI, P. TUNDO

Terapia Intensiva Generale, A.O. S. Gerardo - Monza

Abstract

a.lucchini@hsgerardo.org

La persona sottoposta a CPAP deve ricevere un flusso continuo (> 30lt/min) all'interno dello scafandro per la rimozione della CO₂ espirata dal paziente. In molte condizioni (movimenti del paziente, scarsa tenuta dei collari degli scafandri) è necessario utilizzare flussi di gas superiori ai 50 lt/min per ottenere una corretta esecuzione della CPAP con mantenimento costante della PEEP impostata.

L'aumento del flusso genera turbolenza del flusso dei gas con aumento del rumore all'interno dello scafandro. L'aumento del rumore, riducendo il confort della persona, riduce il tempo di applicabilità del device.

Materiali e metodi: Abbiamo registrato il livello di rumore in decibel all'interno dello scafandro generato dai sistemi per erogazione dei gas medicali (flussimetri tradizionali, venturimetro, scatola rotametrica, mixer gas ventilatore Servo 900 C) a tre diversi flussi : 30-60-90 lt/min. Abbiamo poi registrato la riduzione del livello di rumore attuata con l'utilizzo di tubi lisci all'interno versus tubi spiralati, associata all'utilizzo sulla linea inspiratoria di filtri HME con funzione di marmitta. Il livello basale di rumore all'interno del casco, senza erogazione di gas, nella stanza di degenza utilizzata come base per il test è stato di 45 decibel.

La tabella sottostante illustra i livelli di decibel registrati nello studio alle diverse combinazioni.

Flusso 30 litri	tubo	tubo	spiralato	liscio
	spiralato	liscio	HME	HME
venturimetro	65	55	75	55
rotametro harol vecchio tipo	70	72	55	50
scatola rotametrica Flow meter	70	65	50	48

Flusso 60 litri	tubo	tubo	spiralato	liscio
	spiralato	liscio	HME	HME
venturimetro mixer servo 900 c (solo 60lt/min)	78 db	85	65	75
rotametro harol vecchio tipo	92 db	92	75	75
scatola rotametrica Flow meter	85 db	83	75	70
	80 db	80	55	50

Flusso 90 litri	tubo	tubo	spiralato	liscio
	spiralato	liscio	HME	HME
venturimetro	92	75	92	74
rotametro harol vecchio tipo	92	92	82	80
scatola rotametrica Flow meter	92	92	85	77

Conclusioni: Nella persona sottoposta a CPAP ad alti flussi, il rumore a cui è sottoposto il paziente può mediamente collocarsi tra 70 e 90 decibel. L'utilizzo di uno o più filtri HME in linea, l'adozione di scatole rotametriche disegnate appositamente e l'impiego di tubi a superficie liscia all'interno, permettono di ridurre drasticamente il livello di rumore (50-55 decibel) riducendo enormemente il disagio a cui è sottoposta la persona durante CPAP con scaphandro.

L'ADOZIONE DI UN PROGRAMMA EDUCATIVO CONTRIBUISCE A RIDURRE L'INCIDENZA DELLA POLMONITE ASSOCIATA AL VENTILAREO (PAV)

C. BOMIO, F. PESENTI, G. PENATI

Medicina Intensiva, Ospedale regionale Locarno - Svizzera

christianbomio@bluewin.ch

Introduzione: varie autorità in materia hanno definito l'incidenza della PAV come un indicatore di qualità di cura nell' UTI, in quanto induce un aumento della morbilità e della mortalità, nonché un'elevazione dei costi ospedalieri. (1). Diversi studi hanno dimostrato che misure preventive sono in grado di ridurre l'incidenza.

Obiettivo: determinare se un piano di formazione (infermieristico e medico) può ridurre il tasso crudo di incidenza della PAV nel tempo in un reparto multidisciplinare di UTI con 7 posti letto (2008: 609 pazienti ammessi; 2245 giorni di degenza; 1342 giorni di ventilazione).

Metodologia: un programma educativo orientato a infermieri e medici di UTI è stato sviluppato da un gruppo ad-hoc per evidenziare le pratiche evidence-based per la prevenzione della PAV. Dopo questa fase il tasso è stato monitorato a partire dall'aprile 2004 (pubblicazione ufficiale di un protocollo interno con direttiva di prevenzione medico infermieristica) a dicembre 2008. La PAV è stata definita secondo i criteri definiti nel 2005 dall' ATS (2). Il tasso d'incidenza per 1000 giorni al ventilatore (GV) sono stati calcolati prima e dopo l'implementazione del protocollo per tutti i pazienti ventilati per più di 48 ore.

Risultati: Il tasso di incidenza era di 15 episodi /1000 GV nel periodo di preintervento. A seguito dell'implementazione, il tasso di incidenza si riduce a 4 episodi per 1000 GV dopo 2 anni ($p = 0,04$), corrispondenti a una riduzione relativa del tasso del 73%.

Conclusioni: Un intervento mirato di educazione-implementazione può fare diminuire l'incidenza di questa infezione nosocomiale. Tuttavia, se si considera la non-specificità diagnostica della PAV e la presenza di possibili fattori di influenza nel programma di sorveglianza, questo risultato positivo va interpretato con prudenza in termini di indicatore di qualità di cura al paziente intubato.

Heyland DK et al Am J Respir Crit Care Med. 1999;159:1249-56.

ATS Statement Am J Respir Crit Care Med. 2005;171:388-416.

LA VENTILAZIONE NON INVASIVA NEI REPARTI NON INTENSIVI: UN PROGETTO CONDIVISO MEDICO E INFERMIERISTICO

D. LASTRUCCI, C. COLAGIOVANNI, L. CORADESCHI, A. LEONE, M. MUZZI, A. PAGLIALUNGA

Rianimazione Generale, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese

Abstract

dlastru@interfree.it

Premesse: La ventilazione non invasiva è ormai riconosciuta come il primo trattamento delle insufficienze respiratorie acute a varia eziologia¹ come alternativa o prevenzione dell'intubazione oro-tracheale. L'uso della NIV ha aperto nuove opportunità per il trattamento dei pazienti con insufficienza respiratoria acuta (IRA) anche fuori dalla terapia intensiva (TI)². Ciò si traduce in termini di miglior comfort per il paziente, riduzione di pressione per l'occupazione dei posti letto in Terapia Intensiva (TI) e riduzione dei costi³.

Scopo: Utilizzare la ventilazione non invasiva nei reparti non intensivi con la collaborazione di un Team Intensivistico (TIN).

Materiali e metodi: Il progetto è iniziato con la formazione di personale medico e infermieristico dei reparti di degenza ordinaria inerente la ventilazione non invasiva (NIV). In successione abbiamo istituito un TIN associandovi anche altre funzioni e disponibile h24. Per tutta la durata dei trattamenti il TIN e il personale di reparto si sono integrati nella gestione del paziente monitorandolo riportando i dati in un apposita scheda.

Per la gestione dell'IRA è stato creato un protocollo multidisciplinare concordato tra il TIN e i reparti.

Risultati: Abbiamo trattato nel periodo dall'1/05/2005 al 31/05/2008 279 pazienti. (107 prima dell'istituzione del TIN e 172 dopo). Il TIN ha favorito un riconoscimento precoce delle IRA (pH $7,23 \pm 0,12$ vs $7,29 \pm 0,13$ del periodo precedente). Con l'attivazione del TIN abbiamo ottenuto una riduzione di circa il 50% di ricoveri per IRA in rianimazione. Per la gestione di ogni trattamento NIV sono stati necessari da 1 a 13 consulenze da parte del TIN con una mediana di 4 consulenze.

Conclusioni: L'uso della NIV nei reparti dopo adeguata formazione e con il controllo di un TIN si è dimostrato non solo possibile, ma sembra abbattere notevolmente i ricoveri per IRA in TI.

1. ANTONELLI M. et al., *A multiple-center survey on the use in clinical practice of non-invasive ventilation as a first-line intervention for acute respiratory distress syndrome*, Crit Care Med 2007; 35(1):18-25.
2. FARHA S. et al., *Use of non invasive positive-pressure ventilation on the regular hospital ward: experience and correlates of success*. Respiratory Care 2006; 11(51):1237-43.
3. NAVA S. et al., *Human and financial costs of non-invasive ventilation in patients affected by COPD and acute respiratory failure*. Chest 1997; 111: 1631-38.

MODELLO DI RISCHIO PROPORZIONALE DI COX PER PREDIRE IL DELIRIUM IN UNA TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE

F. PRAGA, A. CORONA, R. COLOMBO, C. MINARI, L. SONETTI

Anestesia e Rianimazione, Azienda Ospedaliera Luigi Sacco - Polo Universitario

Abstract

francesca.praga@live.it

Premesse: Il delirium nel paziente critico è un disordine acuto reversibile dell'attenzione e dell'apprendimento associato ad elevata mortalità e patogenesi multifattoriale.

Scopi L'obiettivo primario dello studio è stato stabilire i predittori del delirio

Materiali e Metodi: Tutti i pazienti ricoverati presso la nostra TI durante il periodo dello studio sono stati reclutati per uno studio prospettico osservazionale suddiviso in 2 fasi, la prima (Gennaio-Giugno) osservazionale e la seconda (Luglio-Dicembre) interventiva. Durante la II° fase dello studio è stato condotto il ri-orientamento del paziente su base farmacologica e comportamentale. Il delirio è stato valutato tramite la scala CAM-ICU.

Risultati: 170 pazienti sono stati ammessi durante la prima fase dello studio, mentre 144 nella seconda, ma in solo 50 (34.7%) casi è stato applicato il protocollo di ri-orientamento del paziente. L'occorrenza totale del delirio è stata pari al 25.5%. La popolazione in studio è stata quindi suddivisa in due gruppi: A (non-ri-orientati: 264 pazienti) e B (orientati: 50 pazienti), le cui caratteristiche principali sono mostrate nella seguente tabella.

Variabile	Gruppo A	Gruppo B	p value
Età	69 (56-78)	73 (57-77)	0.981
Maschi Femmine	1.2 : 1	2.125 : 1	0.085
Durata degenza in ICU	5 (3-7)	5 (3-8)	0.941
Durata degenza in H	24 (11-42)	15 (2-58)	0.793
1 st 24 hrs. SAPS II	32 (22-44)	32 (21-46)	0.967
Outcome in ICU	11.4%	8%	0.554
Outcome in H	26.5%	13.8%	0.020
Giorno di insorgenza Delirium	2 (1-4)	2 (1-4)	0.470
Durata del Delirium	2 (1-4)	2 (1-4)	0.181

Un Modello di rischio proporzionale di Cox ha identificato come predittori di delirium: età [HR: 1.1 (95% CI: 1.05 - 1.2), $p=0.002$], infusione media di midazolam [HR: 1.2 (95% CI: 1.1 - 1.3), $p=0.006$] e ri-orientamento del paziente [HR: 0.5 (95% CI: 0.3 - 0.9), $p=0.034$].

Conclusioni. Questo audit ci ha consentito di evidenziare i predittori del delirio di modo da identificare a priori i pazienti più suscettibili allo stesso.

AREND E, CHRISTENSEN M. *Delirium in the intensive care unit: a review.* Nurs Crit Care. 2009 May-Jun;14(3):145-54.

Introduzione

La crescente consapevolezza e il monitoraggio del delirium, uniti ad una più opportuna somministrazione di farmaci psicoattivi, inclusi analgesici e sedativi, può portare ad una migliore cura dei malati critici e ad una loro dimissione più celere.

Nella fase di riconoscimento precoce e di trattamento non farmacologico il ruolo dell'infermiere è fondamentale, è questa, infatti, la figura che rimane più a lungo a contatto con il malato, che può notarne i cambiamenti e che può attuare tutti quei comportamenti atti a contenere o a evitare che si manifesti il delirium.

Secondo il DSM IV, la caratteristica essenziale del delirium è l'alterazione di coscienza accompagnata da una modificazione cognitiva che non può essere meglio giustificata da una demenza stabilizzata o in evoluzione. L'alterazione si sviluppa in un breve periodo di tempo, generalmente ore o giorni, e tende a fluttuare durante il corso del giorno.

L'alterazione di coscienza si manifesta con una riduzione della lucidità della percezione dell'ambiente, mentre la capacità di focalizzare, mantenere, o spostare l'attenzione è compromessa. Le domande devono essere ripetute perché l'attenzione del soggetto è labile, oppure il soggetto può perseverare nella risposta a una domanda precedente invece di spostare adeguatamente l'attenzione sulla domanda in questione. La persona viene facilmente distratta da stimoli irrilevanti.

A questa sintomatologia si accompagna una modificazione cognitiva che può comprendere: deficit della memoria precipuamente di fissazione, disorientamento o alterazioni del linguaggio, oppure lo sviluppo di alterazioni percettive.

Il disorientamento è generalmente manifestato dal fatto che il soggetto non è orientato nel tempo oppure nello spazio. Nel delirium lieve, il disorientamento nel tempo può essere il primo sintomo a comparire.

Le alterazioni percettive possono includere false interpretazioni, illusioni o allucinazioni. Benché le false percezioni sensoriali siano più comunemente visive, esse possono verificarsi anche con altre modalità sensoriali: uditive, tattili, gustative ed olfattive.

Il delirium è spesso associato a un'alterazione del ciclo sonno-veglia. Quest'alterazione può comportare sonnolenza diurna o agitazione notturna e difficoltà di addormentamento o eccessiva sonnolenza durante il giorno o veglia durante la notte.

La manifestazione epifenomenica del delirium è caratterizzata da più sfaccettature cliniche. Il delirium è frequentemente accompagnato da un'attività psicomotoria alterata. Molti soggetti con delirium sono irrequieti o iperattivi. L'aumento dell'attività psicomotoria può manifestarsi con tentativi di afferrare la coperta o di strappare le lenzuola, oppure di scendere dal letto in modo rischioso o in momenti non opportuni, e con repentini cambi di posizione. D'altra parte, il soggetto può mostrare una diminuzione dell'attività psicomotoria, con rallentamento e letargia, che si avvicinano allo stupor.

La prevalenza del delirium riportata in numerosi studi effettuati su pazienti sia medici che chirurgici ricoverati in Terapia Intensiva varia dal 20% all'80%; tale variabilità sembra dipendere dalla severità della malattia e dalla metodologia diagnostica utilizzata. Malgrado l'alto tasso di prevalenza, il delirium viene spesso non riconosciuto nella clinica quotidiana o i suoi sintomi vengono erroneamente attribuiti a demenza, depressione o sindrome da Terapia Intensiva.

Esistono fattori fisici e strutturali che possono indurre e/o aumentare le disfunzioni cerebrali, proprie del delirium, quali: il dolore, l'immobilità a letto, l'impossibilità di comunicare a causa di presidi (come tubi naso endo-tracheali), l'astinenza da farmaci (come sedativi e antidolorifici), la deprivazione del sonno causata dai ritmi di lavoro, dalle luci, che spesso restano accese per molte ore anche di notte e dai rumori/allarmi di monitor e ventilatori automatici.

La prognosi del paziente con delirium è associata ad una maggiore mortalità (25-33%) e determina un aumento della durata della degenza (+7/8 giorni), una intensificazione dell'assistenza infermieristica, maggiore istituzionalizzazione e maggiori costi sanitari, oltre a portare una riduzione delle abilità funzionali del paziente.

L'idea di misurare la presenza del delirium nella nostra Terapia Intensiva nasce in un primo momento dalla semplice osservazione del fenomeno, seguita da un approfondimento teorico e quindi dalla volontà di misurare in modo quantitativo l'effettiva presenza di questo fenomeno per poter poi apportare delle modifiche di tipo qualitativo al nostro lavoro quotidiano.

L'obiettivo di questo studio è stato quindi stabilire i predittori del delirium nei pazienti ricoverati nella nostra Terapia Intensiva (TI) dal Gennaio 2008 al Dicembre 2008.

Metodi

L'Azienda Ospedaliera Luigi Sacco è un ospedale universitario di riferimento di terzo livello con una terapia intensiva polivalente dotata di 6 posti letto. Sono stati ammessi allo studio tutti i pazienti con età maggiore di 18 anni ricoverati per almeno 48 ore durante il periodo di tempo decorrente dal gennaio 2008 al dicembre 2008.

Lo studio condotto è stato suddiviso in due fasi: a) la prima osservazionale b) la seconda interventzionale.

Per ciascun paziente, in tutte e due le fasi dello studio, sono stati raccolti in un apposito archivio elettronico:

i) dati demografici (età, sesso) e score di gravità (SAPS II delle prime 24 ore, GCS all'ingresso);

ii) fattori di rischio e co-morbidità (IDDM, immunosoppressione etc.)

iii) insufficienze d'organo (renale, epatica, respiratoria etc.) e quadri di shock (ipovolemico, settico, cardiogeno etc.) presenti all'ingresso od occorsi durante la degenza;

iv) durata della degenza ed outcome in terapia intensiva ed ospedale;

v) tipo e durata della sedazione;

vi) presenza di delirium.

Seguendo il metodo universalmente accettato del *case-finding* abbiamo monitorato ogni paziente due volte (alle ore 10 e alle ore 22) al giorno, allo scopo di evidenziare l'insorgenza o meno di delirium, mediante l'utilizzo della scala di valutazione del delirium CAM-ICU. È stato inoltre valutato il dolore riferito dal malato attraverso l'uso della NRS (Numerical Rating Scale).

Durante la seconda fase dello studio è stato condotto il ri-orientamento del paziente sia su base farmacologica (finestre di sedazione quotidiane associate a boli o ad infusione continua di aloperidolo) sia comportamentale.

Per la fase comportamentale sono stati attuati i seguenti interventi:

1. ripetere continuamente al paziente dove si trova,
2. prevedere attività di stimolazione cognitiva per il paziente più volte al giorno,
3. un protocollo di trattamento del sonno non farmacologico,
4. attività di mobilitazione precoce,
5. esercizi motori,
6. rimozione precoce di cateteri o contenzioni fisiche,
7. correzione dei deficit sensoriali con occhiali e protesi acustiche appropriati.
8. fornire adeguata idratazione e regolare apporto nutritivo, anche per via parenterale;
9. uso di un protocollo di trattamento del dolore,
10. minimizzazione dei suoni e degli stimoli rumorosi,
11. prevedere la possibilità per il malato di utilizzare radio o televisore,
12. favorire le relazioni sociali del paziente con familiari e amici, che vanno costantemente informati sul motivo dell'agitazione, sulle condizioni cliniche del paziente e sulle caratteristiche degli accertamenti a cui è sottoposto.

Risultati

Durante il periodo dello studio sono stati ammessi in TI un totale di 314 pazienti di cui 58,3% di sesso maschile, di età mediana (IQR) 69.8 (56.3-78.4) anni, degenza mediana IQR rispettivamente in TI 5 (3-8) ed in ospedale 23.5 (11.5-42.25) giorni e presentanti una occorrenza totale di delirium pari al 25.5%.

Il 54,8% dei pazienti è risultato di tipo chirurgico, il 40,8% di tipo medico mentre solo il 4,5% era rappresentato da poli-traumi. La mortalità cruda della popolazione totale è risultata pari all'11.2 % in TI e del 18.5% in ospedale.

La popolazione in studio è stata quindi suddivisa in due gruppi: A (non-ri-orientati: 264 pazienti) e B (orientati: 50 pazienti), le cui caratteristiche principali sono mostrate nella seguente tabella (1). Le variabili quantitative sono presentate come valori mediani (IQR).

Durante la prima fase dello studio sono stati ammessi 170 pazienti, mentre 144 nella seconda, ma in solo 50 (34.7%) casi è stato applicato il protocollo di ri-orientamento del paziente. L'occorrenza totale del delirio è stata pari al 25.5%.

Un Modello di rischio proporzionale di Cox ha identificato come predittori prognostici negativi di delirium: sia l'età [HR: 1.1 (95% CI: 1.05 - 1.2), $p=0.002$], sia l'infusione media giornaliera di midazolam [HR: 1.2 (95% CI: 1.1 - 1.3), $p=0.006$] e come predittore prognostico positivo (variabile protettrice) il ri-orientamento del paziente [HR: 0.5 (95% CI: 0.3 - 0.9), $p=0.034$].

Conclusioni

Questa audit ci ha consentito di evidenziare i predittori del delirium di modo da identificare a priori i pazienti più suscettibili allo stesso.

Abbiamo quindi potuto verificare che il delirium è correlato all'età del paziente, alla durata della sedazione, alla gravità della malattia critica ed il suo rischio cumulativo risulta crescere con la durata della degenza in TI.

Tabella 1: *Analisi Univariata*

Variabile	Gruppo A	Gruppo B	p value
Età	69 (56-78)	73 (57-77)	0.981
Maschi : Femmine	1.2 : 1	2.125 : 1	0.085
Durata degenza in ICU	5 (3-7)	5 (3-8)	0.941
Durata degenza in H	24 (11-42)	15 (2-58)	0.793
1 st 24 hrs. SAPS II	32 (22-44)	32 (21-46)	0.967
Outcome in ICU	11.4%	8%	0.554
Outcome in H	26.5%	13.8%	0.020
Giorno di insorgenza Delirium	2 (1-4)	2 (1-4)	0.470
Durata del Delirium	2 (1-4)	2 (1-4)	0.181

Bibliografia

1. America Psychiatric Association. Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders. Edition, text revision. Washington, DC: America Psychiatric Association; 2000.
2. GIRARD T, PANDHARIPANDE P, ELY EW. *Delirium in the intensive care unit (review)*. *Critical care* 2008; 12(suppl 3): S3 (doi: 10.1186/cc6149)
3. ELY EW, SHINTANI A, TRUMAN B, SPEROFF T, GORDON SM, HARREL FE JR, INOUE SK, BERNARD GR, DITTS RS: *Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit*. *JAMA* 2004, 291: 1753-1762.
4. LIN, SM; LIU, CY; WANG, CH; LIN, HC; HUANG, CD; HUANG, PY; FANG, YF; SHIEH, MH; KUO, HP. *The impact of delirium on the survival of mechanically ventilated patients*. *Crit Care Med*. 2004; 32:2254-2259.
5. OUMET S, KAVANAGH BP, GOTTFRIED SB, SKROBIK Y: *Incidence, risk factor and consequences of ICU delirium*. *Intensive Care Med* 2007, 33: 66-73.
6. ELY EW, INOUE SK, BERNARD GR, GORDON S, FRANCIS J, MAY L et al. *Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU)*. *JAMA* 2001; 286:2703-2710.
7. ELY EW, MARGOLIN R, FRANCIS J, MAY L, TRUMAN B, DITTS R et al. *Evaluation of delirium in critically ill patients: validation of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU)*. *Crit Care Med* 2001; 29:1370-1379.
8. BERGERON N, DUBOIS MJ, DUMONT M, DIAL S, SKROBIK Y. *Intensive Care Delirium Screening Checklist: evaluation of a new screening tool*. *Intensive Care Med* 2001; 27:859-864.

SESSIONE ORGANIZZAZIONE

Moderatore: FABRIZIO MOGGIA

L'ACCESSO AI FARMACI ESSENZIALI NEI PAESI CON RISORSE LIMITATE: UN PROBLEMA ETICO

C. PERRIN, R. RAVINETTO

PharmD, Medici Senza Frontiere Italia

Abstract

raffaella.ravinetto@rome.msf.org

Medici Senza Frontiere (MSF) soccorre le popolazioni povere, vittime della guerra e di catastrofi di origine naturale o umana, senza discriminazioni, in spirito di neutralità, imparzialità, indipendenza. Nel 1999 ha creato la Campagna per l'Accesso ai Farmaci Essenziali (CAME).

Scopo di questa presentazione è illustrare il problema della mancanza di accesso ai farmaci essenziali nei paesi poveri e le possibili misure correttive. L'analisi è frutto dell'esperienza di terreno dei medici ed infermieri di MSF e dei dieci anni di studio e advocacy della CAME.

Le crisi sanitarie degli ultimi anni hanno coinciso con l'incapacità delle istituzioni di creare meccanismi che rendano i nuovi farmaci disponibili in modo adeguato, tempestivo e sostenibile per le popolazioni povere. I farmaci per le malattie «tropicali» sono spesso vecchi, poco efficaci o tossici (1). Il ritardo della ricerca è legato al legame fra ricerca e mercato. I brevetti permettono di recuperare i costi investiti in ricerca attraverso il profitto garantito dal monopolio: le aziende investono dunque in funzione dei paesi con mercati remunerativi e trascurano i bisogni sanitari dei paesi poveri.

Il monopolio inoltre, impedendo la concorrenza, mantiene alti i prezzi dei nuovi farmaci, ostacolando l'accesso per le popolazioni povere e prive di previdenza sociale. Nel caso dell'AIDS, i generici indiani di qualità appropriata ed una interpretazione non rigida delle norme di proprietà intellettuale hanno permesso di iniziare il trattamento nei paesi poveri (2). Ma dal 2005, anche l'India deve brevettare i farmaci: con quali conseguenze per l'accesso dei poveri ai nuovi farmaci?

L'accesso universale può essere garantito solo da un approccio multidisciplinare e strutturale, con un forte impegno pubblico sulla ricerca, una legislazione adeguata e una volontà politica che bilanci le esigenze del mercato e della salute (3). Reagire all'attuale status quo di squilibrio Nord-Sud è un imperativo etico particolarmente forte per gli operatori sanitari.

1. CHIRAC P, TORREELE E., *Global framework on essential health R&D*. The Lancet 2006; 367:1560-1561.
2. *Untangling the web of prices reductions: a pricing guide for the purchase of ARVs in developing countries*. 10^a edizione. Luglio 2007. Medici Senza Frontiere. Su www.accessmed-msf.org.
3. *Salute pubblica, innovazione e diritti di proprietà intellettuale: relazione della Commissione su Diritti di Proprietà Intellettuale, Innovazione e Salute Pubblica*. Biblioteca OMS, 2006.

LA FORMAZIONE CLINICA ATTRAVERSO UN PROGETTO DI MENTORING

G. NOTO, A. ARGENTI, M. COPELLI, D. MANNINO

Azienda Ospedaliera Universitaria Parma, Cardiocirurgia Ter. Inten.

Abstract

Incidere e cambiare le cose, per il gruppo infermieristico di Terapia Intensiva Cardiocirurgica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma, ha significato anche rivedere il paradigma del percorso di stage degli studenti del Corso Di Laurea in Scienze Infermieristiche. Il progetto, avente come scopo, la revisione del modello didattico e metodologico di inserimento in T.I. degli studenti, nasce proprio dalla necessità di affrontare il limite fin qui vissuto attraverso il vecchio modello. Partendo quindi da un modello formativo «per compiti», per «step», in cui il tutor insegnava allo studente a fare delle «cose»..., ad osservare un piano di lavoro per compiere delle azioni..., si, specifiche, ma sempre «guidate» dal tutor, si è giunti alla consapevolezza che gli studenti, così formati, non coglievano la vera «essenza», il vero «saper essere» professionisti coscienti della propria competenza in un ambito molto specialistico e tecnologico come la T.I. Facendo tesoro dell'esperienza professionale e umana degli infermieri Tutor, si sta cercando di costruire un nuovo modello, radicalmente diverso, insieme al polo universitario, attraverso due metodi didattici e con finalità diverse: uno rivolto ai Mentori quindi didattica andragogica, focus group, atelier, l'altro realizzando un progetto di formazione sul campo, ma che «apre una finestra su un futuro che è iniziato»: formare dei Mentori che a loro volta formeranno dei Professionisti capaci di essere gli Infermieri di area critica del futuro, «consapevoli della funzione e competenza avanzata e dirompente che hanno»... imparando ad essere delle persone «vere» che si prendono cura di pazienti critici usando a loro vantaggio la tecnologia, e non il contrario ... Il progetto, articolato e complesso, vede la collaborazione dell'Università di Parma, e del reparto di T.I. Cardiocirurgica, una sinergia che stimola entrambe le parti, non solo, alla realizzazione di percorso molto innovativo, ma anche all'estrapolazione di un messaggio forte dal vissuto dei professionisti: «Assistere, significa prendersi cura delle persone».

BUSEN NH, ENGBRETSON J., *Advanced Practice Nursing: The Use of Metaphor in Concept Exploration, The Internet Journal of Advanced Nursing Practice.*

L'infermiere e la questione del limite, tema accattivante, che ha ispirato il gruppo infermieristico di Terapia Intensiva Cardiochirurgica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma. Nei vari aspetti della nostra professione, spesso ci si imbatte in limiti che generano nel professionista demotivazione e frustrazione. Analizzare con consapevolezza implica ricerca, studio e progettazione, strumenti che spesso portano alla soluzione dei problemi. «Analizzare con consapevolezza i problemi» ha significato, per noi, anche rivedere il paradigma del percorso di stage degli studenti del Corso Di Laurea in Scienze Infermieristiche. Il progetto di revisione del modello didattico e metodologico del percorso di inserimento in T.I. degli studenti, nasce proprio dalla necessità di affrontare il limite fin qui vissuto attraverso il vecchio modello d'inserimento. Le professioni sanitarie nell'ultimo decennio hanno vissuto una rapida evoluzione soprattutto dello scenario sia formativo (Corsi di Laurea, master, lauree specialistiche..) che professionale (codice deontologico...); inoltre l'implementazione dei processi tecnologici e scientifici, ma anche l'acquisizione di una nuova e forte consapevolezza dei cittadini/utenti circa il loro diritto di cure sanitarie appropriate, rappresentano le nuove sfide per le quali la formazione dovrà garantire professionisti «equipaggiati» di adeguati livelli di competenze. Partendo quindi da un modello «per compiti», per «step», in cui il tutor insegnava allo studente a fare delle «cose»..., ad osservare un piano di lavoro specifico di reparto per compiere delle azioni..., si specifiche, ma sempre «guidate» dal tutor, si è giunti alla consapevolezza che gli studenti così formati non coglievano la vera «essenza», il vero «saper essere» professionisti coscienti della propria competenza in un ambito molto specialistico e tecnologico come la T.I. Realizzare, insieme al polo universitario, questo progetto ha significato affrontare due percorsi, due metodi didattici con finalità diverse. Uno rivolto ai Mentori, quindi didattica andragogica, focus group, atelier; l'altro, realizzando, un progetto di formazione sul campo che vede la stesura della procedure d'inserimento dello studente, ci ha «aperto una finestra su un futuro che è iniziato»: formare dei Mentori che a loro volta formeranno dei Professionisti capaci di essere Infermieri, in questo caso, di area critica, più consapevoli delle competenze avanzate che saranno attribuite, imparando ad essere dei professionisti che, prendendosi cura di pazienti critici, usano a loro vantaggio la tecnologia, e non il contrario.

Stage e modelli di formazione andragogica applicati alla pratica tutoriale

Nel periodo di formazione degli studenti la maggiore attenzione è posta all'integrazione tra apprendimento teorico e apprendimento clinico. Con l'abolizione del mansionario la coniugazione tra profilo professionale, nuovo codice deontologico e formazione post base, concorrono a nuovi ambiti di responsabilità. Una formazione sotto diversi profili sia in ambito pedagogico che filosofico determinano il passaggio di contenuti e metodi che facilitano l'acquisizione di livelli di competenze intellettuali, culturali, emotivi e spirituali sempre

più profondi. La formazione, da sempre interpretata come un momento di passaggio conoscenza, informazioni, sviluppo del pensiero creativo, usa strumenti pedagogici a vari livelli sociali, anche allo scopo di caratterizzare diversi tipi di conoscenza, che rispecchiandosi in un percorso di stage come quello degli studenti dei corsi di laurea in scienze infermieristiche, rappresentano il momento «forte» del loro percorso. Esso è definito da obiettivi che integrano arricchiscono e verificano gli apprendimenti teorico/pratici che prendono spunto dal susseguirsi di eventi assistenziali contribuendo al percorso individuale di maturazione, inoltre lo stage permette agli studenti di verificare praticamente le conoscenze teorico-pratiche acquisite, maturare le capacità diagnostiche, formulare e verificare ipotesi in base ai principi EBN, acquisire competenze operative capacità decisionali relazionali e di autocritica. Fino a qualche decennio fa i principi che ispiravano la formazione degli adulti erano ancora legati al paradigma pedagogico (da *pedagogia*, che in greco sta a significare «l'arte e la scienza di insegnare ai bambini»). Negli ultimi decenni del Novecento l'educazione degli adulti si è definitivamente emancipata dal modello pedagogico per costituirsi modello a sé stante, conosciuto col nome di *andragogia*, grazie soprattutto all'importante contributo di Malcolm Knowles che presentò in maniera molto approfondita la distinzione fra pedagogia e andragogia. Punto iniziale del suo modello è la considerazione degli adulti come *learners* (soggetti in apprendimento) con le loro specifiche prospettive individuali. Andragogia è per Knowles il corpo delle conoscenze riguardante i discenti adulti in modo parallelo e distinto rispetto al modello pedagogico dell'apprendimento infantile. L'obiettivo dell'insegnamento-apprendimento viene definito come progressiva acquisizione di autonomia da parte degli individui, sia per svolgere i ruoli propri delle diverse fasi della vita (*bisogno di imparare*), sia per imparare ad imparare (*self directed learning*)

Knowles identifica le differenziazioni del modello andragogico rispetto a quello pedagogico sulle base di sei presupposti (core principles).

- *Il bisogno di conoscere*: gli adulti sentono l'esigenza di sapere perché occorra apprendere qualcosa e a cosa possa servire. Gli individui sentono l'esigenza di sapere perché occorra apprendere qualcosa, prima di intraprendere l'apprendimento. Di conseguenza «uno dei nuovi aforismi della formazione degli adulti è che il compito del facilitatore di apprendimento è di aiutare i discenti a prendere coscienza del «bisogno di conoscere» Inoltre tale consapevolezza può essere accresciuta dalle esperienze reali o simulate in cui i discenti scoprono da soli il divario tra il punto in cui sono attualmente e quello dove vogliono arrivare».

- *Il concetto di sé*: il concetto di sé, nel bambino, è basato sulla dipendenza da altri. Il concetto di sé nell'adulto è vissuto come dimensione essenzialmente autonoma: «profondo bisogno psicologico di essere percepito come indipendente ed autonomo dagli altri». Di conseguenza se l'adulto si trova in una situazione in cui non gli è concesso di autogovernarsi, sperimenta una tensione tra quella situazione e il proprio concetto di sé: la sua reazione tende a divenire di resistenza.

- *Il ruolo dell'esperienza precedente*: nell'educazione dell'adulto ha un ruolo

essenziale l'esperienza, sia come attività di apprendimento sia come pregresso talvolta negativo che costituisce una barriera di pregiudizi e abiti mentali che fa resistenza all'apprendimento stesso. L'esperienza precedente dell'adulto costituisce allo stesso tempo una base sempre più ampia a cui rapportare i nuovi apprendimenti. In altre parole il nuovo apprendimento deve integrarsi in qualche modo con l'esperienza precedente. L'esperienza porta le persone ad essere sempre più diverse l'una dall'altra: perfino lo stile cognitivo cambia per effetto delle esperienze fatte. «Qualsiasi gruppo di adulti sarà più eterogeneo – in termini di *background*, stile di apprendimento, motivazione, bisogni, interessi e obiettivi – di quanto non accada in un gruppo di giovani. Ciò significa che in molti casi le risorse di apprendimento più ricche risiedono nei discenti stessi. Di qui la maggiore enfasi posta nella formazione degli adulti sulle tecniche esperienziali – tecniche che si rivolgono all'esperienza dei discenti, come discussioni di gruppo, esercizi di simulazione, attività di *problem solving*, metodo dei casi e metodi di laboratorio – rispetto alle tecniche trasmissive. Di qui, anche la maggiore enfasi sulle attività di aiuto tra pari».

– *La disponibilità ad apprendere*: l'adulto ha una disponibilità ad imparare mirata e quindi in un certo senso più limitata: la sua disponibilità e cioè rivolta solo a ciò di cui sente il bisogno per i crescenti compiti che deve svolgere per realizzare il proprio ruolo sociale come ad esempio il ruolo professionale lavorativo. Gli adulti sono disponibili ad apprendere ciò che hanno bisogno di sapere e di saper fare per far fronte efficacemente alla situazione della loro vita reale.

– *L'orientamento verso l'apprendimento*: l'orientamento verso l'apprendimento negli adulti è centrato sulla vita reale. «Gli adulti sono motivati ad investire energia in misura in cui ritengono che questo potrà aiutarli ad assolvere dei compiti o ad affrontare i problemi che incontrano nelle situazioni della loro vita reale». Infatti essi apprendono nuove conoscenze, capacità di comprensione, abilità, valori, atteggiamenti molto più efficacemente quando sono presentati nel contesto della loro applicazione alle situazioni reali. In altri termini la prospettiva è quella di una immediata applicazione di quanto appreso. Gli adulti sono motivati ad investire energia nella misura in cui ritengono che questo potrà aiutarli ad assolvere dei compiti o ad affrontare problemi con cui devono confrontarsi nelle situazioni della loro vita reale.

– *Motivazione*: relativamente agli adulti le motivazioni più potenti sono le pressioni interne: il desiderio di una maggiore soddisfazione nel lavoro, l'autostima, la qualità della vita. «Benchè gli adulti rispondano ad alcuni moventi esterni (lavoro migliore, promozioni, retribuzione più alta), le motivazioni più potenti sono le pressioni interne».

Knowles illustra come l'applicazione di tali presupposti implichi un nuovo modello di progettazione e conduzione di programmi di formazione degli adulti nonché una nuova figura di docente.

Applicare un modello di formazione avanzato, come quello andragogico, sia al percorso formativo degli studenti che a quello dei mentori/tutor a significato stimolare entrambe le parti a costruire nuovi metodi nel fare e nel ricevere

formazione, creare nuove «alleanze» tra gli enti erogatori di formazione, in questo caso l'Università e i reparti clinici, e i riceventi, gli studenti e il personale ospedaliero. Quindi, come dire, approfondire, arricchire di nuovi stimoli due enti importanti che hanno da tempo condiviso lo stesso obiettivo nella formazione del personale, ma che alle volte sono rimasti su «rive opposte». Spesso è stato affrontato l'argomento della dicotomia tra formazione teorica e formazione pratica generando negli studenti condizioni di confusione della propria personalità professionale, che solo dopo diverso tempo ed esperienza avrebbe trovato chiarezza, il «ponte» tra università e reparto a finalmente affrontato anche la disparità tra tutor e modelli di formazione, l'uniformità e la coerenza e l'adesione ad un modello pianificato oltre ad essere di grande efficacia per gli studenti lo è diventato anche per i tutor aiutandoli lungo il loro percorso di formatori. Chiari, gli obiettivi, chiari e condivisi i metodi di formazione è stato più facile sia supportare lo studente che il tutor alle prime armi. Ri-generare un modello formativo ha anche significato, per la parte clinica, un grosso lavoro di aggiornamento di se stessa, per la compagine universitaria, cercare, rinnovare una collaborazione con la clinica con regole diverse, più codificate avvicinando, integrando le parti ha sicuramente portato al raggiungimento di obiettivi formativi più definiti, la ricaduta di tutto questo è una maggiore competenza tutoriale, un maggiore e più efficace modello di formazione, studenti meno confusi, futuri infermieri, più consapevoli delle loro competenze.

La figura del tutor o mentore

Mentore fu colui a cui Ulisse affidò la sua casa, avendo fiducia che se ne sarebbe preso cura con passione e dedizione.

Il tutore ha la responsabilità di un lavoro che stimoli lo studente alla riflessività, alla decisionalità, alla responsabilità operativa e alla verifica dei risultati. La figura del tutore può essere intesa con una triplice funzione identificabile nella competenza clinica, nella competenza pedagogica, nonché nella capacità ad instaurare una significativa relazione personale con lo studente. La necessità del tutore di possedere una solida competenza clinica è facilmente intuibile se si pensa a quanto sia determinante l'apprendere attraverso qualcuno che è esperto. Il mentor nei progetti di formazione diviene quindi l'assistente a disposizione per ogni dubbio, incertezza, chiarimento, e difficoltà tecnica. È un punto di riferimento di notevole sicurezza per il soggetto che apprende. Le capacità cliniche di un tutore vanno intese come:

- competenza nella gestione di casi secondo modelli assistenziali esplicitamente definiti; attenzione costante ai risultati della ricerca in ambito infermieristico;

- interesse e coinvolgimento in programmi di ricerca.

Ma non basta. Il tutore deve garantire la trasmissione del bagaglio di conoscenze e di esperienza di cui è portatore. Per questo gli è richiesto: di saper rendere esplicito il ragionamento clinico, di saper fondare le decisioni assi-

stenziali, e di rendere chiari i principi che guidano la realizzazione degli interventi infermieristici. La competenza clinica del tutore comprende anche la capacità di dare risposte eticamente significative allo studente su sollecitazione dei problemi che emergono giorno per giorno dal contatto con il malato e dalla interfaccia con la struttura organizzativa ed amministrativa. La competenza pedagogica del tutore clinico si esplicita nell'abilità di finalizzare le attività assistenziali quotidiane verso obiettivi differenziati per tempi e necessità di apprendimento dei singoli studenti; si evidenzia nella capacità di realizzare strategie differenziate d'insegnamento/apprendimento dove ciascuno studente trova spazio per l'operatività e per la rielaborazione teorica dell'esperienza. Inoltre la figura del tutore assume una posizione di primo piano nella valutazione dello studente: non si tratta di definire soltanto i successi e gli insuccessi ottenuti, ma si tratta, soprattutto, di sollecitare gli studenti ad una continua ed incalzata autovalutazione per verificare se ciò che viene insegnato viene effettivamente interiorizzato.

Quale formazione per i tutor

La formazione di base delle professioni sanitarie ha subito enormi cambiamenti negli ultimi dieci anni e l'avvio dei percorsi universitari ha creato nuovi scenari, all'interno dei quali si confrontano il mondo dell'organizzazione e il mondo della formazione. Il nuovo orientamento ha rivisto i contenuti, le finalità e le modalità con cui attuare la formazione, anche attraverso il coinvolgimento degli infermieri nella didattica, ripensando al loro ruolo come formatori in un contesto universitario e individuando funzioni e compiti diversi a seconda dei diversi ambiti educativi di intervento». La tutorship diventa così una relazione educativa che si differenzia dall'apprendimento tradizionale e pone al centro dell'attenzione lo studente con i propri bisogni formativi, stimolando la sua partecipazione attiva e riflessiva all'interno di un percorso delineato da obiettivi chiari e condivisi.

Al momento esistono corsi aziendali/universitari, un'opportunità offerta ai professionisti sanitari per formarsi nel ruolo di tutor con la consapevolezza che essere guida nell'apprendimento di altri comporta l'acquisizione e manutenzione di competenze specifiche e l'assunzione di responsabilità nei confronti del discente e dei committenti. La gestione dell'apprendimento richiede che il tutor clinico non sia solo un professionista, ma anche un formatore». Durante le lezioni vengono forniti gli elementi teorici di base per l'orientamento dentro la moderna formazione infermieristica creando opportunità di apprendimento individuali e di gruppo, per facilitare l'acquisizione di abilità cognitive, pratiche e relazionali utili alla progettazione e gestione dei processi di apprendimento e di valutazione delle competenze infermieristiche nell'ambito del setting clinico.

Il nostro progetto

Le organizzazioni sanitarie sono in continua evoluzione ed è fondamentale che la formazione teorica e la formazione pratica (gli stage...) continuino in

simbiosi il loro percorso tenendo conto di alcuni fattori che possono condizionare il percorso formativo e tutoriale. La presenza nei corsi di una più ampia offerta formativa professionalizzante, la traduzione dei modelli formativi anche in base alle specifiche organizzazioni aziendali e l'alta specializzazione dei contenuti delle diverse Unità di Terapia Intensiva dell'Azienda caratterizzano sempre di più il percorso pratico degli studenti e la figura del tutor/mentor diventa l'anello di collegamento tra università e clinica. Nella nostra Unità Operativa, ritenendo tale funzione «strategica» ai fini della formazione degli studenti, è stato identificato un gruppo, che si è dedicato prima alla propria formazione, per poi costruire insieme al polo universitario un percorso specifico per l'ingresso degli studenti nella nostra realtà. Le unità investite sono 10, misti tra infermieri di ventennale esperienza e colleghi più «giovani di servizio», allo scopo di creare un core professionale forte di esperienza ed entusiasmo e motivare il gruppo al sostegno di un impegno di grande responsabilità. Essi sono dedicati in modo stabile alla gestione della formazione degli studenti e periodicamente sono soggetti a relearning. I Tutor/mentor hanno affrontato un percorso di 50 ore con uno psicologo del Dipartimento di psicologia dell'Università di Parma, gli scopi del corso, oltre a quelli formativi puri, tradotti nella nostra U.O. erano quelli di implementare le conoscenze di alcuni, generarne nuove in altri, uniformare la tecnica didattica, facilitare l'inserimento degli studenti, stimolare la nascita di una coscienza professionale critica fondata su valori eticamente condivisi, creare un gruppo stabile di formatori preparati alla gestione degli studenti universitari, sviluppare la pianificazione di specifici percorsi di tirocinio utilizzando metodiche di tutorship e in relazione agli obiettivi di tirocinio.

Il percorso di formazione dei tutor/mentor delle professioni sanitarie

Gli obiettivi formativi del percorso dei mentor, oltre ad attivare una presa di coscienza sulla differenza tra sapere teorico e sapere pratico: università e reparto, intendeva fornire un approfondimento delle diverse forme di didattica tutoriale utilizzabili all'interno dei tirocini/stage con la finalità di promuovere:

- una qualificazione professionale per coloro che svolgono funzioni tutoriali nei Corsi di Laurea, di Specializzazione, nei Corsi Master e di Perfezionamento e nell'inserimento di neo-assunti;
- attuare l'integrazione tra Azienda Ospedaliera ed Università;
- ridurre il «disagio» dell'inserimento nei reparti di degenza ordinaria e di area critica, rendendo il loro percorso di inserimento più specifico e aumentando di fatto l'efficacia e l'efficienza.

Pertanto il corso si proponeva di:

- sviluppare la riflessione sul significato, gli intenti, l'approccio pedagogico generale, i limiti e le possibilità della tutorship dei tirocini nell'ambito dei percorsi formativi di base e post base del personale sanitario e di inserimento dei neo-assunti;

- conoscere i metodi tutoriali applicabili durante i tirocini nei contesti organizzativi e saperli utilizzare criticamente;
- conoscere il significato e l'utilizzo di metodologie di didattica tutoriale al fine di sviluppare non solo conoscenze e competenze, ma anche la capacità del discente di riflettere su tali conoscenze e competenze;
- sviluppare una riflessione sugli aspetti più impliciti (cognitivi e affettivi) che guidano il proprio modo di esercitare il tutorato;
- discutere le principali tematiche pedagogiche relative alla valutazione dei processi formativi in tirocinio declinandoli nella funzione di tutorship dei tirocini.

Metodologia del percorso

Il corso si articola con lezioni frontali di «stimolo» alla pratica riflessiva e successivi lavori di gruppo omogenei ed eterogenei con la supervisione di professionisti delle varie professioni sanitarie che compongono lo staff del corso.

Ai discenti verrà chiesto di sviluppare una pianificazione di un percorso di tirocinio / di inserimento per neo assunti specifico per l'UO in cui operano, utilizzando la metodologia appresa durante il corso.

- 18 ore lezioni frontali
- 12 ore lavori di gruppo
- 20 ore di lavori sul campo

«Il percorso dello studente in infermieristica presso il reparto di cardiocirurgia terapia intensiva»

Ha contestualmente preso forma il progetto di formazione sul campo che coinvolge sia l'università che il reparto Cardiocirurgia Terapia Intensiva.

Interrogandosi sui significati dell'insegnamento clinico, sia i tutor didattici che clinici, hanno costruito il progetto d'inserimento degli studenti nella U.O. di cardiocir.t.i. che ha come premessa la definizione di insegnamento clinico di Meleca (1978): «*L'insegnamento clinico è preparare gli studenti ad integrare le informazioni scientifiche di base precedentemente assimilate con capacità orientate all'attività e con competenze associate alle alla diagnosi, al trattamento, e all'assistenza dei pazienti, e ad acquistare delle capacità professionali e personali, quegli atteggiamenti e quei comportamenti ritenuti indispensabili per entrare nel sistema sanitario*».... Un altro punto che Benner (1989) ha sottolineato e che completa la definizione di Meleca, è un'altra finalità dell'insegnamento clinico, è far scoprire allo studente la complessità e la ricchezza della pratica che vogliamo insegnare. L'insegnamento clinico può (anzi deve) aiutare lo studente non solo ad applicare la teoria, ma anche ricercare i modi in cui la teoria emerge dalla pratica clinica. Nella realtà dell'ambiente clinico ogni problema richiede immediatamente risposte personali: vengono coinvolti dei valori morali, ol-

tre ad aspetti pratici, emotivi e cognitivi. Non è sufficiente programmare semplicemente un certo periodo di tempo in un'area clinica. Si richiede il raggiungimento di espliciti obiettivi didattici, come specificato nel curriculum, e, al tempo stesso, di obiettivi clinici. Perché un ambiente clinico sia educativo, è necessario che gli insegnanti sappiano come incanalare la prontezza di apprendimento degli studenti in risultati raggiungibili. Come se tutto ciò non bastasse, il luogo di apprendimento – il reparto – è imprevedibile, mutevole, riservato e personale. Le esperienze con i pazienti saranno variabili alcune intense ed indimenticabili, altre allarmanti e scioccanti, altre banali e noiose. Nell'insegnamento, specialmente in quello clinico, l'educatore (leggi tutor) non dà semplicemente informazioni, ma li forma e questa è una responsabilità più gravosa. Trasmettere «il fare» non è solo far vedere o dire come si fa, ma anche raccontare ciò che si fa. Questo modo di esplicitare l'attività (la pratica clinica) induce lo studente (e anche il tutor) ad una riflessione più profonda sul fare, cogliendo sfumature che vanno al di là della asettica «procedura».

Questo progetto di FSC, avente come obiettivo quello di orientare il processo d'inserimento dello studente infermiere, vuole utilizzare il patrimonio di conoscenze e riflessioni, cercando di strutturare dei percorsi ragionati di inserimento degli studenti nelle sedi di tirocinio tenendo conto non solo delle esigenze didattiche proprie del corso di laurea (durata e periodo), della metodologia didattica (inserimento, valutazione...) ma anche delle specificità della sede di tirocinio e come scopo quello di ottimizzare il periodo di tirocinio per l'acquisizione delle competenze necessarie e definite nel curriculum formativo; Fornire ai tutor un supporto organizzativo che definisca tempi e modi tale da uniformare il percorso formativo dello studente in quella specifica UO; Coniugare l'aspetto assistenziale e l'aspetto formativo dell'operato dell'infermiere tutor; Rafforzare la consapevolezza dell'appartenenza ad un gruppo professionale; Orientare il processo d'inserimento del neo-inserito/neo-assunto.

Mapa del percorso formativo degli studenti

1. *Accoglienza*; momento di conoscenza e presentazione tutor/studente e colloquio informale al di fuori dal reparto; breve visita informale dell'unità operativa.

2. *Introibo*; è il momento in cui si esplicitano le considerazioni circa il percorso formativo, avviene la presentazione e conoscenza di alcuni elementi propedeutici alle tappe successive tramite intervista, allo scopo di valutare le conoscenze dello studente in merito alla nostra U.O.; le sue precedenti esperienze di stage; la rilevazione delle preconcezioni dello studente riguardo alle rappresentazioni che il Tirocinante si è fatto in precedenza attraverso le esperienze e gli studi; le conoscenze teoriche acquisite. In questa fase lo studente conoscerà la struttura organizzativa e logistica dell'U.O., verrà steso il contratto formativo in cui si precisa che cosa il tirocinante si deve aspettare dal Tutor e viceversa (vedi contratto formativo della scuola).

Aspettative dello studente nei confronti del tutor:

- disponibilità ° Professionalità ° Competenze specifiche cardiologiche;
- esperienza di formazione sulla pratica assistenziale;
- che funga da collettore tra le conoscenze teorico-pratiche;
- responsabilità - Chiarezza - Pazienza.

Aspettative del tutor nei confronti dello studente:

- raggiungimento obiettivi prefissati;
- raggiungimento di un valido grado di autonomia nella presa in carico e gestione globale del paziente cardiologico;
- abilità - ordine - entusiasmo - puntualità - dinamicità;
- comportamento etico secondo il codice deontologico dell'infermiere;
- rispetto delle norme di reparto (terapia intensiva);
- rispetto del segreto professionale;
- rispetto della privacy;
- rispetto delle indicazioni date dal tutor.

Es. di intervista strutturata tutor/studente:

- quali sono le tue idee riguardo il lavoro in generale?
- quali sono le tue idee riguardo la professione infermieristica?
- quali sono le tue idee riguardo l'ambiente Ospedaliero?
- hai conoscenza dell'U.O. di Cardiologia;
- quali sono state le tue esperienze di tirocinio precedenti?
- sono state positive o no le tue esperienze precedenti? Se no, perché?
- hai mai avuto esperienze come paziente? Se si, ricordi degli aspetti che ti hanno fatto riflettere?

3. *Immersione* questa fase, core del percorso di stage, sarà inizialmente di orientamento generale, parole chiave di questa fase: *Interazione- Integrazione* graduale e progressiva. Essa rappresenta il «dispositivo» di programmazione del tirocinio per una interazione guidata, esso è composto da:

Reparto: descrizione «panoramica» delle risorse umane e tecnologiche dell'UO, enfatizzando le valenze professionalizzanti, rispetto al percorso formativo dello studente. Il reparto come «mediatore» professionalizzante;

Campo pedagogico: Descrizione degli atteggiamenti e strategie con le quali il tutor guida - problematizza - affianca il tirocinante;

Combinazioni: rappresenta le combinazioni ottimali di osservazione - prova - riflessione attraverso le quali promuovere una efficace interazione dello studente con il reparto, in riferimento alle routine più pregnanti, scelte per l'apprendimento;

Taccuino: incentivare l'uso dello strumento «taccuino/diario» come elemento di sostegno, monitoraggio, di riflessione (mediante l'esercizio di scrittura) delle esperienze formative nella pratica giornaliera.

Briefing: contemplare all'interno del processo momenti di verifica del percorso formativo, di analisi se lo studente si sta «formando» professionalmente (giudizio intermedio).

4. *Congedo*: fase conclusiva e di verifica generale del grado di competenza raggiunto. Nella fase finale del processo formativo dovrebbe essere previsto una «valutazione» finale del grado di maturazione; (es. conduzione in autonomia di un caso / routine assistenziale) da affiancare al caso clinico già previsto come discussione della cartella infermieristica didattica.

Fasi e sviluppo del progetto

Il gruppo di lavoro è costituito dai 4 infermieri che hanno partecipato al precedente corso per tutor, e che quindi hanno già acquisito alcune conoscenze/competenze metodologiche per la costruzione del documento.

Il progetto della durata di 4 mesi, febbraio-maggio 2009, si espletterà con la costruzione di un percorso specifico all'ambito assistenziale che identifica il percorso del tirocinio. L'impegno orario previsto può essere quantificato in almeno 50 ore tra lavori di gruppo, ricerche personali.

1° fase: 3 ore

Condivisione del progetto: Convocazione degli operatori che hanno seguito il corso da tutor e del Coordinatore UO per la condivisione degli obiettivi e della metodologia per l'espletamento del presente progetto;

2° fase: incontri gruppo/ricerca (45 ore)

Il gruppo costituito definirà un calendario di incontri e di attività singolari e collettive per la definizione del percorso. In questa fase verranno definiti anche degli incontri con il supervisore del progetto;

3° fase: condivisione del progetto con gli altri operatori dell'UO (2 ore)

Scopo dell'incontro/i è quello di condividere con tutti gli operatori dell'U.O. il percorso definito, in quanto la sua attuazione non può determinare ripercussioni organizzative di cui tutti devono essere a conoscenza.

Valutazioni e opportunità del progetto

Il progetto offre una serie di opportunità che sono rivolte sia al personale del reparto che agli studenti:

- definire una mappatura delle abilità realmente acquisite dagli studenti durante il percorso formativo;
- definire uno strumento di integrazione tra attività clinica e didattica;
- individuare punti di forza / eccellenza nelle competenze infermieristiche espresse;
- migliorare il lavoro di gruppo / la coesione tra gli operatori del reparto, gli obiettivi stessi del progetto rappresentano rilevanti opportunità Aziendali / Dipartimentali, la maggiore consapevolezza del nuovo metodo didattico, condiviso dal gruppo dei formatori, presuppone un livello di adesione al metodo molto alto, i momenti di verifica saranno orientati a cogliere non solo l'acquisizione delle abilità pratiche ma anche se l'allievo ha cambiato il proprio preconcetto iniziale cogliendo la vera essenza del saper essere.

- Coesione tra operatori
- Integrazione tra attività assistenziale e attività tutoriale.

Punti di forza del progetto

- Motivazione forte da parte dei formatori a costruire un progetto per l'inserimento degli studenti nell'U.O.
- Realizzazione in tempi medio - brevi (5 mesi).
- Garantire continuità al processo formativo anche con occasionali scambi di tutor (assenze improvvise...).
- Fiducia da parte del coordinatore dell'U.O. e dei tutor didattici che dando mandato al gruppo hanno valorizzato e riconosciuto una competenza maggiore rispetto ad altri colleghi.

Criticità evidenziate

- Costo economico dell'Azienda;
- impegno orario extra lavorativo richiesto agli operatori.

Risultati raggiunti e attesi

Attualmente, il risultato migliore che il gruppo si sente di evidenziare è sicuramente lo svolgimento più armonico dei tirocini, favorendo la crescita di una coscienza professionale nello studente sostenendo le motivazioni con la riflessione l'auto riflessione e l'auto valutazione, indicatore di questo è il maggior numero di richieste di tirocini nel nostro reparto e il maggior numero di tesi sviluppate presso la nostra unità operativa. Il percorso è da pochi mesi iniziato, pertanto ancora tanto ci aspettiamo possa accadere. L'integrazione tra i due erogatori di formazione, Università e Reparto, ha generato un percorso con identiche finalità e motivazioni, questo è un ottimo presupposto per maggiori e ulteriori implementazioni future del progetto.

«Quando fai piani per un anno, semina grano. Se fai piani per un decennio, pianta alberi. Se fai piani per la vita, forma e educa persone».

Proverbio cinese (Guanzi)

Conclusioni

«La professione infermieristica può esprimere in modo completo il proprio potenziale nell'assistenza sanitaria di primo livello se l'attività formativa è in grado di fornire un'adeguata base alla pratica infermieristica.

Il nostro «piano», al termine di questo progetto di formazione, e' di poter contribuire attraverso, l'attività di tutoraggio, alla formazione dei futuri colleghi infermieri, mettendo a disposizione della professione il nostro bagaglio di esperienza e professionalità, acquisite sia a livello pratico che teorico, allo scopo di trasmettere allo studente una chiara identità professionale affinché possa espletare il proprio mandato con professionalità.

Bibliografia

- LOREDANA SASSO, ANTONELLA LOTI, LOREDANA GAMBERONI, *Il tutor per le professioni sanitarie*.
MARIA MATARESE, PAOLA SCORRETTI, *Le mappe cognitive nella formazione infermieristica: una nuova sfida per i formatori*.
MARIA GRAZIA DE MARINIS, DANIELA TARTAGLINI, PAOLA BINETTI, MARIA MATARESE, MICHELA PIREDDA, *Modelli per la formazione clinica nel diploma universitario per infermieri. Formazione: la teoria dell'apprendimento degli adulti, l'andragogia*, Notiziario Gemini Europa - Maggio 2002.
M. CONIU, *Le teorie dell'apprendimento*.
M. CASSONE, *La didattica tutoriale: riflessioni intorno ad una esperienza di formazione. L'attività di tutoraggio nelle professioni sanitarie II edizione*, Progetto di FSC Azienda Ospedaliera Universitaria/Università degli Studi di Parma, Facoltà di Medicina e Chirurgia Scienze Infermieristiche.
Progetto Azienda Ospedaliera Univerisitaria/Università Degli Studi Parma, Facoltà Di Medicina e Chirurgia Scienze Infermieristiche, *Il Percorso Dello Studente In Infermieristica Presso Il Reparto Di Cardiocirurgia Terapia Intensiva*, Tutor Coordinatore d'anno SOLLAMI ALFONSO, tutor clinici: NOTO GIANCARLO, MANNINO DOMENICA, COPELLI MAURIZIO, ARGENTI ALESSANDRO.

INDICATORI DI QUALITÀ ED ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN AREA CRITICA: UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA

E. LUMINI, S. BAMBI, G. BECATTINI, M. RUGGERI

Abstract

lumini.enrico@vodafone.it

Premesse: nell'ultimo decennio si è molto investito nel sistema qualità in ambito sanitario ed in letteratura sono comparse diverse proposte di misura della performance infermieristica ed è necessario avere uno sguardo di insieme per valutarne attendibilità, affidabilità, applicabilità.

Scopi: L'obiettivo dello studio è quello di comparare i sistemi di indicatori di qualità dell'assistenza infermieristica nell'ambito dell'area critica.

Materiali e metodi: Sono state ricercate le banche dati Medline, CINAHL ed Embase incrociando i seguenti termini:

- 1) indicator or standard or outcome,
- 2) nursing or care,
- 3) intensive or critical,
- 4) quality or performance.

I risultati sono stati filtrati per la lingua inglese ed italiana. I criteri di inclusione sono stati la pertinenza con l'assistenza infermieristica mentre sono state escluse le pubblicazioni ridondanti, i programmi di miglioramento della qualità accademici o generici o gli editoriali. Il controllo delle citazioni bibliografiche è stato utilizzato per aumentare la sensibilità della ricerca.

Risultati e conclusioni: Sono state recuperate 226 citazioni che con l'applicazione dei criteri di inclusione ed esclusione si sono ridotte a 34 che, dopo ulteriore valutazione quali-quantitativa, si sono ridotte a 13 pubblicazioni principali. Dall'analisi è risultato che molti sistemi di misura della qualità dell'assistenza infermieristica hanno indicatori in comune e che pochi sono specifici dell'area critica se si escludono quelli sviluppati per particolari quadri patologici. Molti sistemi nascono da un processo rigoroso di analisi della letteratura ma nessuno è stato poi validato nel suo complesso. Nonostante vi siano scarse prove dell'attendibilità e affidabilità dei sistemi di misura della performance infermieristica è interessante notare che ad indicatori robusti e più o meno misurati nella pratica clinica come i tassi di infezioni, le estubazioni non pianificate o la mortalità se ne affiancano altri come la percezione del clima lavorativo, la comunicazione e lo skill mix della forza lavoro infermieristica che propongono interessanti riflessioni per l'applicazione anche nel contesto italiano.

- PYLE K, WAVRA T., *Quality indicators for critical care*. AACN Adv Crit Care. 2007 Jul-Sep;18(3):229-43.
- MOONEY H., *Measuring quality in nursing*. Nurs Times. 2009 Jan 13-19;105(1):8-11.
- KURTZMAN ET, DAWSON EM, JOHNSON JE., *The current state of nursing performance measurement, public reporting, and value-based purchasing*. Policy Polit Nurs Pract. 2008 Aug;9(3):181-91.

UN'INDAGINE AZIENDALE SUL BENESSERE ORGANIZZATIVO NELL'AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANDREA DI ROMA

A. FABRETTI⁽¹⁾, F. VALDAMBRINI⁽¹⁾, K.A. LOPETUSO⁽¹⁾, A. INGRASSIA⁽²⁾

⁽¹⁾ UOC Cardiocirurgia, Azienda Ospedaliera S. Andrea, Roma

⁽²⁾ Università di Roma La Sapienza, Azienda Ospedaliera S. Andrea di Roma

Abstract

antonina.ingrassia@uniroma.it

Introduzione: Le aziende sanitarie sono organismi complessi che, sul territorio nazionale e locale, erogano diverse tipologie di servizi caratterizzati da un elevato livello di professionalità:

- 1) la professionalità espressa dal singolo operatore - sia dal punto di vista tecnico-specialistico che nella dimensione psico-relazionale;
- 2) la professionalità espressa nella progettazione e gestione della molteplicità di relazioni all'interno delle equipe professionali e nelle relazioni intraorganizzative tra i diversi servizi.

Il miglioramento del clima organizzativo contribuisce a creare nuovi modelli di gestione delle organizzazioni; a tal fine il progetto intende dare risposte per diversificate attività e con gli obiettivi da raggiungere; creare e mantenere tutte le condizioni organizzative che garantiscano la piena e qualificata espressione di tutte le potenzialità umane e professionali presenti nelle persone.

Il progetto è articolato in 2 macrofasi: l'analisi del contesto della U.O.C. di Cardiocirurgia e definizione di una strategia di intervento mirata, per affrontare i problemi emersi nel corso dell'indagine.

Obiettivi: Analizzare il clima organizzativo presente all'interno delle U.O.C. e U.O.S., enucleando le situazioni di benessere e gli aspetti di criticità (malessere); Attivare momenti di comparazione e confronto tra le diverse situazioni, con lo scopo di identificare alcuni comuni «fattori di successo»; sviluppare una strategia di intervento mirata sulle esigenze specifiche delle diverse situazioni.

Gli Obiettivi specifici: Informare i dipendenti rispetto al tema del Benessere Organizzativo; valutare la condizione di benessere organizzativo nell'U.O.C. di Cardiocirurgia; prevenire i rischi stress-lavoro correlati di cui al D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 (ex rischi psicosociali D.Lgs 626/94).

Gli strumenti: Utilizzo del Kit del benessere organizzativo; Monitoraggio

e verifica del processo con attività di supporto operativo e di tutorship nella somministrazione dei questionari ai gruppi aziendali selezionati.

Tempi e Risultati: L'indagine ha avuto lo startup il 18 dicembre 2008 ed è attualmente in itinere, i risultati verranno presentati in sede congressuale.

STUDIO SINOTTICO DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN ICU

L. GATTAFONI⁽¹⁾, L. BUZZI, P. PAGANELLI

⁽¹⁾ Relatore

U.O. Cardiologica - Laboratorio di Emodinamica, Az. Osp. Policl. Univ. S. Orsola Malpighi - Bologna

Abstract

luanagattafoni@virgilio.it

La relazione tra i risultati clinici e le variabili organizzative è stata oggetto di interesse per verificare l'effetto dell'organizzazione e della gestione sull'efficacia delle ICU nei paesi della comunità europea. A partire da uno Studio Internazionale, prospettico e multicentrico del 1998 (Euricus I), coordinato dalla Comunità Economica Europea, si è posto come risultato di mettere a confronto la pianificazione assistenziale con il reale livello operativo in un vasto campione di Terapie Intensive (89) di 12 diversi Paesi Europei. Con il nostro lavoro, revisionando gli studi presenti in letteratura si vuole valutare quanto una buona organizzazione possa migliorare l'outcome dell'assistito, analizzando quanto gli alti carichi di lavoro, le situazioni di incertezza e le problematiche relazionali possano andare ad incidere sull'assistenza.

Introduzione

La nostra revisione riguarda la relazione tra le performance cliniche e le variabili organizzative.

Una delle caratteristiche dell'area critica è la fondamentale collaborazione tra le diverse professioni per il benessere del paziente. Dal 1986 il gruppo Knaus aveva dato importanza al problema, avanzando l'ipotesi che il grado di coordinamento presente all'interno delle terapie intensive possa influenzare l'outcome dei pazienti¹.

Materiali e metodi

Dal Database Abstract Reviews Effect (DARE) abbiamo estrapolato tre articoli:

¹ Knaus et al :An evaluation of outcome from intensive care in major medical centers. Ann.Int.Med 1986;104:410-418

- nurse staffing level and hospital Mortality in critical care setting :literature review and meta-analysis²;
- effect of the nursing environment on patient mortalità :a systematic review³;
- the relation between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review⁴.

Nelle banche dati nella prima revisione in cui si afferma che non vi sono attendibili evidenze, la successiva dice che l'autonomia, il numero di infermieri, l'organizzazione, le relazioni interpersonali, influiscono sugli esiti includendo la mortalità, inoltre una leadership efficace nell'assistenza riduce gli eventi avversi e le complicanze, ma la presenza di una serie di errori metodologici nella conduzione degli studi ci ha portato ad effettuare ulteriori ricerche.

Continuando la nostra ricerca, il maggior numero possibile di variabili organizzative e gestionali le abbiamo trovate nel Progetto EurICUs ossia European Intensive Care Unit Study, lo studio è stato condotto in 89 terapie intensive di 12 paesi europei e i reparti furono selezionati in modo che ogni singolo Paese poteva partecipare con quattro o otto Terapie Intensive operative a diversi livelli assistenziali

Iniziamo da un'analisi retrospettiva⁵ dello studio Euricus, utilizzando il loro database presso la fondazione per la ricerca sulle cure intensive in Europa (FRICE) nato nel 1989, con la seguente finalità: selezionare e descrivere i risultati più rilevanti, individuare i principali ostacoli nell'organizzazione delle terapie intensive ed evidenziare e individuare i soggetti che potrebbero avere un impatto diretto e primario per migliorare l'organizzazione e la gestione delle unità di terapia intensiva.

Risultati

Data la sua complessità, il progetto è stato suddiviso in tre studi complementari:

1. Euricus I (studio osservazionale prospettico) che osserva l'effetto dell'organizzazione e della gestione sull'efficacia e l'efficienza delle ICU nei paesi del-

² NUMATA Y, SCHULZER M, VAN DER WAL R, GLOBERMAN J, SEMENIUK P, BALK A E, FITZGERALD JM., *Nurse staffing level and hospital Mortality in critical care setting: literature review and meta-analysis Database of Abstract of Reviews of Effect (DARE)*.

³ KAZANJIAN A, GREEN C, WONG J, REID R., *Effect of the nursing environment on patient mortalità :a systematic review. literature review and meta-analysis Database of Abstract of Reviews of Effect (DARE)*.

⁴ WONG CA, CUMMINGS GG., *The relation between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review, literature review and meta-analysis Database of Abstract of Reviews of Effect (DARE)*.

⁵ MIRANDA DR, RIVERA-FERNÁNDEZ R, NAP RE., *Critical care medicine in the hospital: lessons from the EURICUS-studies. Med Intensiva. 2007May;31(4):194-203. PubMed PMID: 17562305.*

l'unione Europea, nei pazienti consecutivamente ammessi presso le rianimazioni;

2. Euricus II (studio randomizzato e controllato) che valuta l'effetto che si ottiene con l'interazione multidisciplinare e l'utilizzo di linee guida e protocolli condivisi;

3. Euricus III (studio randomizzato e controllato) valuta lo sviluppo di linee guida per il controllo del bilancio e il calcolo dei costi e il loro effetto sulla qualità della gestione.

I dati dello studio osservazionale prospettico furono raccolti per un periodo di quattro mesi dal 3 ottobre nel 1995 su 16,060 pazienti consecutivamente ammessi.

Le caratteristiche di base nella gestione dei reparti furono valutate con «Nine Equivalent of nursing Manpower use Score» ossia nove prestazioni correlate con il carico di lavoro infermieristico eseguite presso il reparto per la quantificazione delle prestazioni Infermieristiche, con il «Work Utilization Ratio» il rapporto tra lavoro prodotto e lavoro disponibile presso il reparto per valutare l'efficienza delle prestazioni infermieristiche e il «Level Of Care» per la pianificazione del livello assistenziale, nella tabella 1 abbiamo i risultati nelle diverse rianimazioni europee⁶.

Table 1 Results of the survey oh ICUS in EUROPE

	Number of beds per ICU (mean)	Number of nurses per ICU bed (mean)	P/N ratio (mean)	Annual ICU mortality (%)	SMR (mean)	ABY (mean)	LOS (mean)	OR (mean)	WUR (mean)	Elective surgery (%)
Poland	6.0	3.2	1.65	19	0.96	34	3.5	58.1	0.59	7.0
Germany	16.7	2.8	1.51	6	0.80	77	1.2	84.7	1.12	57.1
Denmark	8.3	4.5	1.05	13	1.24	76	1.0	61.3	0.49	24.7
Finland	10.2	3.7	1.14	8	1.00	71	1.0	70.4	0.65	45.1
Netherland	8.0	4.1	1.04	10	1.00	80	1.0	80.6	0.76	48.2
Belgium	12.7	2.4	1.82	7	0.81	87	1.9	68.8	1.00	47.8
France	13.0	2.6	1.74	16	0.95	43	3.7	73.3	0.89	7.0
United Kingdom	5.8	6.5	0.71	20	1.12	60	1.7	58.5	0.40	20.7
Italy	6.9	3.2	1.36	18	1.04	51	3.0	79.7	0.86	27.2
Spain	11.3	3.2	1.38	15	1.05	60	3.5	82.7	0.91	11.4
Portugal	7.8	3.2	1.39	14	0.91	35	5.6	84.7	0.91	26.1
Overall	9.55	3.6	1.33	13	1.00	57	2.0	70.1	0.72	30.1

PN ratio: annual mean number of patients per nurse; SMR: standard mortality ratio; ABY: annual mean number of admission per ICU-bed; LOS: length of stay in the ICU (days); OR: occupancy rate; WUR: work utilization ratio. WUR represents the nursing work used (equal to the total measured number of points of NEMS¹² or an equivalent index), divided by the number of points which could be produced by the nursing staff during the same period of time².

Tutto ciò per valutare la differente complessità dei carichi nell'attività assistenziale.

Quattro livelli di terapia intensiva sono stati descritti dalla conferenza di consenso Bethesda (BCC) nel 1981⁷. FRICE successivamente ha esaminato i risultati⁸ utilizzando il personale infermieristico nelle rianimazioni rapportandolo con il numero dei letti e definendo tre livelli di intensità di cura.

⁶ MORENO R, REIS MIRANDA D., *Nursing staff in intensive care in Europe: the mismatch between planning and practice*. Intensive Care Unit, Hospital de Santo António dos Capuchos, Lisbon, Portugal. r.moreno@mail.telepac.ptChest. 1998 Mar;113(3):569-70.

⁷ Consensus conference. Critical care medicine. JAMA1983;250:798-804.

⁸ REIS MIRANDA D, LANGREHR D., *National and regional organisation*. In: REIS MIRANDA D, WILLIAMS A, LOIRAT P, EDITORS. *Management of intensive care. Guidelines for better use of resources*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers,1990:83-102.

La nuova classificazione in⁹ unità ad elevata (HT) e a bassa intensità (LT) di cure come si evidenzia nella tabella 2 dovrebbe consentire l'analisi e il confronto tra l'uso quotidiano delle risorse rapportate a livello assistenziale del paziente, offrendo al tempo stesso, una metodologia semplice per guidare la pianificazione del personale in rianimazione.

TABLE II – *Items used for classification of complexity of care⁴*

Complexity of care	Major criteria	Additional criteria	
High (HT)	MR mC	Mrc Mrd	mcd
Low (LT)	mr mc	m r	d

L'alta intensità di cure comprende un sostegno attivo dovuto alla disfunzioni d'organo, l'utilizzando di tecnologie avanzate e un moderato sostegno invasivo.

Ciò include (Tabella 3) la presenza:

- monitoraggio parametri vitali (parametri vitali, bilancio idrico);
- ventilazione meccanica qualsiasi forma di assistenza ventilatoria con o senza peep con o senza miorilassanti;
- supplementare assistenza ventilatoria: respirare spontaneamente tramite tubo endotracheale: con qualsiasi metodo somministrare ossigeno supplementare;
- un farmaco vasoattivo (infusione continua);
- più di un farmaco vasoattivo (qualunque tipo – infusione continua);
- dialisi.

Tabella 3 *List of NEMS 2item used*

Items	Description	Acronym
Basic monitoring	Hourly vital signs, regular record and calculation of fluid balance	m
Mechanical ventilatory support	Any form of mechanical/assisted ventilation, with or without PEEP, with or without muscle relaxants	R
Supplementary ventilatory care	Breathing spontaneously through endotracheal tube; supplementary oxygen any method	r
Single vaso-active medication	Any vaso-active drug	c
Multiple vaso-active medication	More than one vaso-active drug, disregarded type and dose	C
Dialysis techniques	All	d

⁹ IAPICHINO G., *Daily classification of complexity/level of intensive medical care. Does it allow the monitoring of the managerial process in ICU?* Minerva Anesthesiol. 2002 Mar;68(3):71-5. Review.

Lo sviluppo della medicina intensivistica in Europa è concorde sul fatto che l'assistenza intensiva debba essere praticata dove e quando necessario. Dall'EURICUS I si evince che la globale efficienza dell'utilizzo del carico di lavoro infermieristico nei vari reparti è bassa e ciò dimostra l'inadeguatezza della pianificazione; per quanto riguarda le necessità dei reparti solo una minoranza di essi il 24% ha operato al livello assistenziale per il quale era stata pianificata e dotata di organico il 73% ha operato ad un livello inferiore ed il 3% ha operato ad un livello superiore. Lo studio EURICUS II ha valutato gli effetti di un'organizzazione basata su un intervento manageriale per le prestazioni nelle Terapie intensive¹⁰. L'intervento ha lo scopo di migliorare le pratiche di collaborazione tra i medici e gli infermieri nelle terapie intensive e consiste in:

- formazione attraverso la collaborazione dell'infermiere e medico su questioni come: «comunicazione», «tecniche di conversazione» e «la cooperazione come squadra»;

- l'uso quotidiano di due protocolli: 1) il controllo orario da parte dell'infermiere che dovrebbe prendere la decisione di consultare il medico se necessario («azioni volte a migliorare la consapevolezza dei processi assistenziali»). 2) «costruzione del reciproco rispetto» standardizzando la discussione tra l'infermiere e il medico riguardante i problemi dei pazienti. I risultati misurati riguardano: il risultato finale del trattamento (mortalità, in terapia intensiva e in ospedale), il risultato intermedio delle cure (il numero delle volte e la durata oraria dei parametri fisiologici monitorati come la pressione sistolica, la frequenza, la saturazione e la diuresi);

- cambiamenti nella pratica collaborativa (valutato per mezzo di questionari specifici somministrati ai professionisti coinvolti in tre diverse occasioni).

Questo è stato uno studio randomizzato controllato condotto per un periodo di 10 mesi in cui l'intervento è stato effettuato in 20 unità di terapia intensiva.

L'EURICUS II attraverso una riduzione della mortalità nel gruppo di intervento mette in evidenza l'effetto prodotto dall'interazione multidisciplinare, dall'utilizzo di linee guida e procedure condivise e della comunicazione fra medici e infermieri sull'efficacia e l'efficienza delle cure prestate ai pazienti¹¹.

¹⁰ LEE JS., *Intensivist staffino in intensive care unit (ICUs)* En: Research Synthesis, Academy Health. Disponibile en:<http://www.ahsrhp.org>.

¹¹ FIDLER V, NAP R, MIRANDA DR., The effect of a managerial-based intervention on the occurrence of out-of-range-measurements and mortality in intensive care units. *J Crit Care*. 2004 Sep;19(3):130-4

	Control Group		Intervention Group		Total
	Pre	Post	Pre	Post	
No. of patients	1931	2328	3397	2481	10137
No. (%) of ICU deaths	258 13.4%	344 14.8%	469 13.8%	299 12.0%	1370 13.5%
No. (%) of hosp. deaths	386 20.0%	528 22.7%	697 20.5%	469 18.9%	2080 20.5%
No. (%) of BP ORM	866 44.8%	1041 44.7%	1608 47.3%	1120 45.1%	4635 45.7%
No. (%) of HR ORM	774 40.1%	925 39.7%	1326 39.0%	836 33.7%	3861 38.1%
No. (%) of SaO ₂ ORM	518 26.8%	689 29.6%	941 27.7%	647 26.2%	2795 27.6%
No. (%) of Diur ORM	953 49.3%	1215 52.2%	1598 47.0%	1139 45.9%	4905 48.4%

Quindi la collaborazione fra medico/ed infermiere diventa fondamentale poiché le conoscenze e le attività complementari, le strategie professionali e gli interventi devono essere chiari, e la loro coordinazione temporale efficace poiché dove esiste un buon clima di comunicazione e coinvolgimento reciproco nelle scelte si ha una riduzione degli eventi avversi.

Lo studio osservazionale ha messo in evidenza il fatto che le differenze dei costi dipendevano dall'utilizzo dei farmaci e dal personale ne è conseguita la necessità dello sviluppo di linee guida per il controllo del budget e il calcolo dei costi, ciò ha migliorato significativamente la qualità nella gestione¹².

Nello studio EURICUS III l'attuazione delle linee guida per il controllo del budget e il calcolo dei costi migliora significativamente la qualità di gestione delle terapie intensive come la motivazione del leader per la gestione.

Conclusionione

Appropriati interventi gestionali avranno un impatto significativo sulla prognosi del paziente. L'analisi dettagliata dei processi di cura deve indicare i sistemi di lavoro più efficaci con un più efficiente e coordinato utilizzo delle risorse. Il lavoro di squadra efficace è fondamentale per un'assistenza ottimale ed infine la leadership appare indispensabile per orientare il modo in cui i membri del team interagiscono e si coordinano con gli altri.

¹² REIS MIRANDA D., *The EURICUS project* En: Leiner G, Schuppe M, editors. Common Challenger for health and care. Gastein: Gunther Leiner, 2003p148-57.

Bibliografia

- KNAUS ET AL: *An evaluation of outcome from intensive care in major medical centers.* Ann. Int. Med 1986;104:410-418.
- NUMATA Y, SCHULZER M, VAN DER WAL R, GLOBERMAN J, SEMENIUK P, BALK A E, FITZGERALD JM. Nurse staffing level and hospital Mortality in critical care setting: literature review and meta-analysis Database of Abstract of Reviews of Effect (DARE).
- KAZANJIAN A, GREEN C, WONG J, REID R., *Effect of the nursing environment on patient mortality: a systematic review. Literature review and meta-analysis* Database of Abstract of Reviews of Effect (DARE).
- WONG CA, CUMMINGS GG., *The relation between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review. literature review and meta-analysis* Database of Abstract of Reviews of Effect (DARE).
- MIRANDA DR, RIVERA-FERNÁNDEZ R, NAP RE. *Critical care medicine in the hospital: lessons from the EURICUS-studies.* Med Intensiva. 2007May;31(4):194-203. PubMed PMID: 17562305.
- MORENO R, REIS MIRANDA D., *Nursing staff in intensive care in Europe: the mismatch between planning and practice.* Intensive Care Unit, Hospital de Santo António dos Capuchos, Lisbon, Portugal. r.moreno@mail.telepac.pt Chest. 1998 Mar;113(3):569-70. Consensus conference. Critical care medicine. JAMA 1983;250:798-804.
- REIS MIRANDA D, LANGREHR D. *National and regional organisation.* In: REIS MIRANDA D, WILLIAMS A, LOIRAT P, EDITORS. *Management of intensive care. Guidelines for better use of resources.* Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1990:83-102.
- IAPICHINO G., *Daily classification of complexity/level of intensive medical care. Does it allow the monitoring of the managerial process in ICU?* Minerva Anestesiol. 2002 Mar;68(3):71-5. Review.
- LEE JS., *Intensivist staffing in intensive care unit (ICUs)* En: Research Synthesis, Academy Health. Disponibile en: <http://www.ahsrhp.org>.
- FIDLER V, NAP R, MIRANDA DR., *The effect of a managerial-based intervention on the occurrence of out-of-range-measurements and mortality in intensive care units.* J Crit Care. 2004 Sep;19(3):130-4.
- REIS MIRANDA D., *The EURICUS project* En: LEINER G, SCHUPPE M, EDITORS. *Common Challenge for health and care.* Gastein: Gunther Leiner, 2003p148-57.

DISTANZA CULTURALE TRA UTENTE ED ORGANIZZAZIONE SANITARIA

M. SCARDINO

Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma

Abstract

Il SSN italiano risulta essere, dati OMS, uno dei migliori in campo mondiale. Nonostante questa premessa che coinvolge l'aspetto puramente «tecnico» delle prestazioni erogate e quindi di risultati in termini di efficacia delle stesse, risulta invece «malvisto» e «mal percepito» dagli utenti che ne usufruiscono.

La sfiducia e la scontentezza degli utenti verso il SSN, nonostante il livello più che buono di quest'ultimo, portano ad una naturale delegittimazione dello stesso (rinforzato dai media per vari interessi: scoop, legami con mondo economico-finanziario che controlla strutture private, assicurazioni, ecc) con il reale pericolo di un crollo del sistema stesso se non supportato a livello politico. La mediazione culturale entra in gioco in quanto un vissuto culturale di un utente, in questo caso italiano, sarà comunque diverso rispetto al «vissuto culturale» dell'organizzazione dove tutto è standardizzato, protocollato.

Le rilevazioni di tipo aziendalistico inserite all'interno dei servizi sanitari per valutarne la produttività (budget, drg, ecc.) hanno determinato una spinta a processi di produzione con relativa diminuzione dell'aspetto relazionale.

In questo processo di standardizzazione si creano i problemi di comunicazione tra le due diverse «culture»: cittadino ed organizzazione. In questo contesto il mediatore assume il ruolo di unione dei due mondi così diversi cercando di individuare i nodi problematici all'interno di questo sistema (utente-organizzazione).

L'idea non si limita alla necessità di creare una o più figure di mediatore all'interno dell'organizzazione, sicuramente indispensabili e necessari per le utenze straniere su cui siamo tutti concordi, ma l'idea di creare all'interno delle aziende sanitarie una «cultura» della mediazione culturale.

Valutare se: l'organizzazione si mette in ascolto ed in autocritica rispetto alla sua standardizzazione e alle reali problematiche dell'utente?

Nell'utente, se esiste questa percezione, positiva o negativa, come è stata creata: operatori sanitari?, media?, operatori sanitari/struttura, familiari?

Fonti: statistica di denunce all'URP relative a «presunti problemi» comunicativi-organizzativi (se possibile) e relative risposte e/o rimedi adottati dall'organizzazione.

Ricerca di materiale bibliografico in merito al tema.

Risultati: valutazione del materiale ricavato dalle fonti.

A cura di VINCENZA PELLEGRINO, *Mediare tra chi e che cosa? Riflessioni di studiosi e operatori sanitari sull'incontro con il paziente migrante*. Ed. Unicopli, 2007.

SESSIONE ETICA

Moderatore: NORA MARINELLI

LIMITAZIONE DEI TRATTAMENTI INTENSIVI. IL PUNTO DI VISTA DEGLI INFERMIERI

M. STORNELLI

Coordinatore infermieristico Casa di cura privata Di Lorenzo s.p.a. U.O. Terapia Intensiva, Avezzano

Abstract

stornelli73@gmail.com

La limitazione dei trattamenti intensivi è un tema estremamente «forte». La tipologia dei pazienti che vengono ricoverati in terapia intensiva ed in rianimazione, è variata rispetto al passato. Attualmente l'età media si è alzata, le patologie cardiache hanno una prognosi meno infausta, per cui la maggior parte dei pazienti che sostano nei reparti ad alta complessità assistenziale, sono anziani con patologie croniche, a volte malati terminali, per i quali le aspettative di vita sono basse.

La mia ricerca è orientata a valutare ciò che gli infermieri percepiscono di fronte alla «limitazione dei trattamenti», ambito certamente medico, ma che comporta anche il coinvolgimento del personale infermieristico sempre a stretto contatto con il malato e con i suoi familiari.

Obiettivi: valutare il punto di vista degli infermieri sul tema del «fine vita» e «limitazione delle cure»; capire se gli operatori sanitari sono coinvolti e se sì in che modo.

Materiale e metodi: ricerca bibliografica nelle principali banche dati internazionali, partendo dallo studio condotto dal GIVITI nel 2006, relativo al «fine vita dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva».

Risultati e conclusioni: dai dati che ho analizzato risulta che il personale infermieristico è poco coinvolto nelle scelte decisionali relative alla limitazione dei trattamenti. Emerge inoltre la fondatezza dell'apporto che le/ gli infermiere/i forniscono ai parenti durante la fase del fine vita.

GIVITI, *Fine della vita dei pazienti in Terapia Intensiva*, 2006.

CALVIN AO, KITE-POWELL DM, HICKEY JV. *ICU Nurse's Perceptions About End-of-Life Care. The Neuroscience.*

APARECIDO BEZERRA CHAVES A, KOMATSU BRAGA MASSAROLLO MC. *Perception of nurses about ethical dilemmas related to terminal patients in intensive care units.*

La mia ricerca parte dallo studio condotto dal GIVITI (Gruppo italiano valutazione interventi terapia intensiva), con sede presso L'istituto Mario Negri di Bergamo, relativo alla partecipazione dei pazienti alle decisioni e loro consenso alle cure, decisioni terapeutiche nei pazienti che poi decedono nelle terapie intensive, al coinvolgimento dei familiari ed alle problematiche relative alla donazione di organi.

I dati raccolti riguardano 3782 pazienti in 84 terapie intensive. In oltre

l'80% dei pazienti studiati, questi sono stati considerati non in grado di esprimere un consenso valido al piano di cure al momento dell'ammissione in T.I. Solo nell'8% dei casi è disponibile una testimonianza formale ed anticipata delle proprie volontà.

Nell'indagine risulta che per oltre il 90% dei pazienti, all'ammissione era stata decisa e attuata una terapia piena con tutti i trattamenti intensivi disponibili. Una limitazione di uno o più trattamenti intensivi decisa all'ammissione è stata attuata solo nell'8% dei pazienti

Un trattamento intensivo senza limitazioni è stato assicurato al 37,8% dei pazienti fino al momento del decesso. Nel restante 62,2% vi è stata una limitazione dei trattamenti intensivi; queste decisioni avvengono più tardi nel decorso clinico, quando la prognosi infausta diventa evidente e le motivazioni più frequentemente riportate sono «evitare cure inappropriate per eccesso».

Chi prende le decisioni? Solo nel 7% dei casi erano disponibili precedenti disposizioni espresse dal paziente o testimonianze dai famigliari, anche se queste non erano espresse in modo formale e in assenza di disposizioni di legge specifiche. Al momento del ricovero solo l'8% ha potuto dare il consenso al piano di cure. Le decisioni devono quindi essere prese da altri, i medici intensivisti in primo luogo e nel comunicato stampa GIVITI si legge: «la collegialità di queste decisioni e il coinvolgimento degli infermieri, se pure auspicabile, è in-costante».

Questa frase mi ha spinto a condurre una ricerca con l'obiettivo di valutare il coinvolgimento degli infermieri sul tema del fine vita e sulla limitazione delle cure.

La ricerca è stata condotta sulle principali banche dati e su alcuni siti internet di associazioni infermieristiche mondiali.

Il primo studio prospettico osservazionale chiamato ETHICUS, realizzato dalla sezione etica della società europea medica di terapia intensiva, ha coinvolto oltre 30.000 pazienti in 37 reparti di terapia intensiva di 17 paesi europei. Tra i dati raccolti si può analizzare il coinvolgimento degli infermieri di terapia intensiva nelle decisioni di fine vita che furono prese per i pazienti arruolati nello studio.

L'adozione di linee guida sta ormai creando standard di comportamenti tra gli operatori sanitari in molti aspetti della pratica diagnostica, terapeutica e di assistenza. Tuttavia i dilemmi etici insorgono spesso tra il personale medico ed infermieristico a causa della sospensione delle terapie di sostegno vitale per i pazienti. Infatti fino al 90% delle morti nei reparti di terapia intensiva sono causate dalle decisioni di fine vita, che comprendono la decisione di non procedere a rianimazione cardiopolmonare, dichiarazione di morte cerebrale, sospensione o rifiuto di un trattamento, abbreviazione attiva del processo del morire.

Lo scopo di questo studio era quello di investigare la percezione dei medici sul ruolo dell'infermiere di area critica nel processo che porta a queste gravi decisioni.

I medici ebbero la percezione che gli infermieri fossero coinvolti nel 78,3% delle decisioni di fine vita che vennero prese. Si pensò che gli infermieri inizias-

sero una discussione nel 2% dei casi, mentre i medici dei reparti di terapia intensiva il 79% dei casi. La famiglia nel 4% dei casi mentre il paziente solo nello 0,6%

Il personale operante nelle rianimazioni dell'Europa del Nord (Danimarca, Finlandia, Irlanda, Olanda, Svezia e Regno Unito) è più coinvolto rispetto ai colleghi dell'Europa del Sud.

Queste differenze potrebbero trarre origine da una diversa cultura per quanto riguarda questo particolare tipo di lavoro, ma anche per la notevole variazione nella legislazione e nella pratica del sospendere e del negare un certo trattamento.

Inoltre nelle regioni dell'Europa del sud i medici generalmente da soli prendono tali decisioni senza consultare gli infermieri né tantomeno discutendo con i pazienti.

Nel reparto di Terapia Intensiva di un grande ospedale privato nella città di San Paolo Brasile, è stato condotto uno studio sugli infermieri che lavoravano in terapia intensiva attraverso interviste. Gli infermieri hanno dichiarato che nel momento in cui il medico ritiene che non vi è più alcuna possibilità di sopravvivenza per il paziente, informa i pazienti sulla gravità del caso e sulle decisioni che devono essere prese. Il team infermieristico non è coinvolto in queste decisioni.

Tuttavia ritengono fondamentale il loro coinvolgimento, insieme ai familiari, nel processo decisionale relativo alla limitazione o sospensione dei trattamenti

Relativamente all'apporto che gli infermieri forniscono ai parenti durante la fase del fine vita, uno studio condotto dal cancer nursing in Olanda aveva l'obiettivo di indagare il punto di vista degli infermieri che partecipavano alle cure palliative sul loro ruolo nel processo decisionale. Analizzando i questionari si è visto che il 62% del personale infermieristico parlava con i pazienti e le loro famiglie, riguardo la limitazione dei trattamenti e tre quarti degli infermieri erano stati coinvolti nelle decisioni di fine vita.

In uno studio descrittivo che utilizzava un questionario sulla soddisfazione dei familiari di pazienti ricoverati in terapie intensive dell'Irlanda si è evidenziato un più alto grado di soddisfazione dei parenti con gli infermieri piuttosto che con i medici. Questo risultato sottolinea l'importanza del coinvolgimento degli infermieri nella comunicazione. In particolare quando i pazienti si stanno avvicinando alla morte gli infermieri comunicano maggiormente con i familiari, utilizzando un linguaggio semplice, comprensibile, in grado di aiutare i parenti ad affrontare la futura perdita.

Riguardo a ciò che pensano gli infermieri, sono stati condotti alcuni studi al termine dei quali si è evidenziato un grande senso di frustrazione, rabbia, tristezza, impotenza e stress morale, poiché c'è la consapevolezza di essere incapaci di influenzare le decisioni legate al fine vita e i processi decisionali.

Naturalmente la sofferenza morale rappresenta un problema serio per gli infermieri che lavorano nelle terapie intensive, non solo quando si è nell'ambito del fine vita, infatti il personale operante nelle terapie intensive può sviluppare burnout, insoddisfazione, fino a lasciare il lavoro.

Discussione e conclusione. Naturalmente condividere una decisione legata alla limitazione dei trattamenti ed al fine vita rappresenta il prossimo traguardo da raggiungere. Il personale infermieristico ha la professionalità e l'esperienza per discutere con il medico e i familiari circa i temi suddetti. Tutto ciò può essere realizzato organizzando family conference cioè incontri strutturati che coinvolgono i curanti e i membri della famiglia. Nella pratica quotidiana le family conferences sono riunioni nelle quali si presentano tutti i partecipanti, si crea un clima di fiducia, rassicurazione e si discute circa le condizioni del paziente e il trattamento (compresi gli scopi della cura, potenziale passaggio dalle cure alla sospensione o astensione dei trattamenti futuri, discussione sulle preferenze del paziente, valori ed opinioni.

Infine per monitorare il grado di stress del personale infermieristico è bene somministrare questionari con i quali valutare la percezione degli infermieri circa questo tema.

Infine condivisione e confronto? Decisamente sì.

Bibliografia

GIVITI, *Fine della vita dei pazienti in Terapia Intensiva*, anno 2006.

AMY O. CALVIN, DOROTHY M. KITE-POWELL, JOANNE V. HICKEY, *The Neuroscience ICU Nurse's Perceptions about end-of-life care*.

ADRIANO APARECIDO BEZERRA CHAVES, MARIA CRISTINA KOMATSU BRAGA MASSAROLLO, *Perception of nurses about ethical dilemmas related to terminal patients in intensive care units*.

RIFLESSIONI SULLA TEMATICA DEL FINE VITA: RISPETTO DEL TESTAMENTO BIOLOGICO O DELLA VOLONTÀ DEI PARENTI DI INTERROMPERE LE MANOVRE RIANIMATORIE. RIFLESSIONI E CONSIDERAZIONI DAL PUNTO DI VISTA MEDICO LEGALE

I. SANDRETTI ⁽¹⁾, S. MUSOLESI ⁽¹⁾, M. BARTOLOMEI ⁽¹⁾, F. LANDUZZI ⁽²⁾

⁽¹⁾ Emergenza territoriale, Bologna.

⁽²⁾ Dip. Medicina Sanità Pubblica - Medicina Legale - Università di Bologna

Abstract

i.sandretti@118er.it

Scopo: Lo scopo di questa presentazione è di riflettere in merito alla tematica del fine vita. Quale comportamento tenere in merito alla richiesta di familiari di interrompere le nostre manovre e come muoverci nei casi in cui il paziente abbia redatto un testamento biologico, nel quale dichiara che non vuole essere rianimato.

Materiali e metodi: Analisi dal punto di vista medico legale di alcuni casi che si possono presentare in ambiente preospedaliero.

Analisi dal punto di vista medico legale del testamento biologico. Confronto con altri Paesi dove è già in vigore l'utilizzo del testamento biologico.

Conclusioni: Riflessioni in merito al diritto di fine vita, autonomia e responsabilità dell'infermiere nel rispettare o meno tali indicazioni.

ETICA, DIRITTO E DEONTOLOGIA RIGUARDO L'ASSISTENZA NEL FINE-VITA NELLE TERAPIE INTENSIVE

A. QUARTA

Rianimazione Policlinico «A. Gemelli» UCSC Roma - Master in Metodologia e analisi della responsabilità professionale nell'area infermieristica

Abstract

quarta75@libero.it

Premessa: Prendere decisioni etiche, in ambito sanitario, non è semplice e non può sempre derivare da protocolli definiti o comportamenti standard.

L'etica, da un punto di vista sanitario, è un'applicazione delle teorie morali ed alla medicina e sono, quindi, questi obblighi etici a governare la pratica della terapia intensiva.

Lo stimolo principale della pratica in terapia intensiva deve essere il benessere del paziente. Talora questo obiettivo può entrare in conflitto con il credo personale e alcuni principi etici.

In quasi tutti i casi, oggi, è il medico a dover decidere.

Scopi: Si prendono in considerazione, allora, i principi etici, che sono guide generali in grado di fornire un quadro per il ragionamento e l'analisi del caso da affrontare. Ogni dilemma clinico etico è considerato all'interno di questi principi, che sono: autonomia, beneficenza, non intenzionalità, fedeltà ai nostri doveri e obblighi, giustizia sociale e utilità.

L'etica si interpone poi, tra i requisiti legali e deontologici.

Questioni di principio legale ed etico includono il consenso, la riservatezza e le decisioni di sospensione delle cure.

Materiali e Metodi: In una terapia intensiva sono considerate decisioni end-of-life l'interruzione o la sospensione del trattamento e l'eutanasia. Questi temi sono molto controversi e pregni di dilemmi etici, morali e legali. La legge è talora ambigua.

I gruppi con convinzioni irremovibili, i preconcetti del pubblico, le interpretazioni diverse della terminologia e i media irresponsabili, aggravano le difficoltà nell'affrontare con serenità un argomento del genere.

Diventa indispensabile a questo punto affrontare problematiche inerenti la terapia intensiva che coinvolgono in un unico cerchio tutti i professionisti che ruotano intorno al paziente. La disquisizione di dette tematiche verterà su:

- il diritto e il rifiuto alle cure: il consenso informato;
- il concetto giuridico di morte;
- il concetto di accanimento terapeutico
- Le posizioni della bioetica, cattolica e laica
- L'eutanasia: aspetti giuridici e deontologici
- I testamenti biologici

Risultati e Conclusioni: Alcune sentenze degli ultimi anni, hanno fatto scalpore, affrontando tematiche sul fine-vita e, nonostante la giurisprudenza si sia pronunciata al riguardo, rimangono forti dubbi su come affrontare e assistere i pazienti in questi casi.

Un lungo iter tra leggi, codici e regole morali attanagliano il professionista sanitario, che in alcuni punti si accomunano, ma in tanti altri si differiscono creando quelle zone d'ombra che solo il rispetto della volontà altrui porterà a una giusta soluzione. Difatti voler il meglio per gli altri non significa imporre il nostro credo. La chiave di volta sta nell'appoggiare la libertà di scelta di chi decide di essere curato o meno.

Prendere decisioni etiche, in ambito sanitario, non è semplice e non può sempre derivare da protocolli definiti o comportamenti standard. Il tema trattato in questo convegno coinvolge tutti gli operatori sanitari, in particolare l'infermiere che lavora in terapia intensiva, dove costantemente si trova di fronte a situazioni che si spingono fino al limite di un trattamento sanitario, nella maggior parte dei casi salva-vita, ma che in molti altri rappresenta un trattamento superfluo.

Tema che accende i riflettori su alcune problematiche che oramai grazie a Piergiorgio Welby ed Eluana Englaro sono uscite dalle mura sanitarie - ospedaliere, per interessare aule di tribunale e di conseguenza tv, giornali ed opinione pubblica.

Il 20 dicembre del 2006, il Dott. Mario Riccio: «procedeva prima alla sedazione di Piergiorgio Welby e subito dopo al distacco del ventilatore automatico, alla quale pratica faceva seguito la morte sopravvenuta nell'arco di circa mezz'ora».

Tre anni dopo ad Eluana Englaro, in coma vegetativo permanente da 17 anni, viene applicato il protocollo di sospensione della nutrizione enterale, dietro richiesta del suo tutore legale, nonché il padre Beppino Englaro.

Eluana Englaro muore il 9 febbraio del 2009.

In alcuni casi, purtroppo, le manovre rianimatorie applicate sui pazienti producono coma vegetativi inizialmente persistenti per poi diventare permanenti.

Il miglioramento delle tecniche di rianimazione, negli ultimi decenni ha aumentato notevolmente il numero delle persone che dopo un brutto trauma, sono ritornate in «vita».

Una vita, molte volte, vissuta con consapevolezza, ma imprigionata in un corpo immobile, come nel caso di Piergiorgio Welby o ancora prima Terry Schiavo, o molte altre vissuta in uno stato di coma permanente come è stato nel caso di Eluana Englaro.

Quante volte ci troviamo a vivere l'arrivo di un paziente in pronto soccorso per un grave trauma, un emorragia cerebrale, un ictus: il malato viene circondato da medici e infermieri, ognuno dei quali sembra agire in maniera indipendente: chi taglia i vestiti e pulisce il corpo, chi sistema gli elettrodi, chi posiziona il tubo per la respirazione artificiale.

Si corre e ci si affanna per strappare la vita a una morte certa.

Spesso ci si riesce e una mattina il paziente apre gli occhi e ti guarda e allora ti rendi conto che la vita c'è!

Ma quell'attimo è solo l'inizio.

Dopo la rianimazione si dovranno affrontare lunghi periodi di riabilitazione, fisioterapia, si deve imparare di nuovo a camminare, mangiare, parlare, ma la vita è anche questo e per difenderla si deve fare tutto il possibile.

Poi purtroppo ci sono anche i casi in cui la vita fugge e le mani di medici e infermieri che provano a rianimare, non riescono a trattenerla, in un corpo troppo ferito o troppo ammalato. Ed è dovere degli operatori sanitari non accanirsi, sapersi fermare quando non c'è più nulla da fare anche se questo provoca frustrazione e sconforto.

Diventa indispensabile affrontare tematiche inerenti la terapia intensiva, che coinvolgono in un unico cerchio tutti i professionisti che ruotano intorno al paziente e il paziente stesso.

Consenso informato, accanimento terapeutico, testamento biologico e diritto all'autodeterminazione, alleanza terapeutica, eutanasia sono temi controversi, pregni di dilemmi etici, morali e legali che ci coinvolgono tutti non solo come professionisti sanitari, ma anche come persone che, un giorno potrebbero stare dall'altra parte e vivere la corsia da paziente.

A questo punto la domanda da porsi è: «Il proprio corpo è veramente disponibile come si afferma o, invece è proprietà indisponibile dell'uomo?».

Partiamo dal diritto, dalla legge suprema: la Costituzione articoli 2-3-13-32 tutelano la libertà personale e in particolare l'art. 32 al comma II recita così: «nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana».

Su questa tematica le posizioni sostenute dalla bioetica sono fondamentalmente due: una bioetica cattolica, che crede nella sacralità della vita vissuta in qualunque modo, perché la vita come la malattia, la sofferenza è un dono di Dio e per tale motivo rimane un bene inviolabile fino alla fine; una bioetica laica, che punta sulla qualità della vita, sul diritto di vivere una vita degna di essere vissuta, quindi diritto di autodeterminazione e disponibilità del proprio corpo.

Tale diritto che viene legittimato non solo dal consenso informato ma sottolineato già nel 1992 dal Comitato Nazionale di Bioetica: «si ritiene ormai tramontata la stagione del paternalismo medico, in cui il sanitario si sentiva legittimato a ignorare le scelte e le inclinazioni del paziente...».

Prima di ricevere il consenso informato da parte del paziente, il medico ha l'obbligo di informarlo sul suo stato di salute o piano terapeutico in modo onesto, veritiero ma soprattutto completo.

È a questo punto che tra l'operatore sanitario e il paziente si dovrebbe creare un inter-scambio di informazioni, una collaborazione, una alleanza terapeutica, che pone il paziente come fulcro nell'ambito del proprio trattamento sanitario, consapevole e libero di scegliere in ogni momento se tale trattamento deve o non deve essere fatto. In altre parole grazie al consenso il medico è obbligato a non intraprendere nessuna attività diagnostica o terapeutica senza l'approvazione del paziente.

Come si evince dalla Sentenza n. 13 del 1990 della Corte di Assise di Firenze: «Nel diritto di ciascuno di disporre, lui e lui solo, della propria salute e integrità personale, pur nei limiti previsti dall'ordinamento, non può che essere ricompreso il diritto di rifiutare le cure mediche lasciando che la malattia segua il suo corso fino alle estreme conseguenze: il che non può essere considerato il riconoscimento di un diritto positivo al suicidio, ma è invece la riaffermazione che la salute non è un bene che possa essere imposto coattivamente al soggetto interessato, dal volere o peggio ancora, dall'arbitrio altrui... ma deve fondarsi esclusivamente sulla volontà dell'avente diritto, trattandosi di una scelta che riguarda la qualità della vita e che pertanto lui e lui solo può legittimamente fare».

La storia di Eluana Englaro, dopo quella di Piergiorgio Welby e di altre persone che si sono trovate a vivere situazioni drammatiche, hanno scosso l'opinione pubblica italiana.

Storie vere, di persone in carne e ossa, che ci hanno obbligato ad aprire gli occhi, a interrogarci sulle carenze dei sistemi e sui fantomatici vuoti legislativi.

Esiste la consapevolezza diffusa, ormai, che la morte è un evento sempre meno naturale e sempre più affidato ad apparecchi che possono continuare a far vivere o lasciarci andare verso la nostra fine. Molti Paesi del mondo hanno adottato delle leggi su questa materia, mi riferisco al Testamento Biologico, o per essere più precisa, alle dichiarazioni anticipate di volontà.

Al riguardo, alcuni termini sono complessi, alcune differenze sottili e, nel dibattito italiano, in questi anni, vi è stata certamente tanta confusione. Per questo credo sia importante spendere qualche parola sulle definizioni prese in esame.

Il testamento biologico è un documento con cui una persona capace di intendere e di volere esprime la propria volontà circa le terapie e i trattamenti sanitari cui desidera, o non desidera, essere sottoposta, nell'eventualità dovesse perdere irrimediabilmente la capacità di comprendere e di esprimersi. Vi è una chiara e netta distinzione tra il testamento biologico in cui indico, oggi, le mie volontà per il futuro e il consenso informato, attraverso cui posso chiedere l'interruzione delle terapie o la non attuazione, nel momento in cui sono cosciente e mi posso ancora esprimere.

Quando si chiede di interrompere una terapia si accetta che la malattia faccia il suo corso; il medico avrà il dovere di informare il paziente delle conseguenze di quella decisione ma non può fare nulla per opporvisi e, anzi, è tenuto a rispettare le indicazioni.

Ci sono altri due termini con cui spesso si fa molta confusione, e sono «suicidio assistito» e «eutanasia».

Nel primo caso, si intende l'atto di fornire intenzionalmente a una persona i mezzi e le conoscenze necessarie per commettere il suicidio, compreso il consiglio e la prescrizione dei farmaci e delle dosi corrette per compiere l'atto mortale.

L'eutanasia è invece l'uccisione procurata deliberatamente, attraverso la somministrazione di farmaci letali o la non somministrazione di terapie salvavita. In Italia il suicidio assistito e l'eutanasia sono considerati entrambi reati e su questi due aspetti anche il codice di deontologia dei medici e degli infermieri italiani segue la stessa linea (art. 36 per i medici e art. 38 per gli infermieri).

Altra distinzione va fatta tra eutanasia e astensione dall'accanimento terapeutico, dove la prima si riferisce a un gesto che intende abbreviare la vita causando positivamente la morte; la seconda consiste nella rinuncia all'utilizzo di procedure mediche sproporzionate e senza ragionevole speranza di esito positivo. Evitando l'accanimento terapeutico non si vuole procurare la morte, ma si accetta di non poterla impedire assumendo così i limiti propri della condizione umana mortale.

Il punto delicato è che per stabilire se un intervento medico è appropriato non ci si può richiamare a una regola generale matematica, ma occorre un attento esame della situazione soggettiva e tenendo presente però la volontà del malato in quanto è a lui che compete la scelta.

Nelle nostre rianimazioni le decisioni sul fine vita vengono prese in continuazione, ogni giorno, ogni notte, da medici che operano in scienza e coscienza ma che, nella maggior parte dei casi, non conoscono gli orientamenti dei pazienti rispetto alle terapie da accettare o meno nelle fasi finali dell'esistenza. Questo perché il paziente arriva in rianimazione già incosciente ed è impossibile poter dialogare e cogliere i principi che orientano la sua vita. Pur non conoscendoli si deve comunque decidere quando mettere la parola fine; le intese tra famigliari e medici, anche se non sono documentate in cartella clinica, esistono, ma si fanno sotto-banco con qualche frase sussurrata molte volte in corridoio «mi raccomando che non soffra» o «saprà lei cosa è meglio fare». Tali situazioni sono state documentate in una ricerca del 2005 condotta dal Gruppo Italiano per la Valutazione in Terapia Intensiva, costituito da esperti di rianimazione che fanno ricerca su questi temi dal 1992.

Lo studio dimostra come su circa 3800 pazienti terminali in un centinaio di rianimazioni sparse in tutto il Paese, nel 62% dei casi i medici abbiano attuato la cosiddetta «desistenza terapeutica» nelle ultime fasi di vita del paziente.

Il che significa che il medico di guardia e non il medico curante, o il padre, la madre, un figlio, un parente, prende in scienza e coscienza, ma aggiungo, anche in solitudine, la decisione di non avviare la dialisi, di non somministrare la nutrizione enterale, di non intubare il paziente per collegarlo al respiratore automatico.

In un Paese maturo, come dovrebbe essere il nostro mi aspetto che decisioni riguardanti il fine vita su una persona tengano conto della persona stessa attraverso un dialogo aperto e sereno semplicemente tra operatori sanitari e familiari.

Mi sembra poco degno che queste decisioni vengano discusse in un aula di Tribunale da un Giudice che è completamente estraneo al paziente e alla famiglia stessa.

Come è stato per Beppino Englaro che ha scelto la strada più «trasparente» per far valere un proprio diritto costituzionalmente protetto e l'ha fatto non solo per se stesso, ma perché ognuno di noi possa avere la possibilità di decidere sulla propria vita fino alla fine.

Bisogna appoggiare la libertà di scelta di chi decide di vivere o decide di morire: vivere deve essere un diritto non un obbligo.

Mi pare significativo a tal proposito, concludere con il messaggio che Paolo VI volle far pervenire ai partecipanti al congresso dei medici cattolici nel 1970, attraverso una lettera del segretario di stato, Cardinale Giovanni Villot: «Il carattere sacro della vita è ciò che impedisce al medico di uccidere e che lo obbliga nello stesso tempo a dedicarsi con tutte le risorse della sua arte a lottare contro la morte. Questo non significa tuttavia obbligarlo a utilizzare tutte le tecniche di sopravvivenza che gli offre una scienza instancabilmente creatrice. In molti casi non sarebbe forse un'inutile tortura imporre la rianimazione vegetativa nella fase terminale di una malattia incurabile? In quel caso, il dovere del medico è piuttosto di impegnarsi ad alleviare la sofferenza, invece di voler prolungare il più a lungo possibile, con qualsiasi mezzo e in qualsiasi condizione, una vita che non è più pienamente umana e che va naturalmente verso il suo epilogo...».

Parole scritte nel 1970, dove probabilmente ancora esisteva quel senso di accompagnare il proprio genitore o parente fino all'ultimo momento della sua vita, con serenità, nella propria casa senza la paura di starli accanto.

Oggi spesso nei nostri reparti ci troviamo di fronte ad anziani novantenni, intubati, dializzati e sedati nella migliore delle ipotesi, altrimenti «trattati a metà», come li definisco io: non vengono intubati perché sono troppo anziani e allora per farli respirare vengono trattati con la NIV, cioè con una maschera che aderisce al viso e che costantemente manda aria nei polmoni del paziente.

Molte volte te li ritrovi lì, in quel letto, soli, senza sedazione, con questa maschera che li opprime il viso e allora ti auguri almeno che non siano coscienti.

A mio parere, oggi, un po' tutti dovremmo farci un esame di coscienza e riflettere su quanto viviamo nei nostri reparti e dividerlo con le altre categorie che ci ruotano intorno.

Noi infermieri abbiamo la fortuna di vivere più a stretto contatto con il paziente, rispetto a un medico e, per tale motivo penso che, attraverso la condivisione si possa far emergere quel senso del «limite di un trattamento» che deve far parte del nostro quotidiano operato professionale.

SEMPRE L'IMPEGNO TERAPEUTICO CORRISPONDE AL BENE DEL PAZIENTE?

P. PAGANELLI, L. BUZZI, L. GATTAFONI

Rianimazione Cardiochirurgica, Az. Osp. Policlinico Universitario S. Orsola-Malpighi, Bologna

Abstract

paola.p67@virgilio.it

Una buona percentuale dei decessi avviene in terapia intensiva e in rianimazioni, a seguito di terapie inutili e spropositate. Il principio di proporzionalità delle cure dovrebbe permettere di distinguere il limite fra una doverosa insistenza terapeutica e una dannosa e inutile ostinazione. Il rifiuto dell'accanimento terapeutico non significa abbandono del malato terminale o comatoso ma un rifiuto a prolungare con mezzi sproporzionati l'agonia, a tormentare il paziente con strumentazioni che non coincidono significativamente su un suo accettabile e minimale benessere, a praticare terapie con poche probabilità di successo. Nel Codice deontologico dell'infermiere si dice chiaramente no all'eutanasia art. 38: «l'infermiere non partecipa a interventi finalizzati a provocare la morte, anche se la richiesta proviene dall'assistito»), ma arriva anche uno stop all'accanimento terapeutico art. 36: «L'infermiere tutela la volontà dell'assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità della vita»).

Comparando 2 casi, uno il cui esito è risultato positivo e l'altro negativo, si capisce quanto sia sottile il confine tra accanimento terapeutico con effetti benefici e quando con conseguenze negative; e solo attraverso il dialogo fra professionisti, la crescita formativa, la ridefinizione del ruolo professionale e la trasparente assunzione di responsabilità nei confronti dei cittadini e degli assistiti, si può arrivare alla scelta migliore, poiché l'essere umano è unico.

«Accanimento terapeutico» e «Testamento biologico» sono temi molto dibattuti in questi ultimi anni, e la questa relazione vuole essere soprattutto una riflessione su realtà quotidiane che si presentano nelle nostre Terapie Intensive e/o Rianimazioni.

Già nell'Articolo 32 della Costituzione si legge che: «Nessun trattamento medico può essere effettuato senza il consenso dell'assistito», e anche il Codice Deontologico dell'infermiere ci riporta fortemente a questo tema, prima con l'articolo 36 «L'infermiere tutela la volontà dell'assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità della vita». Ma anche con l'articolo 38 dove si legge che «L'infermiere non partecipa a interventi finalizzati a provocare la morte, anche se la richiesta proviene dall'assistito».

Ma cosa avviene realmente nelle Terapie Intensive e/o Rianimazioni? E' così facile riuscire a garantire l'attuazione di questi articoli? Come ci si comporta quando ci si rende conto che «non vi è più nulla da fare»? «Dove si trova il confine che distingue Terapia da Accanimento Terapeutico»? «Su quali parametri oggettivi ci si può basare per decidere se interrompere o proseguire le cure?».

I dati raccolti dal GiViTi (Gruppo Italiano per la Valutazione degli Interventi in Terapia Intensiva) fra gli anni 2000 e 2005 riportano che nelle Terapie Intensive e Rianimazioni c'è stata una riduzione del 10% di mortalità a parità di gravità di casi, grazie ai progressi delle tecniche di cura e di farmaci messi in atto per sopperire al mancato funzionamento di 1 o più organi vitali.

Tuttavia, il trattamento intensivo alcune volte è appropriato e conduce a dei risultati attesi, ma in altri casi si ottiene solo di prolungare di giorni o di mesi «l'agonia», fino ad arrivare al momento in cui ci rendiamo conto che tutto è stato ed è inutile.

Sarebbe auspicabile il principio della proporzionalità delle cure che dovrebbe permettere di distinguere il limite fra una doverosa insistenza terapeutica ed una dannosa ed inutile ostinazione, che si rende purtroppo non facilmente attuabile secondo scienza e coscienza del medico, vista la difficoltà della decisione.

In Italia, ad oggi, la decisione di interrompere o proseguire le cure grava sul medico, anche se la collegialità tra medici e infermieri sarebbe auspicabile, e avviene nel 64,4% dei casi (secondo i dati del GiViTi); mentre il coinvolgimento dei familiari dell'assistito avviene non tanto nelle decisioni di proseguire o interrompere le cure, quanto nella valutazione delle prospettive future a seguito della condizione in cui si trovano i loro congiunti.

Con questa visione delle cose, è possibile compilare delle direttive anticipate in merito a quanto si vuole o non si vuole che venga attuato qualora ci si trovasse in Terapia Intensiva/ Rianimazione? Si riuscirebbe a trovare una soluzione attuando il Testamento biologico?

I possibili scenari che si attuerebbero sarebbero:

- desistenza terapeutica: il lasciare andare verso il percorso di morte chi non mostra clinicamente le condizioni di riprendersi;
- non desistenza terapeutica: insistenza terapeutica, il non rinunciare a terapie mediche.

Con il rischio che si potrebbero commettere o non compiere, gesti che potrebbero essere comunque contestati: di non sottoporre i pazienti in condizioni gravissime a atti di sostegno che poco dopo si potrebbero sospendere; e di provocare agonie più lunghe e strazianti del necessario come avviene ai giorni d'oggi ma con la differenza che si segue un volere precedentemente disposto dalla persona.

Attualmente in Italia il 62,2% degli assistiti muoiono per desistenza terapeutica (decisione presa quando la prognosi infausta diventa evidente), mentre il trattamento intensivo senza limitazioni è stato assicurato fino al momento del decesso nel restante 37,8%.

In altri paesi come la Francia la desistenza terapeutica avviene nel 70% dei casi, ma cresce in maniera ponderale se guardiamo i dati degli Stati Uniti che raggiungono il 90-93% dei casi.

Il confine tra accanimento terapeutico con effetti benefici o con conseguenze negative è molto sottile. Ne sono un esempio i 2 casi di seguito descritti, che si sommano ad altri tantissimi casi cui siamo quotidianamente abituati trattare.

1° Caso clinico:

Il signor B.P. di anni 55, affetto da miocardiopatia dilatativa, viene posto in lista trapianto il 04/11.

A seguito di un peggioramento del quadro clinico, il 09/12 viene montato l'ECMO (3,8ml/min) e ricoverato nella nostra Unità Operativa, dove ha una ripresa del suo quadro clinico.

Il 24/12 viene eseguito il trapianto cardiaco omologo.

Entra in Terapia Intensiva ma presenta perdite ematiche e sanguinamento notevole, tanto che si rende necessario il suo ritorno in Sala Operatoria per una revisione sternale. Tuttavia non vengono trovate fonti emorragiche a livello delle suture chirurgiche e rientra in Terapia Intensiva con un'assistenza femoro-femorale per un elevato gradiente trans-polmonare.

I suoi parametri emodinamici e di scambio gassoso sono sostenuti principalmente dall'ECMO, tuttavia è impostato il ventilatore su volumi controllati e infonde terapia cardiocinetica ad elevate concentrazioni; mantiene la sedazione in infusione continua, ingente terapia antibiotica e nutritiva, e trasfonde emocomponenti ed emoderivati a sostegno del circolo ematico.

Nel corso della sua permanenza nella nostra Unità Operativa, subirà 3 rientri in Sala Operatoria di cui 2 riaperture sternali per revisione e una per la rimozione dell'ECMO; ripetute consulenze psichiatriche, fisiatriche e riabilitative; otorinolaringoiatrica per esecuzione della tracheotomia; nefrologica per insufficienza renale; neurologica per coma vigile non reagente ed elettromiografia per tetraplegia flaccida e areflessica; infettivologica; endoscopica.

Verrà prestata particolare attenzione e cura alla cute del signor B.P. per il maggior rischio di incorrere nelle Lesioni da Decubito, che tuttavia presenterà.

Lesito finale sarà l'exitus per shock cardiogeno/settico, dopo 100 giorni di degenza nella nostra U.O.

2° Caso clinico:

Il signor T.P.A. di anni 66, presenta una diagnosi di coronaropatia monovasale (ostruzione prossimale del ramo interventricolare anteriore e stenosi della coronaria destra del 50%. Presenta pregressi episodi di malaria (che si presentano ciclicamente durante l'anno) contratta in Uganda dove soggiorna come missionario.

Il 18/06 subisce l'intervento di rivascularizzazione miocardica mediante il confezionamento di un mono by-pass aorto-coronarico con l'arteria mammaria interna di sinistra.

Entra in T.I. e dopo 30 minuti presenta dissociazione elettromeccanica.

Si esegue Massaggio Cardiaco esterno non rispondente a farmaci inotropi, perciò si provvede alla riapertura sternale, ed esecuzione del massaggio cardiaco interno, sotto la cui procedura rientrerà in Sala Operatoria (riallestita in Emergenza).

Viene confezionato in Circolazione Extra Corporea, un ulteriore By-Pass con vena safena autologa sul ramo discendente anteriore.

Rientra in Rianimazione con la deiezione dello sterno e con un contropulsatore intra-aortico a causa del ventricolo sinistro con ipocinesia della parete anteriore e del setto intra ventricolare, F.E. del 40-45%, ventricolo destro con ipocinesia lieve (40%) e insufficienza mitralica lieve.

I valori emodinamici saranno molto critici e sostenuti da infusione di cardiocinetici a dosi elevate, mantiene la sedazione in infusione continua, ingente terapia antibiotica e nutritiva, e trasfonde emocomponenti ed emoderivati a sostegno del circolo ematico.

Nel corso della sua permanenza nella nostra Unità Operativa, eseguirà 1 revisione sternale e una chiusura della deiezione, ripetute consulenze psichiatriche, fisiatriche e riabilitative; otorinolaringoiatrica per esecuzione della traqueotomia; nefrologica per insufficienza renale; neurologica per stato di torpore risvegliabile solo verbalmente ed elettromiografia dove le fibre sensitive risultano inalterate; infettivologica per il sospetto di episodi malarici a seguito di temperatura corporea superiore a 41,3°, risultato negativo; endoscopica.

Verrà prestata particolare attenzione e cura alla cute del signor T.P.A. per il maggior rischio di incorrere nelle Lesioni da Decubito, che tuttavia presenterà.

L'esito finale sarà la dimissione dopo 70 giorni dal ricovero. Ritournerà in Uganda, nella sua missione.

Due conclusioni diverse, ma a decorso molto simile; due storie che si ricordano, per la loro particolarità, come tante altre.

Ogni storia lascia un segno, perché i momenti brutti, vissuti come sconfitte, si legano a quelli belli vissuti con i pazienti a cui, giorno dopo giorno ci si affeziona, poiché tutto il personale e soprattutto l'infermiere che maggiormente si trova a contatto con l'assistito, vive il suo dolore e quello dei parenti, e impara a conoscerne la storia attraverso il racconto dei parenti.

I casi sono stati presi da esempio per il semplice fatto che sono risultati molto simili nel loro decorso post operatorio. In entrambi i casi, ci sono stati momenti in cui si pensava di interrompere le cure, ma si è proseguito ugualmente.

Spesso al termine del turno di lavoro si pongono domande sul giusto o meno proseguo delle terapie: quando a distanza di mesi ritornano i feedback dei parenti o degli stessi assistiti rientrati nella loro attività quotidiana, la risposta è senz'altro positiva.

In conclusione, pertanto, ritengo che attraverso il dialogo fra professionisti, la crescita formativa, la ridefinizione del ruolo professionale e la trasparente assunzione di responsabilità nei confronti dei cittadini e degli assistiti, si può arrivare alla scelta migliore, poiché l'essere umano è unico.

«LA SOFFERENZA PALPABILE»: CAMBIARE IL VOLTO DELLA PROPRIA SOFFERENZA PER COMUNICARE CON IL DOLORE DELL'ALTRO

A. D'ERRICO

Cardiochirurgia T.I., Azienda Ospedaliera Universitaria Parma

Abstract

aderrico@ao.pr.it

Il personale della Terapia Intensiva Cardiochirurgica a Parma si è interrogato sui temi del dolore e della sofferenza dei pazienti, dei famigliari ed anche degli operatori.

È possibile prendersi cura in terapia intensiva? Il dolore ha un significato o ne esiste più di uno? È possibile osservare il dolore e la sofferenza con altri occhi? Qual è il limite tra tecnologia, terapia e etica? L'approccio empatico può applicarsi nei tempi a volte esigui e/o concitati delle TTII? Prendersi cura di sé consente di prendersi cura anche degli altri?

Il percorso di approfondimento condiviso di questi temi ha indotto a modificare la visione del nostro essere professionisti in un contesto tecnologico avanzato, che opera con buoni risultati, ma denso di sofferenza.

Per procedere con rigore e metodo verso una trasformazione omogenea del nostro modo di pensare ed operare, abbiamo progettato un percorso formativo per tutto il personale dell'Unità Operativa e condotto da esperti di settore: due psicologhe, un sociologo, una demotnoantropologa, una tanatologa, esperti di etica ed altri ancora. Sarà gestito a moduli di apprendimento interattivi, che consentiranno momenti d'aula e di riflessione/introspezione, allo scopo di fornire ai professionisti strumenti utili per la gestione delle emozioni, dello stress e per la presa in carico o il prendersi cura, soprattutto in relazione alle tematiche del dolore e della morte.

Uno degli attuali elementi organizzativi su cui abbiamo molto dibattuto come conseguenza diretta delle riflessioni emerse è stato il modello di «terapia intensiva chiusa» all'ingresso di parenti o persone significative per i malati. Ci siamo contemporaneamente posti l'obiettivo di modificare il nostro approccio a tutti i fattori che determinano dolore e/o sofferenza ed alle delicate situazioni che si determinano in concomitanza con il processo del morire delle persone nella terapia intensiva.

Abbiamo acquisito forte consapevolezza del fatto che un tale obiettivo richiede un approfondimento culturale e quindi una metamorfosi del modello organizzativo complessivo per assicurare cure ed assistenza che siano rispondenti alle esigenze manifestate dai malati e loro persone di riferimento.

Uno degli obiettivi finali del più ampio processo iniziato è anche rendere «aperta» la nostra unità operativa. Abbiamo iniziato con fiducia una decisa svolta ed anche una ripida salita.

Presenteremo gli elementi costitutivi e gli aspetti peculiari del nostro percorso, i fattori vincenti, le difficoltà incontrate, i primi risultati ottenuti e le prospettive in programma.

Il paziente al centro della Terapia intensiva, prima della patologia.

Questo «motto» utilizzato dal Dr. Sergio Livigni, Direttore della Rianimazione del San Giovanni Bosco riassume le caratteristiche del criterio alla base della Terapia Intensiva dell'Ospedale San Giovanni Bosco - ASL 4 di Torino, un modello che è stato recentemente discusso anche in Senato su richiesta del Prof. Ignazio Marino, Presidente Commissione Sanità, che ha invitato gli intensivisti già indirizzati verso l'apertura delle Terapie Intensive, a definire proposte per la Commissione del Senato, con l'obiettivo di favorire l'«apertura» delle Terapie Intensive italiane. Anche la Terapia Intensiva Cardiochirurgica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma sta cercando di appropriarsi di questo «motto», o meglio, sta cercando di avviarsi verso questo percorso che porterà all'apertura della nostra terapia intensiva, partendo da un aspetto, forse, inaspettato ai più: «partire da noi, per arrivare a loro». Abbiamo acquisito forte consapevolezza del fatto che un tale obiettivo richiede un approfondimento culturale e quindi una metamorfosi del modello organizzativo complessivo per assicurare cure ed assistenza che siano rispondenti alle esigenze manifestate dai malati e le loro persone di riferimento. Capita spesso che gli «approfondimenti culturali» non producano, nell'organizzazione, gli effetti sperati; molteplici le cause che concorrono a quest'obiettivo mancato. A nostro avviso, la motivazione, fattore che spesso spinge l'adulto ad approfondimenti culturali, è il fulcro del cambiamento. La motivazione del nostro gruppo nasce dall'aver preso atto di molte lacune formative, organizzative, comunicative circa l'argomento «dolore», «morte», «sofferenza». Il gruppo dopo avere affrontato un profondo percorso di autocritica e autovalutazione delle conoscenze/competenze nella gestione del paziente in fase terminale, della propria incapacità, alle volte rifiuto, ad accompagnare il parente attraverso questo cammino doloroso, e della intrinseca inadeguatezza di se stessi nell'affrontare tali avvenimenti, a cercato risposte. Inevitabilmente le domande si sono moltiplicate, i dubbi, le incertezze, le insicurezze di ognuno sono diventati la nostra forza, il nostro motore verso ...

Il maestro arriva quando l'allievo è pronto

Le prime dissertazioni nascono tra infermieri tutor e studenti del corso di laurea, sul significato di essere infermieri accanto al paziente terminale, poi tra il coordinatore ed il personale: «che strumenti abbiamo per fare fronte al dolo-

re: la morte, spesso inaspettata, il pianto la disperazione dei congiunti, il nostro dolore che è spesso sommerso, ma non per questo meno forte?», nessuno.

Ecco che allora nasce forte la motivazione: è necessario affrontare ciò che fin'ora abbiamo vissuto in silenzio: la nostra sofferenza, perché talmente forte e profonda da offuscare la nostra expertise. Chi soffre nelle Terapie intensive? Sono solo pazienti, e insieme a loro, i parenti, o anche chi assiste tutti loro? Abbiamo sempre pensato a lenire le sofferenze altrui, ma mai le nostre. Per formazione, forse, nel nostro ordinamento didattico a tutt'oggi manca una base formativa che ci introduca, che ci sostenga nell'affrontare le nostre le altrui sofferenze. Per cultura, che ovviamente manca, sembra ci sia un buco sociale culturale antropologico ad affrontare argomenti inerenti la morte e tutto il carico emotivo ad esso correlato. Per tradizione, forse ... La nostra tradizione sociale non affronta temi «tristi». Ed ecco che si crea il «buco». Nel mondo sanitario le persone più esposte al rischio di burn-out sono i professionisti delle così dette «professioni d'aiuto». In questo caso gli attori della scena sono il personale medico infermieristico OSS della Terapia Intensiva. Anche se, da diverse revisioni della letteratura, emerge che lavorare in Terapia Intensiva (T.I.) per gli infermieri è più stressante e li espone potenzialmente al rischio di burn-out, indagini comparative con altri reparti smentiscono in parte l'ipotesi che il reparto di T. I. sia comunque ad alto rischio, esistono inoltre differenze significative tra diverse T. I. Tutti gli studi sono concordi nel sottolineare il fatto che il burn-out negli infermieri sia un problema con ricadute sull'assistenza oltre che sul personale in quanto interferisce nel processo di aiuto, ha ricadute organizzative sul lavoro, perché aumenta il turn-over del personale ed incide in generale sull'efficacia ed efficienza assistenziale. Nel nostro ambiente si soffre. Ma come soffrono gli uomini e le donne che lavorano in T. I.? Ciò che più facilmente è osservato è la fuga, il non coinvolgimento. Aderire al dolore dell'altro è deleterio non consigliato, ed ecco quindi la spersonalizzazione delle cure per offrire tecnicamente il meglio, ma emotivamente il distacco. Sensazione di fallimento, rabbia e risentimento: la morte o il non miglioramento delle condizioni cliniche del nostro paziente sono spesso vissute come il nostro fallimento di curanti. Senso di colpa e disistima, scoraggiamento, negativismo, perdita di sentimenti positivi verso gli utenti, manifestano la non accettazione del nostro limite. Ma fin'ora, singolarmente, come ci siamo osservati in questa nostra funzione salvifica di erogatori di cure? A grandi linee la visione, avvalorata anche da alcune ricerche in campo psicologico sulla prevenzione del burn-out, colloca le professioni d'aiuto automaticamente dalla parte del bene (salute, sapienza, potenza, bontà). Altra visione molto diffusa socialmente è che, tali professioni non sono un lavoro, ma bensì una vocazione, una missione, un dovere, un atto di solidarietà, una strada per la santità. Questo complica ulteriormente le cose, perché, da chi «stà percorrendo la strada per la santità» ci si aspettano solo gesti, parole, azioni «sante» e non umane, come il dolore e la sofferenza. All'attribuzione idealistica di vocazione, missione, abbiamo finito per aderire, inconsciamente, anche noi talmente tanto che l'idealizzazione della professione è essa stessa generatrice di stress; le cause principali della sindrome di burn-

out sono essenzialmente riconducibili a tre variabili principali, spesso fra loro intrecciate:

- 1) eccessiva idealizzazione della professione d'aiuto precedente all'entrata nel lavoro;
- 2) mansione frustrante o inadeguata alle aspettative;
- 3) organizzazione del lavoro disfunzionale o patologica.

Nell'ambiente della Terapia Intensiva la sofferenza ha vari volti e si presenta in diverse forme e con aspetti diversi. Il dolore fisico del paziente, per una lesione, per un' intervento, il disagio psicologico dettato da diversi fattori, l'allontanamento forzato del proprio ambiente, la deprivazione sensoriale: luci artificiali, rumori, letti antidecubito, alterazione del ritmo circadiano, il non poter comunicare (intubazione o tracheotomia..) l'essere nudi, l'assenza di privacy, il non poter decidere della propria salute, ma qualcun altro decide sempre per te e ti spiega che è la cosa giusta per te in quel momento... E i parenti? Vivono tutto questo sforzandosi di capire, di aiutare chi secondo loro soffre di più, ma sono veramente d'aiuto o anch'essi sono bisognosi di comprensione e sostegno? Il ricovero in una T.I è inaspettato e con risvolti, spesso, sconosciuti. È difficile pensare che tuo figlio, tuo marito, tuo padre che fino a poco prima stava bene, ora è lì. E non sai se vivrà o morirà, non puoi parlargli, se non negli orari di visita, non puoi stare lì con lui per fargli coraggio, e non capisci perché il vicino di letto sta meglio e il tuo parente no ... ti spiegano, ma le parole sono diverse da quelle che normalmente sei abituato a sentire e non capisci, non ce la fai ... la morte fa paura a tutti, fa tremare le gambe, e nessuno la nomina mai, si cerca così di esorcizzarla, e si arriva al momento impreparati increduli storditi, la sofferenza è altissima, inconsolabile.

La sofferenza è palpabile nelle terapie intensive.

Più che in altri ambienti? forse.

Gli infermieri, i medici, gli OSS, esprimono tutti un enorme senso di spaesamento e di forti emozioni dinnanzi alla morte, come di fronte alle scelte che ogni volta la precedono. È difficile trovare un significato alla sofferenza, così come è difficile affrontarla, e forse il motivo della palpabilità di questo sentimento è che non è più possibile celarlo. Molto spesso, per abitudine, per discrezione, per un senso intimo di pudore si resta in silenzio. Non si affronta mai quell'intimo spazio dove si insinua la fatica di reggere il ruolo, di sostenere scelte gravose o anche solo di accompagnarle; Bisogna affrontare la propria sofferenza, la paura della morte, accettare di non poter guarire, accettare la dimensione umana del nostro passaggio terreno per poter affrontare e supportare la sofferenza degli altri. Non affrontare la propria sofferenza può diventare un limite nel vortice della T.I., ma anche il non affrontare il limite tra tecnologia e terapia è già diventato un limite. Negli ultimi anni, nei reparti di T.I. il ritmo delle innovazioni tecnologiche è stato vertiginoso, si risolve quasi tutto efficacemente anche nelle condizioni più estreme. La diretta conseguenza di questo però sono le altissime aspettative di guarigione non proporzionate alla gravità della malattia e sempre più spesso, emerge il limite: la medicina dei

successi si scontra con i limiti imposti dalla malattia e dall'ineluttabilità della morte... Ancora una volta il contrasto tra la fragilità umana e l'immagine di apparente onnipotenza scientifica genera in coloro che non sono addetti ai lavori aspettative smisurate rispetto a reali possibilità dei sanitari di poter salvare comunque una vita. Ecco, allora, emergere la fallibilità della tecnologia medica a favore della riscoperta di una rete di importantissimi rapporti tra pari, ma soprattutto, e, cosa nuova, di importantissimi rapporti con i famigliari, che fino ad oggi, sono rimasti fuori dal tecno-tempio della salvezza. Importantissima, in questo momento storico e sociale diventa la mediazione culturale tra le competenze sanitarie e le aspettative dei famigliari. In certi aspetti del progetto di cure, la tecnologia, rappresenta una risorsa, in altri, un ponte tra l'impossibilità di garantire un risultato e il tempo necessario da dedicare per l'elaborazione del lutto per entrambe le parti. Il riappropriarsi di un patrimonio come la relazione con i famigliari e l'analisi dei vari livelli di sofferenza, diventano quindi azioni imprescindibili. La necessità di aprire il tecno-tempio ai famigliari può essere l'unica strada che consente una continua mediazione tra cultura e competenza sanitaria e aspettative dei famigliari. Come possono essere gli infermieri i mediatori di una nuova cultura? Alcuni strumenti ci vengono forniti dal nostro codice deontologico: **Patto infermiere-cittadino**

Garantirti competenza, abilità e umanità nello svolgimento delle tue prestazioni assistenziali.

Rispettare la tua dignità, le tue insicurezze e garantirti la riservatezza.

Starti vicino quando soffri, quando hai paura, quando la medicina e la tecnica non bastano.

E ancora,

«La responsabilità dell'infermiere consiste nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo»

Art. 3 Codice deontologico

Oppure, come espresso nella ricerca effettuata dal GIVITI «l'esperienza di cura nei reparti di terapia intensiva», la mediazione degli infermieri è resa possibile dal loro rapporto di prossimità affettiva con il paziente e i suoi familiari. La vicinanza al letto del malato personalizza il rapporto e dà anche un senso alla pratica quotidiana. La conoscenza della storia del paziente e dei suoi familiari rende l'impatto della tecnologia meno spersonalizzante, ma molto pregnante. Da recenti studi (Giannini Intensive Care Med. 2008) relativi a circa il 40% delle terapie intensive Italiane, il modello organizzativo adottato è quello chiuso nella quasi totalità delle strutture (99.6%). In uno studio condotto dall'Agenzia sanitaria Regionale nel 2006

» Innovare per l'umanizzazione delle cure e la dignità della persona. Il caso delle terapie intensive» attraverso la somministrazione di un questionario che analizzava il punto di vista dei professionisti circa la realizzazione di un modello di T. I. aperta ha prodotto dati che hanno messo in evidenza come la maggioranza degli operatori concordano sugli effetti positivi di una maggiore flessibilità ed ampiezza nelle modalità di accesso e di accoglienza dei familiari, anche rispetto all'impatto «terapeutico» sul benessere e sul recupero della persona

ricoverata. Tuttavia sono contestualmente emerse preoccupazioni riguardo al fatto che i cambiamenti determinati da questa maggiore flessibilità potrebbero avere anche effetti non desiderabili per gli operatori, in termini di modifica dei modelli di organizzazione del lavoro e di rinegoziazione di regole e norme. Emerge l'importanza di supportare, anche emotivamente, in questo «cambio di rotta» le equipe che operano nelle T. I., ma attualmente non sono iniziati programmi in tale direzione.

L'esperienza della cardiochirurgia terapia intensiva di Parma

Il punto di partenza è stata l'analisi dei diversi aspetti del prendersi cura, uno dei rischi emersi è la possibilità di esporsi al rischio di disumanizzare la cura dei pazienti. Considerando il processo di cura e il prendersi cura come il nucleo dell'assistenza infermieristica, la professione dovrà impegnarsi particolarmente per preservare l'umanizzazione delle cure all'interno dei propri contesti clinici, amministrativi, educativi e/o di ricerca. Ci siamo chiesti se tutto questo era misurabile. Il disegno della ricerca era analizzare «la capacità di prendersi cura» degli infermieri nelle cardiochirurgie terapie intensive del territorio nazionale. Attraverso la letteratura è stato individuato uno strumento per misurare la capacità dell'infermiere di prendersi cura: CARING ABILITY INVENTORY (CAI) L'argomento del questionario riguarda la teoria dello «Human Caring» di J. Watson.

La ricerca è iniziata nel maggio 2008 ed è terminata a settembre 2008. Sono stati contattati alcuni centri di cardiochirurgia del territorio nazionale a random escludendo dallo studio le terapie intensive polivalenti con l'appoggio di posti letto cardiocirurgici, per avere omogeneità nel campione. I questionari analizzati sono in totale 168. Per l'autore del CARING ABILITY INVENTORY (CAI), il caring è multidimensionale, fatto cioè di componenti attitudinali e cognitive:

- le conoscenze;
- il coraggio;
- la pazienza;

Inoltre:

- il potenziale di caring è presente in tutti gli individui;
- il caring può essere appreso;
- il caring è quantificabile.

Il CAI si compone di 37 item, dei quali 14 vanno a misurare le conoscenze, 13 il coraggio, 10 la pazienza.

Il questionario Caring Ability Inventory (CAI) di J. Watson

	FERMAMENTE D'ACCORDO						
	D'ACCORDO						
	ABBASTANZA D'ACCORDO						
	INDIFFERENTE / NON HO UN'OPINIONE A RIGUARDO						
	UN PO' IN DISACCORDO						
	IN DISACCORDO						
	FERMAMENTE IN DISACCORDO						
1) Sono convinto che apprendere nuove cose richieda tempo	1	2	3	4	5	6	7
2) Ogni giornata è ricca di opportunità	1	2	3	4	5	6	7
3) Generalmente spiego quello che dico agli altri	1	2	3	4	5	6	7
4) C'è poco che io possa fare per una bisognosa di aiuto	1	2	3	4	5	6	7
5) Posso riconoscere il bisogno di cambiamento in me stesso	1	2	3	4	5	6	7
6) Sono in grado di piacere alle persone anche se io non piaccio loro	1	2	3	4	5	6	7
7) Capisco le persone facilmente	1	2	3	4	5	6	7
8) Ho visto abbastanza cose in questo lavoro per sapere ciò che ho bisogno	1	2	3	4	5	6	7
9) Mi servo del tempo per conoscere bene le altre persone	1	2	3	4	5	6	7
10) Alcune volte mi piace essere coinvolto ed alcune volte, invece, non gradisco esserlo	1	2	3	4	5	6	7
11) Non c'è nulla che io possa fare rendere la vita migliore	1	2	3	4	5	6	7
12) Non mi piace sapere che un'altra persona dipende da me	1	2	3	4	5	6	7
13) Non mi piace abbandonare la mia strada per aiutare le altre persone	1	2	3	4	5	6	7
14) Relazionandosi con altre persone è difficile, per me, esprimere le mie emozioni	1	2	3	4	5	6	7
15) Non è importante ciò che dico, se quello che dico è giusto	1	2	3	4	5	6	7
16) Mi riesce difficile capire come si sentono le altre persone se non ho vissuto un'esperienza simile	1	2	3	4	5	6	7
17) Ammiro persone calme, composte e pazienti	1	2	3	4	5	6	7
18) Credo sia importante accettare e rispettare le attitudini e i sentimenti degli altri	1	2	3	4	5	6	7
19) Le persone possono contare su di me, quel che dico lo faccio	1	2	3	4	5	6	7
20) Credo ci sia sempre uno spazio per migliorare	1	2	3	4	5	6	7
21) I buoni amici si prendono cura gli uni degli altri	1	2	3	4	5	6	7
22) Trovo un significato in ogni situazione	1	2	3	4	5	6	7
23) Sono dispiaciuto di dover abbandonare le persone di cui mi prendo cura, perché sono dispiaciuto di quanto gli può accadere	1	2	3	4	5	6	7
24) Mi piace offrire incoraggiamento alle persone	1	2	3	4	5	6	7
25) Non mi piace rinviare ciò che può essere fatto oggi	1	2	3	4	5	6	7
26) Mi piaccio veramente come persona	1	2	3	4	5	6	7
27) Riconosco i punti di forza e di debolezza in ogni persona	1	2	3	4	5	6	7
28) Le nuove esperienze generalmente mi spaventano	1	2	3	4	5	6	7
29) Sono dispiaciuto di essere aperto e di lasciare che gli altri mi vedano	1	2	3	4	5	6	7

continua a pagina seguente

	FERMAMENTE D'ACCORDO						
	D'ACCORDO						
	ABBASTANZA D'ACCORDO						
	INDIFFERENTE / NON HO UN'OPINIONE A RIGUARDO						
	UN PO' IN DISACCORDO						
	IN DISACCORDO						
	FERMAMENTE IN DISACCORDO						
30) Accetto le persone così come sono	1	2	3	4	5	6	7
31) Quando mi occupo di qualcun altro, non sento il bisogno di dover nascondere le mie emozioni	1	2	3	4	5	6	7
32) Non mi piace che mi venga richiesto aiuto	1	2	3	4	5	6	7
33) Sono in grado di esprimere i miei sentimenti alle persone in un modo caldo e accogliente	1	2	3	4	5	6	7
34) Mi piace parlare con le persone	1	2	3	4	5	6	7
35) Mi pongo in maniera sincera nelle relazioni con gli altri	1	2	3	4	5	6	7
36) Le persone hanno bisogno di spazi e di privacy per pensare ed ascoltare le proprie emozioni e sentimenti	1	2	3	4	5	6	7
37) Posso essere contattato dalle persone in qualunque momento	1	2	3	4	5	6	7

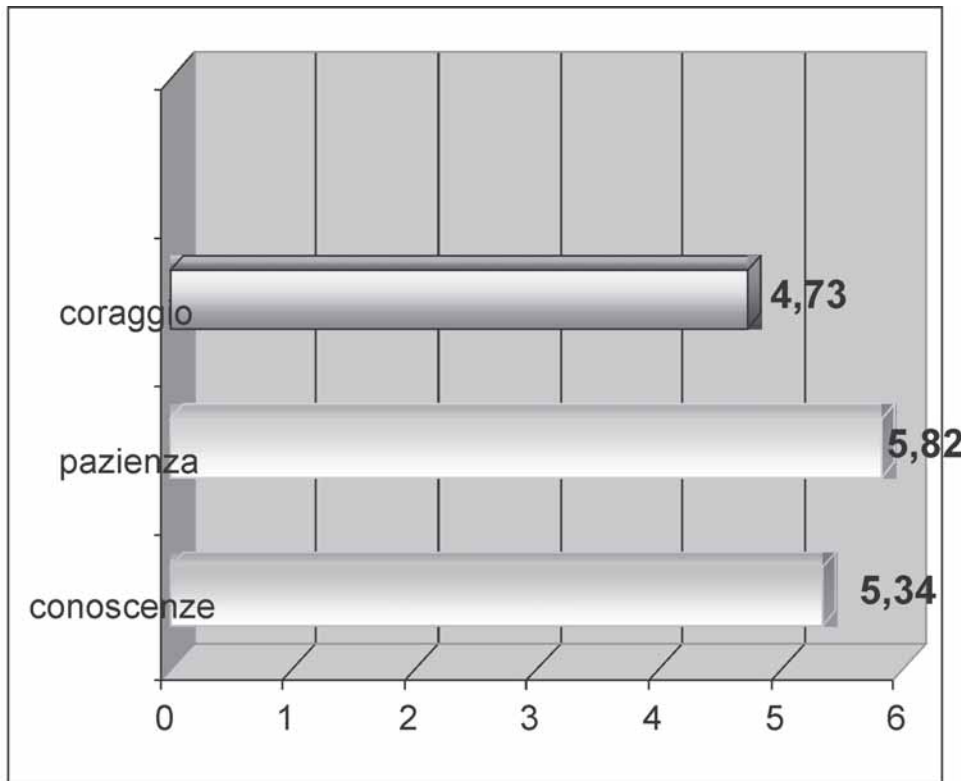
DATI GENERALI			
38) DA QUANTI ANNI LAVORA COME INFERMIERE/A O COORDINATORE			
39) SESSO	1- <input type="checkbox"/> MASCHIO 2- <input type="checkbox"/> FEMMINA		
40) ETÀ	-----		
41) RUOLO PROFESSIONALE	1. <input type="checkbox"/> CAPOSALA 2. <input type="checkbox"/> INFERMIERE		
42) TITOLO PROFESSIONALE	1- <input type="checkbox"/> AFD 2- <input type="checkbox"/> DIPLOMA REGIONALE 3- <input type="checkbox"/> DIPLOMA UNIVERSITARIO 4- <input type="checkbox"/> LAUREA 5- <input type="checkbox"/> MASTER ----- 6- <input type="checkbox"/> LAUREA SPECIALISTICA		
43) ANNI DI SERVIZIO PRESSO L'ATTUALE REPARTO			
44) COME DEFINIREBBE IL MODELLO ORGANIZZATIVO DELLA SUA UNITÀ OPERATIVA	1- <input type="checkbox"/> ORIZZONTALE PER COMPITI (SOLO INF.) 2- <input type="checkbox"/> ORIZZONTALE PER COMPITI (INF.+OTA/OSS) 3- <input type="checkbox"/> INDIVIDUALIZZATA PER SETTORI (SOLO INF.) 4- <input type="checkbox"/> INDIVIDUALIZZATA PER SETTORI (INF.+OTA/OSS) 5- <input type="checkbox"/> -----		
45) LA FORMAZIONE "DI BASE" CHE HA RICEVUTO INERENTE LA COMUNICAZIONE / RELAZIONE / RILEVAZIONE DEI BISOGNI È STATA:	SCARSA <input type="checkbox"/>	SUFFICIENTE <input type="checkbox"/>	BUONA <input type="checkbox"/>
46) LA FORMAZIONE "POST BASE" CHE HA RICEVUTO INERENTE LA COMUNICAZIONE / RELAZIONE / RILEVAZIONE DEI BISOGNI È STATA:	SCARSA <input type="checkbox"/>	SUFFICIENTE <input type="checkbox"/>	BUONA <input type="checkbox"/>
47) SE ALLA DOMANDA 46) HA RISPOSTO SCARSA, VORREBBE INDICARE QUALCHE BREVE INDICAZIONE PER MIGLIORARLI	1. <input type="checkbox"/> AUMENTARNE IL NUMERO 2. <input type="checkbox"/> CHIEDERE L'INTERVENTO DI ESPERTI ESTERNI 3. <input type="checkbox"/> RENDERLI PERCORSI DI FORMAZIONE PERMANENTI 4. <input type="checkbox"/> RENDERLI MULTIDISCIPLINARI 5. <input type="checkbox"/> _____ 6. <input type="checkbox"/> _____		

continua a pagina seguente

	1. <input type="checkbox"/> SI	2. <input type="checkbox"/> NO
	<p><u>SE SI</u> INDICHI QUALI TRA QUESTI A FREQUENTATO, O NE AGGIUNGA SE NE HA FATTI DI NON CONTEMPLATI: (PIÙ RISPOSTE POSSIBILI)</p> <p>1- <input type="checkbox"/> SUI BISOGNI DEI PAZIENTI</p> <p>2- <input type="checkbox"/> SULLA COMUNICAZIONE / RELAZIONE COL PAZ E/O FAMILIARI</p> <p>3- <input type="checkbox"/> _____</p> <p>4. <input type="checkbox"/> _____</p>	<p><u>SE NO</u> SAREBBE INTERESSATO A SEGUIRE UNO O PIÙ DI QUESTI CORSI: (PIÙ RISPOSTE POSSIBILI)</p> <p>1. <input type="checkbox"/> SUI BISOGNI DEI PAZIENTI</p> <p>2. <input type="checkbox"/> SULLA COMUNICAZIONE / RELAZIONE COL PAZ E/O FAMILIARI</p> <p>3. <input type="checkbox"/> _____</p> <p>4. <input type="checkbox"/> _____</p> <p>5. <input type="checkbox"/> NESSUNO DEI PRECEDENTI</p>
49) COME MAI HA DECISO DI FARE L'INFERMIERE?	_____	_____
50) SECONDO LEI, QUALI SONO LE CAPACITÀ CHE DEVE AVERE UN BUON INFERMIERE	_____	_____
51) QUALI EMOZIONI SUSCITA IL SUO LAVORO?	_____	_____

Risultati del questionario

Il grado di accordo/disaccordo varia da 1 a 7, sono stati sommati i valori attribuiti ai singoli item di ogni sottoscala (conoscenze, coraggio, pazienza), i valori sono stati invertiti e sommati se l'item era espresso in forma negativa (1=7, 2=6, 3=5, 4=4, 5=3, 6=2, 7=1). Dal valore medio dei singoli item, si è calcolata la media di ogni sottoscala, la tabella mostra i risultati



Dai dati emersi si può affermare che gli infermieri di cardiocirurgia terapia intensiva posseggono una discreta capacità di prendersi cura delle persone poiché tutte le 3 componenti si posizionano sopra il 4; infatti un valore superiore a 4 indica che la persona è d'accordo con l'affermazione, un valore inferiore a 4 indica che la persona è in disaccordo.

In media gli infermieri ritengono più importante la pazienza delle altre 2 componenti, a seguire troviamo le conoscenze ed infine il coraggio.

L'enorme evoluzione nei modelli organizzativi e il cambiamento nel processo assistenziale ha prodotto un'aumento dei carichi di lavoro e una considerevole intensificazione delle responsabilità a nostro carico. Gli infermieri sono chiamati a gestire pazienti con gradi diversi di complessità e criticità, ma nonostante queste difficoltà, gli infermieri devono trovare il modo per preservare il modello d'assistenza che da sempre ha contraddistinto il nostro essere professionisti. Le teorie di cura della Dr.ssa J.Watson ci consentono di tornare alle nostre profonde radici e valori professionali, rappresentanti l'archetipo di un infermiere ideale. Il Caring ci proietta in una visione della nostra professionalità mista tra valori umanistici e identità professionale ed essi stessi ci aiuteranno a superare «la disfatta» di percepire il nostro come «solo un lavoro», verso una visione di «professione gratificante». Le teorie di cura della Dr.ssa Watson,

non solo permette al professionista di praticare l'arte della cura, fornendo la giusta «compassione» per sostenere i pazienti e le famiglie nel loro percorso di sofferenza o/e per promuovere la loro guarigione e la dignità, ma contribuire a espandere la propria realizzazione, che è essenziale non solo per la nostra salute, ma anche per trovare un significato al nostro lavoro. Nell'analisi del questionario ci siamo soffermati particolarmente all'ultimo item: «Quali emozioni suscita il suo lavoro?» abbiamo raggruppato le emozioni positive e quelle negative più significative

EMOZIONI POSITIVE	EMOZIONI NEGATIVE
SODDISFAZIONE (PREVALENZA DI RISPOSTE)	IMPOTENZA (PREVALENZA DI RISPOSTE)
GIOIA	RABBIA
CALORE	SGOMENTO
TENEREZZA	SOFFERENZA
GRATIFICAZIONE	INADEGUATEZZA
SERENITA'	DELUSIONE
EMPATIA	DEMOTIVAZIONE
TRAPORTO	FRUSTRAZIONE
UMANITA'	APPRENSIONE
CORAGGIO	DOLORE
COMMOZIONE	TRISTEZZA
COMPASSIONE	INDIFFERENZA
DEDIZIONE	SCONFORTO
SORPRESA	DELUSIONE
COINVOLGIMENTO	STRESS

Le considerazioni a commento di questa tabella sono diverse, da un'ambivalenza di sentimenti generata da vissuti in momenti diversi, a esternazioni, alle volte, non coerenti con quanto espresso lungo tutto lo svolgimento del questionario; il conflitto in certi questionari era molto evidente, ma come è forte la «soddisfazione» nelle risposte date, così è altrettanto forte il senso di impotenza che ci paralizza di fronte a situazioni, scelte e azioni. Altra considerazione emersa è l'alto rischio di far implodere il sistema sotto la pressione di emozioni non controllate. Come coordinatore dell'U.O. ho sentito il carico di affrontare un argomento dai risvolti diversi a cui forse non ero pronta, ma allo stesso tempo era forte la necessità di dare voce a un sommerso che con sempre più legittimità stava uscendo. Alla domanda iniziale: «che strumenti abbiamo per fare fronte al dolore: la morte, spesso inaspettata, il pianto la disperazione dei congiunti, il nostro dolore che è spesso sommerso, ma non per questo meno forte?» abbiamo cercato di rispondere partendo uno dei nodi organizzativi su cui abbiamo molto dibattuto come conseguenza diretta delle riflessioni emerse

ed è il modello di «terapia intensiva chiusa» all'ingresso di parenti o persone significative per i malati. Ci siamo contemporaneamente posti l'obiettivo di modificare il nostro approccio a tutti i fattori che determinano dolore e/o sofferenza ed alle delicate situazioni che si determinano in concomitanza con il processo del morire delle persone nella terapia intensiva. Cambiare un modello organizzativo in un contesto ad alta specializzazione come un reparto di T.I. richiede una grande preparazione, coesione, condivisione degli intenti, certamente, ma anche una grandissima attenzione agli attori che animano questa scena, perché sarà solo grazie a loro e alla loro capacità di creare nuovi contesti che «lo spettacolo» potrà proseguire.

Il percorso formativo

Il percorso di formazione strutturato e curato da specialisti di settore prevede 90/100 ore di formazione, uno stage di tutto il personale presso l'U.O. di T.I. Rianimazione del San Giovanni Bosco ASL N° 4 Torino, diretta dal Dr. S. Livigni, allo scopo di osservare e condividere la loro esperienza, prendere spunti... L'obiettivo del corso: Fornire, ai professionisti che operano nelle terapie intensive, strumenti di presa in carico/prendersi cura di fronte soprattutto alle tematiche del dolore e della morte. Avere strumenti per rafforzare se stessi per affrontare il processo di prossima apertura della nostra T.I. il percorso è suddiviso in moduli e gestito da diversi docenti che si alternano in lezioni dove viene approfondita la loro tematica. Lezioni frontali, atelier, role-playing tecniche di formazione che serviranno a prenderci cura prima di noi per, speriamo, avere nuove risorse nell'affrontare nuove sfide ... Il taglio didattico che è stato dato al percorso è poliedrico affrontando gli stessi temi da punti di vista e modelli di gestione del se anche diversissimi da ciò che normalmente siamo abituati a ritenere come unica visione della vita e delle problematiche ad essa connesse; dagli approfondimenti sulle scoperte del Prof. Rizzolatti sui neuroni specchio all'empatia, alle tecniche di gestione empatica del dolore e della sofferenza. I docenti: sociologo, tanatologa, due psicologhe, demotnoantropologa, bioeticista. Contestualmente è partita una ricerca sul personale allo scopo di valutare i livelli di stress del personale prima della formazione e dopo la formazione. L'approccio empatico può applicarsi nei tempi a volte esigui e/o concitati delle T. I.? Personalmente, ritengo che tutto sia possibile, basta volerlo. Bisogna voler cambiare e mettersi in gioco per affrontare un limite e superarlo con successo. L'approccio empatico è un modello, uno stile, di maggiore attenzione e percezione dell'altro che ci fa cercare strade alternative per ascoltarci e per ascoltare/percepire l'altro, paziente o perante che sia.

Il nostro percorso introspettivo è iniziato nel 2008, abbiamo affrontato diversi livelli di ricerca di strumenti per superare ciò che era ed è vissuto come il limite: diverse riunioni di reparto per parlare coralmemente di cosa il gruppo sentiva come bisogno, come disagio, come carenza, quali obiettivi avremmo voluto darci, quali strumenti usare, a chi rivolgerci per avere risposte/aiuti. Il primo

passo ufficiale è stato presentare i risultati della nostra ricerca al congresso nazionale di Società Italiana di Cardiocirurgia svoltosi a Roma lo scorso novembre. Altra iniziativa di richiamo nazionale si è svolta a Parma ed è stata organizzata da noi allo scopo di buttare il «sassolino nello stagno», il tema molto esplicito: «la sofferenza e la morte nelle terapie intensive, percorsi del prendersi cura» da cui sono emersi i temi che ci hanno portati all'inizio del percorso di formazione sull' U.O. «progetto percorsi del prendersi cura». Abbiamo iniziato a ottobre, entusiasmo per alcuni, qualche perplessità per altri, ma per tutti grandissima curiosità. Alcune difficoltà si sono presentate per l'organizzazione pratica del progetto per consentire che l'intero organico (infermieri, OSS, medici) potesse partecipare e procedere con il programma insieme, è stato chiesto un grosso sforzo prima di tutto ai docenti che presentano la loro lezione al mattino e la ripetono il pomeriggio in modo che tutti i turnisti vi possano partecipare, e l'altro sforzo è da parte dei professionisti che tutti i lunedì sono impegnati per la formazione. Il fattore che per ora appare vincente è la consapevolezza di tutti che lo sforzo è prima di tutto su di noi, questa convinzione ha generato molta coerenza e determinazione nell'affrontare le difficoltà, che non solo di ordine pratico ... mettersi in discussione dopo anni di consuetudini non sempre facile, c'è un gran fermento in reparto si parla di empatia, di come accogliere meglio, di personalizzare di più tutto il contesto. Alcuni risultati già arrivano, primo fra tutti è la soddisfazione espressa dai pazienti e dai loro congiunti del clima che vivono in T.I., nonostante la gravità della loro condizione si sentono protetti accuditi, curati, accolti. La sensazione espressa dai colleghi è senz'altro molto realistica circa le opportune modifiche che con il tempo potremo nella nostra T.I. si discute, si parla, di morte senza evocare fantasmi angosciosi, il nostro obiettivo finale: cambiare le regole dell'organizzazione, ma prima avremo cambiato noi stessi.

Bibliografia

1. *Recurrent changes in the work environment, job resources and distress among nurses: a comparative cross-sectional survey.* VERHAEGHE R, VLERICK P, DE BACKER G, VAN MAELE G, GEMMEL P. Department of Management Information, Operations Management and Technology Policy, Faculty of Economics and Business Administration, Ghent University, Belgium. rik.verhaeghe@ugent.be
2. ELISABETH KÜBLER-ROSS, *Cinque stadi del dolore.*
3. KUBLER-ROSS, *Modello per la morte e il lutto di consulenza, il cambiamento personale e il trauma.*
4. *Dove va l'anima dopo la morte. Cosa accade, come comportarsi, come accompagnare il morente.* C. Boni.
5. *Livelli di burnout e sintomatologia nevrotica in un gruppo di operatori dei Servizi per le Tossicodipendenze (Ser:T)* MARTELLUCCI PIETRO MARIO*, PINI MAURO**, PULLERÀ MICHELA** Dipartimento delle Dipendenze ASL 7 Siena ** Dipartimento delle Dipendenze ASL 6 Livorno.
6. *Progetto di umanizzazione delle cure e dignità della persona in terapia intensiva a cura di* MARIA RITA MELOTTI (Agenzia sanitaria e sociale dell'Emilia-Romagna).
7. *L'indagine sull'organizzazione delle visite nelle terapie intensive (giugno -agosto 2007) a cura di* MARIA RITA MELOTTI (Agenzia sanitaria e sociale dell'Emilia-Romagna).
8. *Il fenomeno del burnout negli infermieri di terapia intensiva* ricerca del centro studi EBN infermieri CHIARELLI GIUSEPPE, CALANCHI SILVIA E CAPODIFERRO PIETRO.
9. *Stressful intensive care unit medical crises: How individual responses impact on team performance.* PIQUETTE D, REEVES S, LEBLANC VR. Department of Critical Care, Sunnybrook Health Sciences Centre (DP), Toronto, Ontario, Canada. dominique.piquette@sunnybrook.ca Comment in: Crit Care Med. 2009 Apr;37(4):1494-5.
10. *Soddisfazione lavorativa, burnout e stress del personale infermieristico: indagine in due ospedali di Roma* S. Tabolli1, A. Ianni1, C. Renzi1, C. Di Pietro1, P. Puddu2 1 Laboratorio di Ricerca sui Servizi Sanitari, IDI-IRCCS, Roma, 2 Direttore Scientifico, IDI-IRCCS, Roma
11. *La prevenzione del burn out* * di Guido Contessa <http://www.psicopolis.com/SINGErgopolis/gc/articoli/prevburn.htm>

L'INFERMIERE ALL'INTERNO DEL COMITATO ETICO: COMPETENZE E RESPONSABILITÀ

S. EGMAN, V.M. SOLLEVA, M. NICOLOSI, M.A. CALANDRA

IsMeTT - Istituto Mediterraneo per i Trapianti e le Terapie ad alta Specializzazione, Palermo

Abstract

segman@ismett.edu

Premessa: In Italia i Comitati Etici (CE) devono presentare una composizione conforme al D.M. 18 marzo 1998, che ne regola l'istituzione e il funzionamento, ed impone che ciascun Comitato sia composto da diverse figure fra cui un rappresentante del personale infermieristico.

Scopi:

- analizzare il ruolo infermieristico nei CE e le competenze professionali necessarie;
- individuare gli ambiti di interesse e di responsabilità.

Materiali e metodi: Il CE è un organo di consultazione e di riferimento per problemi di natura etica sia relativamente alla pratica clinica sia relativamente alla ricerca biomedica. L'obiettivo principale è la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti che partecipano a sperimentazioni.

Ho analizzato le discussioni legate alle decisioni diagnostico-terapeutiche proposte al CE di cui faccio parte, dal 2004, con particolare attenzione al mio ruolo, e a quanto sia stata rilevante questa esperienza e come abbia mutato il mio agire professionale e il mio sapere.

Risultati: Sono stati sottoposti al parere del CE 191 casi, il 14% protocolli di ricerca infermieristica, nell'ambito dei pareri e nelle discussioni di casi clinici, per decisioni diagnostico terapeutiche, il 10% erano situazioni riferite a pazienti pediatrici, e sono state le uniche nelle quali all'interno del team proponente vi era una componente infermieristica.

Conclusioni: Durante le riunioni del CE, a cadenza mensile, vengono discussi 3 quesiti. Ho analizzato 180 casi, di cui 108 relativi a pareri per sperimentazioni scientifiche, i restanti erano casi in cui il veniva chiesto al CE un parere in merito a decisioni diagnostico-terapeutiche.

L'analisi delle problematiche assistenziali è stata svolta in modo critico ed esaustivo, all'elaborazione di strategie multidisciplinari, per l'arduo compito di discussione di tematiche etiche, di natura clinica, il punto di osservazione infermieristica insieme alle specifiche conoscenze assistenziali, risultano essere una chiave di lettura fondamentale per indirizzare le conclusioni dei casi.

Codice Deontologico IPASVI 2009

Principi normativi e deontologici delle professioni infermiere, infermiere pediatrico e assistente sanitario Allegato di Scripta manent mensile collegio IPASVI di Bergamo

DOANE G, PAULY B, BROWN H, McPHERSON G. *Exploring the heart of ethical nursing practice: implication for ethics education Nurs ethics*, 2004;11(3):240-53.

SESSIONE PLENARIA

Moderatore: ELIO DRIGO

ASSISTENZA IDEALE, QUOTIDIANITÀ, RESPONSABILITÀ COME RISULTATO FRA LE COMPETENZE NEL TEAM / O ÉQUIPE

Dott.ssa I. COSSU⁽¹⁾, Dott. G. GIUSTI⁽²⁾

⁽¹⁾ Infermiera, Policlinico Universitario «Gemelli», Roma, T.I.P.O. (Terapia Intensiva Post-Operatoria)

⁽²⁾ Infermiere, Specialista in Area Critica, A.O. «S. Maria della Misericordia», Perugia. A.C.U.T.I. (Area Critica Unità di Terapia Intensiva)

*If we as critical care physicians and nurses
do no start thinking, discussing, and acting globally about
HTM (high-technology medicine) and its management,
others will do it for us,
and we might not like their answers*

(ZAMPIERETTI N, BELLOMO R, DAN M, RONCO C. *Ethical, political, and social aspect of high-technology medicine: Eos and Care*. Intensive Care Med (2006) 32:830-835)

È doveroso, per noi infermieri, riflettere su qual è l'assistenza ideale da erogare per poter intervenire sui limiti della quotidianità vissuta e contemporaneamente interrogarci sulla responsabilità derivante dalle competenze professionali investite. L'assistenza viene spesso interpretata, solo come una serie di attività che hanno l'obiettivo di raggiungere un risultato, mentre in ICU, come in molti settori della medicina, anche il non iniziare e non intraprendere un'attività ha sempre un obiettivo finale¹.

Per poter affrontare tale riflessione è necessario descrivere il contesto sociali in cui l'assistenza infermieristica Italiana è inserita.

L'incalzante innovazione tecnologica, la diffusione del diritto alla salute, l'informazione medica di massa, l'aziendalizzazione (quantità VS qualità). Sono solo alcuni dei processi sociali che creano dei limiti all'assistenza sanitaria in generale ed a quella di area critica nello specifico.

La medicina assume i medesimi aspetti della nostra società consumistica, «stare bene a tutti i costi per produrre» e, modellare corpo e salute ai propri desideri spesso innaturali» (la domanda di benessere supera l'offerta che è limitata). Fenomeno questo legato all'esponenziale aumento negli ultimi 50 anni delle tecnologie diagnostico/terapeutiche che, in un certo qual senso hanno manipolato il processo del morire rischiando, se non adeguatamente regolate, di trasformare la medicina in una costosa via per perseguire il sogno dell'immortalità. Le possibilità terapeutiche si sono spinte oltre le possibilità biologiche umane ed i pazienti e l'area critica stessa, ne sono emblematica dimostrazione. Unità letto sempre più tecnologiche in cui degente e macchine si fondo-

no in un insieme inscindibile da cui però noi professionisti rischiamo di essere rapiti, perdendo di vista la persona nella sua dignità umana a favore del tecnicismo gestionale.

Inoltre, sulle unità intensive (ICU), e di conseguenza sul personale in esse operanti, è posta un'aspettativa sanitaria oltremodo alterata, dovuta alla spettacolarizzazione mediatica della medicina critica, che crea un'opinione di «facoltà illimitate» del team e delle tecnologie a disposizione (che vengono ulteriormente ed erroneamente sovrastimate in numero e possibilità). È anche vero tale spettacolarizzazione tende a offuscare la vera natura dell'assistenza, del «to care» rispetto al «to cure».

I continui tagli economici alla sanità sono un fortissimo limite alla pratica quotidiana. Come giustamente sostengono Susan Gordon e Julian Tudor-Hart «troppe persone credono che sarà fornita assistenza alle persone malate e dipendenti al di là da quanta poca attenzione è posta agli investimenti che sottendono l'assistenza». È tempo che la nostra società (e purtroppo a volte anche a noi) comprenda come il SSN e le persone da lui servite hanno bisogno dell'assistenza infermieristica necessaria tanto quanto l'assistenza medica necessaria, che la formazione, il numero e organizzazione del lavoro infermieristico sono importanti per i risultati di cura tanto quanto la diagnosi ed il trattamento, così come i tagli alle giornate di degenza ed al numero di personale incidono fortemente sulla morbilità e mortalità della popolazione».

Partendo da questo contesto possiamo dire che l'assistenza ideale è paziente-centrica, perseguendo l'olistico concetto di salute come benessere psicofisico, non solo assenza di patologia. Una visione che inserisce attivamente il degente e la famiglia all'interno dell'équipe al fine di concretizzare con alleanza e condivisione il patto assistenziale. Annalisa Silvestro ha definito questa équipe «équipe di significativi» in cui è necessaria la collaborazione (e non la competizione) di tutti i componenti per moltiplicare le energie, le possibilità terapeutiche e non sprecarle o disgregarle.

Un'assistenza a dimensione dell'assistito in tutte le fasi della sua patologia, che s'ispiri ad una reale cultura dell'end-of-life, della palliazione e dell'umanizzazione delle strutture ricettive. Una cultura condivisa di accompagnamento alla morte (convogliando in tale cultura le implicazioni pratiche riguardanti la desistenza terapeutica, l'accanimento, le dichiarazioni anticipate ed il coinvolgimento familiare ed ambientale).

È logico desumere che, in quest'ottica, le competenze del personale infermieristico devono essere valorizzate al massimo attraverso l'ottimizzazione dei percorsi formativi di base ed avanzati (anche con riconoscimenti di carriera orizzontali e verticali), l'implementazione della ricerca e l'applicazione degli stessi risultati, l'inserimento di figure di supporto (per poter svolgere con maggior cura l'aspetto relazionale ed educativo troppo spesso schiacciato dalla pratica routinaria di attività delegabili) e, la realizzazione di una uniforme documentazione infermieristica che certifichi le peculiarità assistenziali anche al fine di poter documentare e quantificare i costi dell'assistenza e di contro avere strumenti a disposizione per rendere eque le scelte allocative delle risorse.

Assistenza ideale erogata in luoghi idealmente creati, senza limiti architettonici ed organizzativi tali da limitare i professionisti ed i degenti. Un luogo in cui è indiscusso il valore dell'assenza del dolore, sia fisico che spirituale, un patto di concreto impegno per la riduzione del dolore inevitabile ed eliminazione del dolore inutile.

Questo tipo di assistenza non può prescindere da basi deontologiche ed etiche fortemente radicate negli infermieri che partecipano responsabilmente alla sua concretizzazione per il benessere sociale della popolazione e, non di meno, di una professione purtroppo ancora nell'ombra che quotidianamente è portata a scelte difficili, al limite della tollerabilità psicologica.

Qual è la nostra quotidianità? Nello specifico dell'area critica giornalmente siamo portati a scelte che si allontanano dall'ideale, operiamo «in una realtà "di confine" al limite della cura e della vita stessa: gli operatori sono coloro che, oltre a toccare il limite, vi stazionano quotidianamente»^{2,3}.

Giornalmente le nostre scelte si muovono tra il limite della vita e della morte, del tecnicismo e della relazione umana, dell'autonomia professionale e della dipendenza, dell'organizzazione del lavoro e della razionalizzazione delle risorse.

Per poter intraprendere il percorso del miglioramento dell'assistenza è fondamentale entrare nell'ottica che non tutti i limiti possono essere superati. I limiti devono essere compresi per poter essere affrontati e, spesso, vanno semplicemente accettati come nel caso della morte. È delirio di onnipotenza credere si poter salvare tutti. La morte non è un fallimento delle nostre competenze quanto espressione della natura umana e come tale accettata, supportata, accompagnata.

Quando parliamo di cure futili, razionalizzazione degli accessi, sospensione o non inizi di cure avanzate o di base, dichiarazioni anticipate, parliamo di questioni emergenti ed eminenti nella nostra realtà, nate dalla necessità di razionalizzare le risorse sanitarie e le tecnologie mediche sempre più limitate ma che nel profondo contengono l'ideale di riportare la sanità in un'ottica più naturale, umana, poiché l'alta tecnologia l'ha sempre più depersonalizzata e razionalizzata.

La nostra quotidianità è fatta di risorse scarse, mal distribuite, mal utilizzate, un'organizzazione del lavoro settorializzata in cui l'assenza di comunicazione e continuità assistenziale tra le unità di degenza favorisce dimissioni non protette e conseguenti rientri in condizioni di ulteriore criticità. È un'assistenza burocratizzata in cui la persona non è persona ma corpo biologico/patologia che rende l'assistenza infermieristica quasi esclusivamente espressione dei bisogni di cura. L'assistenza è costantemente incentrata su priorità diagnostiche e cliniche trascurando il fondamentale ruolo del contatto, della relazione, dello stare vicino, nel processo di benessere. Una situazione che porta a cariche di lavoro eccessivi, frenetici, rigidamente gerarchizzati che costringono a snaturare il significato dell'assistenza infermieristica, privandoci di un ruolo significativo nelle decisioni di fine vita, e nella possibilità di creare momenti di relazione e ricerca. Situazioni talmente radicate da portare il personale a demotivazioni professionali tali da ricorrere all'abbandono.

Ed ecco che la riflessione ci porta ad ipotizzare delle soluzioni per affrontare e superare la realtà quotidiana e tendere all'ideale assistenziale.

Sicuramente il primo passo è prendere coscienza della nostra professionalità, autonomia e responsabilità e dell'importanza svolta dall'assistenza nel perseguire il benessere dei degenti. Per fare ciò dobbiamo dare risalto alla documentazione infermieristica quale imprescindibile strumento di lavoro. Una documentazione completa, esaustiva, che esalti il ruolo dell'assistenza e ponga la persona al centro dei suoi interessi, concretizzando quello scambio d'informazioni/comunicazioni indispensabili al realizzarsi dei percorsi clinico assistenziali prima e della continuità assistenziale dopo.

Per lo stesso motivo, l'assistenza deve evolversi e superare i limiti organizzativi applicando nuovi modelli di lavoro. Modelli non più professionista-centrici, gerarchici e rigidi ma persona (e professionista) centrici. Il lavoro per compiti non è più accettabile, la frammentazione e de-personalizzazione degli atti pur se ottimale per la soluzione di problematiche economiche (minor impiego di risorse umane e materiali) non riesce a soddisfare l'inevitabile crescita professionale del personale di assistenza e tanto meno garantire un processo assistenziale di qualità di cui l'infermiere è promotore attraverso una documentata pianificazione, attuazione e valutazione degli interventi. Un'organizzazione del lavoro che favorisca la crescita e non l'aberrazione del professionista mediante la mobilità interdipartimentale, la flessibilità dei turni, l'equo bilanciamento delle attività attraverso l'utilizzo di score per la valutazione dei carichi di lavoro (per esempio l'utilizzo dei punteggi NEMS e NAS)^{4;5;6}.

Lo strumento che sembra meglio valutare l'effettivo carico assistenziale in ICU prende il nome di Nursing Activities Score^{7;8;9}, questo è stato applicato, con ottimi risultati, anche in contesti italiani¹⁰. Nelle ICU se non c'è una giusta correlazione tra operatori e pazienti c'è una modificazione nell'outcome (aumento delle infezioni, delle lesioni da pressione, degli stati di shock, della degenza media, della mortalità)^{12;13;14}. Anche gli operatori risentono dell'aumento dell'assistenza, e soprattutto gli infermieri sono portati ad abbandonare la ICU e cambiare attività lavorativa^{15;16}.

In pratica, la quotidiana rilevazione dei carichi assistenziali in ICU, permette di calcolare la giusta allocazione delle risorse in base alle reali necessità dei pazienti, portando ad un'ottimizzazione dei costi dell'assistenza¹¹.

L'infermiere promotore e soggetto attivo del cambiamento. Per esempio, il problema delle dimissioni non protette e dei conseguenti rientri in condizioni di ulteriore criticità sono facilmente superabili attraverso l'attivazione (anche informale) di team di consulenza medico-infermieristica post dimissione (riducendo pure il traumatismo da abbandono «di un ambiente così invadente e protettivo come le ICU» troppo spesso vissuto da degenti e familiari). Ed ancora, l'organizzazione di equipe di consulenza e formazione a cui il personale delle unità di degenza ordinarie possano rivolgersi per l'acquisizione di competenze specifiche nell'assistenza e gestione di pazienti post critici. Soluzioni queste a pieno titolo riconosciute ed esaltate dal codice deontologico dell'infermiere 2009, precisamente agli articoli 27 e 13.

Un capitolo importante del tema sin qui proposto, è dedicato al superamento dei limiti quotidiani attraverso il processo di umanizzazione dell'assistenza e degli stessi luoghi assistenziali.

Mirare a favorire il processo di «guarigione» attraverso la creazione di un ambiente meno ostile, meno freddo di quello che, ad oggi, è l'ambiente intensivologico. Un ambiente che rispetti il più possibile i ritmi fisiologici dei degenti. Strutture che siano il più possibile compatibili con le esigenze delle persone che necessitano di cure e degli operatori che devono prestare assistenza. Si parla allora di arredamento adatto ad orientare nel tempo e nello spazio (orologi, calendari,), ad «addolcire» il tecnicismo attraverso l'utilizzo di immagini, quadri e posti letto esposti verso l'ambiente esterno (finestre). Ed ancora, il rispetto della privacy attraverso la strutturazione degli spazi. La creazione di ICU con stanze di degenza singole oppure con stanze di degenza multiple è una problematica che interessa gli operatori ma è un processo spesso non governabile dagli operatori stessi. La scelta di una struttura rispetto un'altra ha vantaggi e svantaggi mal sintetizzabili^{17;18;19}, ma i fattori che dovrebbero essere presi in considerazione sono i costi per la creazione e per la gestione (tra cui vanno compresi anche quelli relativi al personale); i vantaggi e gli svantaggi relativi alla gestione della malattia e quindi se ci sono effetti terapeutici, tutto quello che ruota attorno agli aspetti socio-comportamentali (gestione privacy, rumore, alternanza giorno/notte)^{20;21}.

Umanizzazione anche attraverso l'implementazione da parte degli infermieri delle terapie complementari quali la musicoterapia ed il tocco massaggio quali strumenti per la riduzione dell'ansia e del dolore.

La valorizzazione dei familiari quali membri indiscussi dell'équipe di significativi e indispensabili nel processo di cura ed assistenza. La presenza dei familiari in Area Critica è un tema che riveste una grande importanza per operatori e soprattutto familiari. Negli ultimi anni numerosi studi sono stati effettuati per valutare la presenza nei reparti di emergenza dei familiari, e sempre più si sta ipotizzando di farli partecipare al processo terapeutico anche durante le manovre rianimatorie^{22;23;24}. Sicuramente meno traumatica è la gestione degli accessi in ICU, anche se soprattutto in Italia, sono numerose le restrizioni ed ancora permane l'impossibilità, salvo situazioni particolari, di entrare a visitare le persone ricoverate in questi reparti^{25;26}. Spetta a noi infermieri valutare e indirizzare il loro ruolo nell'équipe attraverso l'implementazione della mediazione culturale (infermieri promotori della prossimità affettiva) e l'istituzionalizzazione del colloquio infermieristico al fine di erogare informazioni in merito alle cure assistenziali (art. 23 CD 2009). È innegabile l'educazione terapeutica svolta dai familiari e come tale dev'essere valorizzata (art. 21 CD 2009).

Un'umanizzazione che passi attraverso la cultura dell'end-life care in quanto assistenza e cura di qualità non significano unicamente far guarire ma anche accompagnare al morire con dignità. Dobbiamo intraprendere un percorso di competenza multiprofessionale, in cui la corretta comunicazione, e non all'occultamento della verità clinica, porta alla condivisione delle opzioni terapeutiche. Dobbiamo a pieno titolo partecipare alle decisioni di fine vita, da cui trop-

po spesso siamo indebitamente esclusi. Superare i limiti di violazione del diritto al morire con dignità attraverso la difesa delle volontà precedentemente espresse dal degente (art 37 CD 2009) ed attraverso scelte condivise di non intraprendere o sospendere cure futili o inappropriate in eccesso. Il confine tra accanimento con esiti positivi e negativi è molto sottile e nebuloso ecco perché solo attraverso il dialogo, la crescita formativa e professionale, la ridefinizione del ruolo ed una chiara e concreta assunzione di responsabilità nei confronti dei cittadini e degli assistiti, si può giungere alla scelta migliore per ogni singolo caso. Dobbiamo, oltremodo, esaltare ed intraprendere le cure palliative.

In conclusione la responsabilità degli infermieri nel superamento dei limiti quotidiani (e nel tendere all'ideale) è multidimensionale ma anche personale e non può prescindere dalla propria etica/deontologica, dalla realtà in cui opera e dalle nuove tecnologie a disposizione.

La nostra è una responsabilità verso la professione (competenze, alta professionalità, diritto e dovere di formazione continua) verso gli utenti e la società (centralità della persona e suo entourage di affetti per il conseguimento del benessere), verso i professionisti tutti (collaborazione attiva), verso l'azienda ed il mondo (allocazione e giusto impiego delle risorse, equilibrio tra tecnologie e capacità umane). La nostra professione c'impegna ad utilizzare ogni strategia per perseguire il benessere della popolazione. Prenderne coscienza è il primo passo.

Bibliografia

1. SILVERMAN HJ, LEMAIRE F. *Ethics and research in critical care*. *Intensive Care Med* (2006); 32:1697-1705.
2. BERTOLINI G., a cura di, *Scelte sulla vita*. Guerini Studio Editore, Milano 2007.
3. ZAMPIERETTI N, BELLOMO R, DAN M, RONCO C., *Ethical, political, and social aspect of high-technology medicine: Eos and Care*. *Intensive Care Med* (2006) 32:830-835.
4. CULLEN DJ, CIVETTA JM, BRIGGS BA, FERRARA LC., *Therapeutic Intervention Scoring System: a method for quantitative comparison of patient care*. *Crit Care Med* 1976; 2: 57-60.
5. MIRANDA DR, RIJK AD, SCHAUFELI W., *Simplified therapeutic intervention scoring system: the TISS-28 items-results from a multicenter study*. *Crit Care Med* 1996; 24: 64-73D.
6. MIRANDA DR, MORENO R, IAPICHINO G., *Nine equivalents of nursing manpower use score (NEMS)*. *Intensive Care Med* 1997; 23: 760-5D.
7. MIRANDA DR, NAP A, DE RIJK W, SCHAUFELI W, IAPICHINO G., *Nursing activities score*. *Crit Care Med* 2003; 31: 374-82.
8. MIRANDA DR, NAP A, DE RIJK A, SCHAUFELI W, IAPICHINO G et al. *Nursing Activities Score: Instructions for use*. Article additional to MIRANDA R et al, 2003. *Crit Care Med* 2003; 31: 374-82.
9. GUCCIONE A, MORENA A, PEZZI A, IAPICHINO G., *The assessment of nursing workload*. *Minerva Anestesiol* 2004; 70: 411-6.
10. LUCCHINI A, CHINELLO V, LOLLO V DE FILIPPIS C, SCHENA M et al., *Utilizzo dei sistemi di rilevazione NEMS (Nine Equivalent of Manpower Score) e NAS (Nursing Activities Scores) per determinare il fabbisogno infermieristico in una terapia intensiva polivalente*. *Ass Inf Ric* 2008; 27(1):18-26.
11. BRAZZI L BERTOLINI G ARRIGHI E ROSSI F FACCHINI R LUCIANI D, *Top-down costing: problems in determining staff costs in intensive care medicine* *Intensive Care Med* 2002 Nov;28(11):1661-3. Epub 2002 Sep 7.
12. CIMIOTTI JP. *Staffing level: a determinant of lateonset ventilator-associated pneumonia*. *Crit Care* 2007; 8: 114-54.
13. HUGONNET S, VILLAVECES A, PITTET D. *Nurse staffing level and nosocomial infections: empirical evaluation of the case-crossover and case-time-control designs*. *Am J Epidemiol* 2007; 165: 1321-7.
14. HUGONNET S, CHEVROLET JC, PITTET D., *The effect of workload on infection risk in critically ill patients*. *Crit Care Med* 2007; 35: 76-81.
15. CAMERINO D, CONWAY PM, LUSIGNANI M., *Condizioni di lavoro infermieristico e intenzione di cambiare: risultati dello studio europeo NEXT in Italia*. *Giornale Italiano di Sc. Inf.che* 2005 (1);1:12-25.
16. LI J, LAMBERT VA. *Job satisfaction among intensive care nurses from the Peoples Republic of China*. *International Nursing Review* 2008; 55, 34-39.
17. *Guidelines for intensive care unit design: Guidelines/Practice Parameters Committee of the American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine*. *Crit Care Med* 1995; 23:582-588.
18. P. FERDINANDE, *Members of the Task Force 1 of the European Society of Intensive Care Medicine Recommendations on minimal requirements for Intensive Care Departments* *Intensive Care Med* (1997) 23: 226-232.
19. CHAUDHURY H, MAHMOOD A, VALENTE M. *The Use of Single Patient Rooms vs. Multiple Occupancy Rooms in Acute Care Environments*. *The Coalition for Health Environments Research [online]* <http://www.premierinc.com/quality-safety/tools-services/safety/topics/construction/downloads/03-review-anal-literature.pdf> (ultimo accesso 07 novembre 2009).

20. CHAUDHURY H, MAHMOOD A, VALENTE M., *Advantages and disadvantages of single-versus multiple-occupancy rooms in acute care environments. A Review and Analysis of the Literature ENVIRONMENT AND BEHAVIOR*; 2005; 37(6): 760-786).
21. JOHN REILING, RONDA G. HUGHES, MIKE R. MURPHY, *The Impact of Facility Design on Patient Safety in Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses: Vol. 2* [online] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/picrender.fcgi?book=nursehb&part=ch28&blobtype=pdf> (ultimo accesso 07/11/2009);
22. PIOVELLI R, MASSI M, BAMBI S, LUMINI E, BECATTINI G., *La presenza dei familiari in sala emergenza durante manovre di rianimazione e procedure invasive: le percezioni dei familiari e del personale sanitario. GISI - Giornale Italiano di Scienze Infermieristiche*. 2005;1(0):16-29.
23. DURAN CR, OMAN KS, ABEL JJ, KOZIEL VM, SZYMANSKI D., *Attitudes toward and beliefs about family presence: a survey of healthcare providers, patients' families, and patients. Am J Crit Care*. 2007;16:270-282.
24. FULBROOK P, LATOUR J, ALBARRAN J, WOUTER DE GRAAF, LYNCH F, DEVICTOR D, NOREKVÅL T *The Presence of Family Members During Cardiopulmonary Resuscitation. Connect The world of Critical Care Nursing* 5(4)86-88).
25. GIANNINI A, MICCINESI G, LEONCINO S, *Visiting policies in Italian intensive care units: a nationwide survey Intensive Care Med* 2008 Jul;34(7):1256-62. Epub 2008 Feb 23.
26. ANZOLLETTI AB, BUJA A, BORTOLUSSO V, ZAMPIERON A, *Access to intensive care units: A survey in North-East Italy Intensive Crit Care Nurs* 2008 Dec;24(6):366-74.

SESSIONE
FORMAZIONE, RICERCA, ORGANIZZAZIONE

Moderatore: MARIA BENETTON

LE PRIORITÀ PER LA RICERCA INFERMIERISTICA

M. CASATI

Responsabile Ricerca, Formazione e Sviluppo - Direzione delle Professioni Sanitarie
Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo

La questione del limite è attualmente un argomento importante, e partire dai limiti per definire le priorità della ricerca infermieristica e le priorità di ricerca, sarà l'obiettivo della relazione.

La natura dei limiti può essere letta attraverso l'analisi dell'oggetto di studio, ma anche attraverso la metodologia di studio.

La natura del limite può essere:

- 1) strutturale, dell'essere umano e quindi della capacità limitata di lettura della realtà altrui;
- 2) di natura culturale;
- 3) individuale, del piccolo gruppo professionale, a livello provinciale, aziendale, nazionale;
- 4) organizzativo, professionale, economico, operativo, metodologico e informativo;

La relazione verte sulla parte metodologica e di efficacia informativa della ricerca, perché non è utile solo che ci sia il dato della ricerca, ma anche che il dato possa arrivare in maniera efficace a colui che fa ricerca, e la possa utilizzare nelle sue decisioni.

Già più di 15 anni fa Aniarti ha sviluppato, creato, rafforzato il concetto di area critica, di paziente critico e di criticità relazionale, elemento centrale nell'ambito assistenziale dell'area critica.

Quando si affronta la questione della criticità siamo di fronte ad una criticità decisionale, ancor più spinta che in altri ambiti: stante le condizioni del paziente critico anche le decisioni sono critiche.

Spesso si approfondisce quali siano i tempi e i luoghi in cui si manifestano le situazioni di criticità vitale, che condizionano gli esiti. Spesso si approfondisce come è complessa l'integrazione degli attori presenti nelle situazioni critiche e questo influisce sugli esiti: le storie sono critiche e la complessità della presa in carico è legata all'approccio culturale di tutti i coinvolti.

Il primo limite di natura metodologica è lo sforzo (posizione di umiltà rispetto al contesto che ci circonda) per comprendere al meglio il mondo in cui siamo inseriti, i fenomeni che governano il mondo, i fatti che sono effetto o causa di altri elementi.

La frase «la scienza non è altro che percezione» è la consapevolezza che trattiamo con esseri umani in un contesto di fenomeni e di percorsi rigorosi, tale per cui la percezione diventa capacità di analisi della realtà.

Siamo, però, fortemente legati ai nostri limiti strutturali, di esseri umani, che appunto si sforzano di codificare quello che ci sta attorno. Se poi questi

fenomeni di interesse sono legati a situazioni di criticità, la complessità di lettura si amplifica.

Siamo figli del nostro tempo e dell'epistemologia: è scientifico un approccio che fa delle affermazioni finché queste non vengono confutate. Si sottolinea l'importanza della lettura dei fatti attraverso la chiave della verosimiglianza: «tutti i cigni sono bianchi, finché qualcuno non incontra dei cigni neri»; tutte le informazioni scientifiche sono da prendersi con la consapevolezza che sono vere, finché non vengono confutate. Vanno quindi abbracciate con prudenza a beneficio del dubbio che deve rimanere sullo sfondo.

Parlando di ricerca e di attività scientifiche è necessario ribadire questo sfondo, perché è molto pericoloso affidarsi totalmente alle informazioni che derivano dalla ricerca.

Siamo anche figli dell'evidence based medicine/nursing/practice. Dal 2005 si parla di evidence based practice indicando quella metodologia utile e idonea a tutte le discipline di natura sanitaria e sociale, che nell'assumere decisioni, considerano vari aspetti: l'evidenza provenienti dalla ricerca, l'esperienza clinica, le risorse disponibili e le preferenze dei pazienti.

Quindi anche le decisioni basate sull'evidenza chiedono di considerare più sfaccettature. C'è stata una prima fase dell'evidence based, negli anni '90, in cui fu abbracciata questa metodologia in modo acritico, in modo fideistico, assolutamente pericoloso.

È del 2005 il manifesto dell'evidence based practice: è importante sottolineare questo perché significa utilizzare una metodologia che non è di una disciplina, ma dell'ambito scientifico, dove si parte da un quesito, si cercano le evidenze, si valutano le informazioni, le prove e le pubblicazioni, si applicano i risultati nella pratica clinica, e, in quinta fase, che è stata aggiunta o meglio scorporata dall'EBM, il monitoraggio o sorveglianza dei risultati, senza la quale, l'efficacia delle altre fasi sarebbero indebolite.

La cosa interessante è che il quesito parte dall'ambito clinico, dal singolo paziente, dall'infermiere, che è a diretto contatto con la persona assistita e, attraverso un percorso metodologico assolutamente impegnativo per tanti versi, si può arrivare ad applicarlo al paziente.

L'EBP è una metodologia che nasce in ambito clinico e trova in esso la sua applicazione.

Straordinariamente importante dopo la fase del quesito è la ricerca bibliografica, che rispetto a 15-20 anni fa, ci offre una serie di possibilità per rispondere meglio a questa formula, tale per cui la ricerca bibliografica non deve garantire il numero maggiore di pubblicazioni sull'argomento o sul quesito di interesse, ma deve portarci l'informazione più utile.

L'informazione più utile è quella che ha la maggiore rilevanza e validità con il minore tempo impiegato per poterla raggiungere.

È cambiato il paradigma di un tempo in cui bisognava considerare tutto il pubblicato: bisogna considerare il pubblicato che in modo più utile fornisca le informazioni al quesito di domanda. È cambiato il panorama editoriale: se un tempo si andava a ricercare pubblicazioni o singoli studi ora si ricercano revi-

sioni sistematiche della letteratura, linee guida o sistemi di sinossi delle informazioni. Tutta questa letteratura che viene definita globalmente secondaria, include categorie definibili secondarie, terziarie e quaternarie, che sintetizzano articoli originali e quindi la migliore informazione della letteratura primaria, rielaborata, masticata, sintetizzata nel minor tempo possibile.

È un percorso ampiamente iniziato che continuerà in futuro: è come dire rendere le informazioni più vicine a chi le deve utilizzare nelle proprie decisioni e non chiedere al clinico di mappare tutto l'esistente rispetto alla sua pratica.

Si è sviluppato tutto il percorso dell'EBP, in cui ogni disegno di studio porta un peso di evidenze diverso a seconda dell'affidabilità della relazione causa-effetto che andiamo a cercare in ogni studio, quindi la capacità di leggere in prospettiva, di prevedibilità degli esiti degli atti che andiamo facendo, ricordando però che ogni ricerca (questo è un limite) è soggetta a dei bias, delle distorsioni, ogni riferimento bibliografico ha la capacità di dare informazioni che noi interpretiamo in modo distorto rispetto al dato effettivamente presente.

Già nel 1979 Sackett classificò i tipi di bias possibili in uno studio clinico e sono veramente numerosi. In ogni tipo di bias ci sono sottocategorie: vuol dire che quando prendiamo una pubblicazione rischiamo di fraintendere o capire male e sbagliare se non siamo particolarmente attenti all'aspetto metodologico e concettuale della ricerca.

Andiamo sempre più cercando negli studi metodologie che ci garantiscono l'abbattimento di questo bias. Negli studi sperimentali e negli RCT uno degli aspetti metodologici che diminuisce il numero di bias è sicuramente la randomizzazione e la cecità: per abbattere quello che il caso o l'influenza umana possono portare sullo studio.

Spesso, nei limiti della ricerca, ci troviamo in assenza di evidenze. Andiamo cercando evidenze e abbiamo invece l'evidenza dell'assenza dell'evidenza; andiamo a cercare risposte dei quesiti clinici e in letteratura non troviamo nulla: ci sono argomenti completamente orfani, sui cui è chiaro che la consuetudine, il buon senso, la sostenibilità, l'accettazione da parte del paziente, l'osservazione, ci danno il feedback quotidiano che hanno sempre governato le nostre decisioni.

Il meta data base (che ha come critica la decisione di togliere una serie di questioni che riguardano l'Europa) è un luogo informatico virtuale dove noi inserendo gratuitamente parole chiave (in inglese) abbiamo un ritorno della letteratura su tutte le pubblicazioni che possiamo trovare che ci facilitano le informazioni che cerchiamo nel minor tempo possibile o meglio minor lavoro possibile.

Quando andiamo su questo meta data base free (gratuito, con un numero illimitato di interrogazioni) che lavora su siti che pubblicano linee guida o revisioni sistematiche o sinossi e fa in algoritmo ricerca su data base primari (pubmed), noi abbiamo in un modo velocissimo l'interrogazione delle principali banche dati del mondo di revisioni sistematiche e linee guida.

È stato studiato anche l'affidabilità di questo data base attraverso delle tesi, e viene raccomandato come il modo più veloce, semplice, facile e gratuito per avere documenti scientifici. Perché quando si entra in questo data base non

si ha solo la risposta di quali sono i prodotti editoriali disponibili sull'argomento (le parole chiave giocano un ruolo fondamentale, pertanto è necessario siano prima verificate nel Tesaurus Mesh di Medline), ma anche con un linguaggio libero si ha una risposta molto affidabile sulla disponibilità della letteratura.

Abbatte in un modo impressionante il tempo-lavoro per trovare della letteratura nei migliori data base del mondo.

Peraltro ci da in link il documento che possiamo prendere gratuitamente. Questo meta data base è consigliato semplicemente perché abbatte i limiti dell'interrogazione singola da parte del singolo soggetto, dei singoli data base con le singole diverse interfacce: non solo un problema di tempo ma anche di affidabilità della ricerca, quindi i limiti della ricerca bibliografica possono essere presidiati, gestiti al meglio con l'utilizzo di questo meta data base.

Altro elemento di criticità, di debolezza e di limite della ricerca è che spesso troviamo prodotti editoriali che non sono di qualità affidabile. Da tempo ormai è necessario, quando si reperiscono questi documenti (linee guida, revisioni sistematiche o singoli studi sperimentali di coorte, caso controllo o osservazionali) che una volta individuati, vengano letti in modo critico, valutandone la bontà metodologica: alcune griglie/check-list attualmente utilizzate sono consolidate (l'Agree ne è un esempio). Sono importanti perché molti prodotti editoriali presentano dei limiti metodologici che inficiano l'affidabilità delle informazioni.

Quarta e quinta fase dell'EBP: applicare in sede le informazioni derivanti dalla ricerca. Un conto è sapere, un conto è applicare: tutti noi sappiamo che le cose devono essere fatte in un certo modo, ma per tante questioni, che spesso non sono legate alla volontà (ma a vincoli, valori, conoscenze, motivazioni oggettive, soggettive, individuali, collettive) si creano situazioni tali per cui il mio comportamento clinico- assistenziale può essere diverso da quello che la letteratura raccomanda.

Pertanto ci si deve porre l'opportuno quesito, trovare le informazioni giuste: ma quando queste informazioni trovate in modo corretto senza bias arrivano ad essere disponibili, non è detto che queste arrivino effettivamente al paziente.

Il processo di integrazione dei risultati nella pratica, presenta tantissimi limiti, di natura individuale, collettiva, organizzativa, culturale.

Questi limiti vanno accuratamente osservati e presidiati.

Chi vuole applicare le evidenze scientifiche nella pratica deve guidare questo percorso, nella clinica di tutti i giorni, ma l'organizzazione lo deve guidare nelle sue funzioni manageriali e di formazione.

Il processo di implementazione è il risultato che avviene quando c'è una sinergia fra aspetti formativi- culturali-organizzativi e clinico- assistenziali.

Spesso guidare questo processo è un'avventura, perché bisogna lavorare sugli aspetti organizzativi più quotidiani, entrare nel merito di quello che fanno le persone: abbiamo strategie a supporto di un'implementazione dell'evidenze scientifiche, ci sono interventi che nell'insieme possono facilitare l'inserimento dei risultati della ricerca nella pratica, ma il passaggio da «generalmente efficace», a «qualche volta efficace», a «poco o nessuna efficacia» è da considerare con attenzione.

La letteratura degli ultimi anni sottolinea come ci deve essere un fortissimo investimento da parte della leadership aziendale, da parte dell'organizzazione, perché senza questo tipo di contesto, il clinico (infermiere o medico che sia) fa molta fatica ad applicare le evidenze scientifiche.

È importante lavorare sull'implementazione dell'evidence based, ma ancora più importante è che ci sia sinergia tra più ambienti: chi lavora senza integrarsi, senza coordinare gli sforzi, senza ottimizzare il grande patrimonio che abbiamo a disposizione non può raggiungere un buon obiettivo.

Nella nostra realtà attuale, si sta notando una collaborazione, quindi non siamo in una situazione ferma, ma in movimento: tutto ciò è positivo e facilita l'incontro tra il clinico, la letteratura e la persona assistita.

L'attività di ricerca è implicito nell'agire professionale.

Una riflessione in conclusione: se è vero che l'arte è vasta, dobbiamo riconoscere al collega le specializzazioni, la competenza specialistica, chi è competente da un punto di vista clinico, chi da un punto di vista organizzativo, chi nella formazione.

Dobbiamo essere in grado di sviluppare al massimo quel principio di affidamento al collega, di riconoscimento delle competenze, perché non tutti gli infermieri possono fare gli esperti clinici, non tutti gli infermieri possono fare gli esperti di organizzazione: ognuno ha il proprio campo e lì diventa esperto.

In ricerca ci devono essere il riconoscimento che tutti dobbiamo avere delle competenze: quelle di usare al meglio la letteratura scientifica, di progettare delle ricerche, di gestire dei progetti di ricerca. Tutto ciò richiede competenze ad alti livelli professionali: si deve riconoscere come sia necessario avere delle formazioni ad hoc, per poter fare attività particolarmente specialistiche.

Questa responsabilità rispetto alla ricerca è centrale da parte della professione.

In Italia abbiamo anche un problema storico che è quello di non avere una codifica linguistica unica: non abbiamo un unico linguaggio controllato, non abbiamo delle tassonomie che ci permettono di controllarci; da italiani abbiamo un patrimonio incredibile, un numero impressionante di modelli, termini, algoritmi, item, scale, check-list, una serie di cose, modelli completi o parte di modelli.

La professione deve porsi il problema di adottare un vocabolario controllato in modo che ci si possa intendere sempre più su quello che studiamo, che registriamo.

Questa è una proposta che arriva dall'ambito internazionale: il Nanda, il Nic e Noc ci aiutano con una pantassonomia 3n ad avere un panorama di classificazione unico. Ci servirebbe, tuttavia, quello che viene chiamato Nursing Minimum Data Set che in Belgio esiste da vari anni e che in Italia non c'è.

Abbiamo tanta ricchezza ma non abbiamo un minimo comune denominatore con cui andiamo a guardare i pazienti. Forse nell'area critica esistono il Nems e Nas, ma in generale la professione non ha una sua codifica unica e minima del paziente, a livello nazionale. Quindi non riusciamo ad usare lo stesso linguaggio per la stessa situazione.

È invece importante documentare con un linguaggio controllato, considerare l'opportunità dell'informatica un'evoluzione straordinaria per creare flussi informativi di grande rilevanza per l'attività clinica, ma anche per la ricerca, la formazione e il management.

Fare lo sforzo di associare l'assistenza ai DRG che nascono già comprensivi dell'assistenza.

Dobbiamo lavorare in questo senso perché i DRG sono la strada assolutamente consolidata.

Dobbiamo studiare il livello di conformità tra gli interventi pianificati, effettuati e registrati con indicazioni scientifiche più recenti: su questo abbiamo grandi limiti operativi e organizzativi.

Dobbiamo percorrere quello che la letteratura internazionale ci consiglia: l'adozione di percorsi clinici in cui andiamo a studiare le varianze tra quello che facciamo e quello che andrebbe fatto.

Le priorità: potenziare lo studio dell'efficacia di quello che facciamo, ma anche dei rischi e degli effetti collaterali che sono impressionanti.

I pochi studi che sono stati analizzati su questo argomento ci danno degli «allert»: attenzione a quello che si fa perché spesso non danno beneficio, ma anzi creano danno al paziente.

Nonché della funzione assistenziale infermieristica di tutela al paziente critico: potenziare lo studio di quanto gli infermieri sviluppano attitudine nei confronti del paziente soprattutto quelli critici.

Ricordare che spesso noi garantiamo ai pazienti i problemi durante la degenza più grossi di quelli che portano con loro, perché gli ospedali sappiamo essere ambienti molto pericolosi. Recuperando le parole di Florence, si deve lavorare su questo aspetto che a tutt'oggi non risulta essere totalmente presidiato, anzi il rischio a cui esponiamo il paziente è ancora inaccettabile.

I limiti degli infermieri sono quelli di pubblicare con fatica, con metodologia debole, ma anche quello di non avere ancora messo a punto tanti sforzi su questo: bisogna capire dove arriva la nostra autonomia e lavorare sulla ricerca collaborativa, dobbiamo essere autori di orientamenti dell'architettura del sistema informativo- clinico, che deve essere coerente con l'ambito decisionale, professionale e gestionale.

Bisogna studiare i nostri vissuti e l'impatto di questi sulla nostra vita professionale, familiare e personale.

Nonché studiare i vissuti della persona.

In conclusione le priorità che si rendono necessarie sono:

- presidiare i pre-requisiti professionali per l'esercizio della funzione di ricerca già dalla formazione di base;
- dare informazioni scientifiche disponibili in modo facile, fruibili, ma anche affidabile perché oggi c'è in giro molta letteratura che è pericolosa;
- definire aree di nuove conoscenze con l'approccio dell'analisi del genoma e di tutto quello che sta succedendo: non dobbiamo più lavorare per standardizzazione ma per personalizzazione.

Le priorità sono di lavorare sulla metodologia di produzione delle nuove

conoscenze, utilizzare un linguaggio controllato e lavorare parecchio, darsi un grande slancio sulla questione di che cosa sono gli indicatori di esito e quali sono gli indicatori di processo.

Siamo piccoli davanti alle difficoltà dei fenomeni che ci circondano soprattutto quando questi si sviluppano in contesti critici, con pazienti critici con relazioni critiche dove è evidente che le decisioni sono di conseguenza critiche.

LA FORMAZIONE CLINICA, RELAZIONE E CULTURA

R. ALVARO

Università degli Studi «Tor Vergata» Roma - rosaria.alvaro@gmail.com

La formazione infermieristica di base ha iniziato il suo processo di cambiamento con l'istituzione del diploma universitario in scienze infermieristiche nel 1990, per arrivare alla laurea di primo livello.

Questo ha portato gli infermieri (seppure abilitati all'esercizio della professione) a sviluppare contenuti teorici non sempre in maniera simile: anzi nella gran parte dei casi le persone hanno avuto in università una formazione disomogenea.

Infatti il Decreto Ministeriale n. 509 del 3 novembre 1999 «Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei» sancisce l'autonomia universitaria, e pertanto la possibilità di definire programmi diversi, pur rilasciando un titolo abilitante. Obiettivo della laurea di primo livello, (abilitante l'esercizio della professione) è quello di assicurare allo studente un'adeguata padronanza di metodi e contenuti scientifici generali, nonché l'acquisizione di specifiche conoscenze professionali, garantendo 180 crediti formativi all'anno. Questo è importante per la lettura dei dati seguenti.

Nell'anno accademico 2009-2010, ci sono 40 corsi di laurea nelle diverse università italiane; sono presenti 218 sedi di corso pari a 15.919 immatricolati. Se questo numero viene riportato nei 3 anni si hanno circa 50 infermieri (o potenziali tali) iscritti in università.

Se si analizza il contenuto teorico di alcune università e quindi il settore scientifico-disciplinare MED 45 (scienze infermieristiche- generali- cliniche- pediatriche, così chiamato ma ancora in corso di modifica), prendendo un campione del nord, del sud e del centro, si può vedere che ci sono università che hanno 47 crediti (escluso il tirocinio clinico - pratico nei tre anni), contro università che ne attribuiscono 15,5.

Se si entra nello specifico dei tre anni di corso, risalta come la distribuzione dei crediti delle scienze infermieristiche e della disciplina professionalizzante dei corsi di laurea, varia moltissimo, così come variano i crediti che sono dedicati al tirocinio delle varie università: da 47 a 88. Se poi si mettono insieme nei tre anni di corso i crediti formativi di scienze infermieristiche si passa da 111,5 a 72,5.

La variabilità dei crediti formativi è anche riferibile a tutte quelle scienze cosiddette propedeutiche affini, e quindi non specificatamente disciplinari, che nel corso di base variano moltissimo: da 1,6 a 8,5; nelle scienze biomediche da 11 a 17; per le scienze infermieristiche da 24 a 96.

L'offerta formativa dei diversi atenei è molto diversificata, e così per tutte le aree che sono previste nel percorso di base.

La variabilità è anche riferibile a quanto si spende nei crediti in presenza o di studio individuale o di altre attività il Decreto Ministeriale n. 509 del 3 novembre 1999 definisce come credito professionalizzante: il credito per la prima classe di laurea per gli infermieri, infermieri pediatrici ed ostetriche, stabilita in trenta ore, a seconda delle università possono variare da 15 a 21 ore di presenza, piuttosto che da 16 a 14 ore per altre attività che vengono svolte non in presenza, o addirittura 30 ore in presenza.

Master di primo livello

Bisogna conseguire 60 crediti per avere un master di primo o di secondo. L'offerta formativa universitaria inerente le lauree sanitarie, ha finalità rivolte alla carriera clinica e quindi alle competenze cliniche o alla carriera organizzativa, prevalgono però i master in management.

Non è stato possibile estrapolare il dato di coloro che si sono iscritti ai master di primo livello non dedicati alla professione infermieristica (chi ha in mano una laurea di primo livello, si può iscrivere ad un master di primo livello a tutte le facoltà di tutte le università, purché il requisito di accesso sia una laurea di primo livello).

Un esempio: molti colleghi si sono iscritti al master di management nelle facoltà di economia, piuttosto che nelle facoltà di giurisprudenza: non è detto che il master debba essere management infermieristico.

Gli attuali master che sono stati attivati negli atenei riguardano soprattutto gli infermieri. I master clinici sono all'incirca il 57%; quelli in coordinamento il 21%; gli altri master il 22%. Si iscrivono più le donne rispetto agli uomini, ma la professione infermieristica è formata per lo più da donne che da uomini. Il master di primo livello in management infermieristico rappresentano il 53%; quelli in area critica il 28%.

Una curiosità è rappresentata nella suddivisione geografica dove nord e centro si equivalgono, mentre poco rappresentato o meno rappresentato sono il sud e le isole.

La laurea di secondo livello ha l'obiettivo di fornire allo studente la formazione di livello avanzato per l'esercizio di attività di elevata qualificazione nell'ambito specifico.

La laurea specialistica è stata attivata nel 2004.

Il numero di atenei che hanno attivato la laurea specialistica sono passati dai 16 del primo anno di attivazione, agli attuali 30 che sono rimasti invariati in questo anno accademico rispetto allo scorso anno.

Anche per la laurea specialistica, abbiamo una variabilità totale, forse anche più marcata, riguardo i crediti e la loro attribuzione: si passa dai 90 ai 180 crediti.

Nella slide si può vedere, anche in questo caso, come variano a seconda delle varie aree geografiche l'attribuzione dei crediti, passando addirittura da 2 crediti a 18 per le facoltà di scienze umane e psico- pedagogiche.

Sottolineo le scienze umane e psico-pedagogiche dove l'infermiere deve avere una buona preparazione, e trovarsi di fronte un infermiere con soli 2 crediti formativi in tale ambito potrebbe dare qualche difficoltà.

Nella slide si può fare la media dei vari crediti: scienze infermieristiche passa da 23 a 111 crediti, riferibili ai 300 crediti totali.

Master di secondo livello

Io sono convinta che noi oggi siamo nelle condizioni di attivare master specifici per gli infermieri dedicandogli un master di secondo livello, perché l'infermiere con una laurea specialistica si deve mettere in discussione, scegliendo il proprio campo d'azione con altri professionisti. Sono stati attivati pochi master di secondo livello dedicati agli infermieri, ma molti colleghi hanno fatto master di secondo livello in risk management, piuttosto che in economia, in legislazione o altro in diversi atenei.

Il dottorato di ricerca

Viene conseguito dopo la laurea specialistica, quindi un percorso molto importante, che conclude un percorso universitario già iniziato nel 2006. Ad oggi non abbiamo ancora i primi dottorati in scienze infermieristiche.

Tuttavia anche i dottorati sono stati già attivati all'Aquila, Genova, Firenze e Tor Vergata e sono specifici per le scienze infermieristiche.

Però il lavoro che è stato fatto all'interno dei nostri atenei è quello di prevedere la possibilità dei laureati in scienze infermieristiche di poter partecipare quali dottorati in altri dottorandi: per esempio da quest'anno hanno ottenuto di poter partecipare al dottorato di medicina legale insieme ai laureati in medicina, in giurisprudenza, anche i laureati in scienze infermieristiche. Oppure al dottorato di riabilitazione del piano pelvico o in dottorato in scienze chirurgiche.

Come è prevista per tutte le professioni, anche l'infermiere può partecipare quale dottorato in specifiche altre discipline, come la medicina legale, la chirurgia, l'economia, la pedagogia o altro; poiché forma colleghi in grado di acquisire abilità e conoscenze specifiche, spendibili nei percorsi di primo o secondo livello per le facoltà a base infermieristica, rivolte alla professione, utilizzando una metodologia condivisa con le altre professioni.

Formazione clinica, relazione e cultura: quali criticità e quali punti di forza

La Legge 1 febbraio 2006, n. 43 «Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali», parla di infermiere esperto, abile e competente, anche riferendoci alle competenze individuali: dando assistenza diretta ma anche per chi lavora in struttura organizzative.

Le criticità

1) Lo scarso potere decisionale in ambito formativo è una delle criticità più grosse: il basso numero di docenti universitari disciplinari.

Su 50.000, i docenti sono 32 e non tutti provenienti dall'area infermieristica.

2) La scarsa possibilità di intervenire nei problemi decisionali: la normativa afferma che il presidente del corso di laurea è un professore ordinario o associato.

3) Lo scarso riconoscimento dei docenti a contratto: ci sono circa 40.000 infermieri che lavorano gratuitamente nell'ambito dei nostri atenei a supporto dell'attività di docenza a vario titolo: nei master, nelle lauree, nelle attività di formazione tutoriale sul campo. Abbiamo una disomogeneità formativa che abbiamo già visto graficamente e abbiamo uno scollamento fra la tipologia di operatore che a volte viene richiesto dal servizio sanitario nazionale con colui che invece viene formato.

4) I finanziamenti. Non ci sono i finanziamenti per fare una formazione ad un alto numero di infermieri.

5) Disomogeneità formativa. I passi che l'ordinamento didattico deve fare, dal momento in cui viene attivato un percorso di studio, sono l'attivazione dell'ordinamento didattico in base al regolamento dell'ateneo: stilare un regolamento di corso di studio e pianificare gli studi determinando una distribuzione dei crediti. Questo contributo può essere tanto, molto, poco o addirittura niente, dipende dalla sensibilità del singolo ateneo e non dalla capacità dei coordinatori delle attività tecnico-pratiche o direttori (a seconda della nomina che viene data al responsabile), che a volte non conosce le dinamiche e i riferimenti universitari delle discipline professionalizzanti. Spesso anche gli obiettivi formativi sono completamente diversi da ateneo ad ateneo, e, addirittura, alcuni presenti nello stesso ateneo hanno diversa denominazione e diversi direttori.

Quali le possibili soluzioni

Se è vero che il percorso clinico (come dice la Legge 43/99) deve essere riconosciuto, sarebbe bene stabilire insieme al ministero quale deve essere il prodotto finito, e quindi il formato che si vuole dagli atenei: creare (nel rispetto della legge sull'autonomia degli atenei universitari), una uniformità di contenuti o almeno di obiettivi.

Incrementare la docenza anche con i ricercatori a contratto (visto che le università non possono fare concorsi, non possono assumere e sono sicuramente a bassissimo finanziamento): modificare in parte la norma per avere dei professori a contratto per tre anni rinnovabile, in modo tale da inglobarli nel meccanismo universitario.

Definire la denominazione dei corsi perché non è possibile avere lo stesso riconoscimento, se ho crediti diversi e denominazione diversa. E andare ad agire sui protocolli d'intesa Regione-Università che determinano la regolamentazione di tutti i 219 corsi di laurea ad oggi attivate.

Punti di forza

Indubbiamente l'università ha dato alla professione infermieristica la possibilità di essere veramente riconosciuta come professione intellettuale e come scienza, perché soltanto le professioni intellettuali che determinano scienza sono all'interno degli atenei.

È sicuramente un potenziamento della ricerca infermieristica: chi sta in ateneo è tenuto a fare ricerca e didattica ed ha quindi da la possibilità di entrare in un progetto formativo infinito.

Integrare il sistema sanitario al sistema universitario, a garanzia della formazione, della sicurezza e della efficienza dei servizi sanitari, promuovendo la collaborazione tra i diversi organi rappresentativi istituzionali che sono alla base di questo fenomeno.

RIFLESSIONI RISPETTO AL POSIZIONAMENTO DEL GRUPPO PROFESSIONALE ITALIANO

B. MANGIACAVALLI

Segretaria FNC IPASVI

Riflessioni rispetto al posizionamento del gruppo professionale italiano e quello dei rappresentanti della federazione italiana infermieri su alcune questioni legate al mondo professionale.

Ci sono tre tematiche:

- questione strategica;
- questione organizzativa;
- questione tecnica.

Sono tre momenti di riflessione che sono comuni a tutti i gruppi professionali che lavorano in sanità.

È arrivato il momento di cambiare qualcosa all'interno del servizio sanitario nazionale. Bisogna identificare verso dove cambiare, cosa cambiare, come orientare il cambiamento, come coinvolgere i professionisti che sono impegnati in questo cambiamento, come aumentare il controllo sociale e la responsabilità, come fare in modo che i portatori di interesse del servizio sanitario nazionale (i cittadini, le persone assistite, le persone che sostanzialmente giustificano l'esistenza delle professioni sanitarie e il sistema sanitario) abbiano necessità di cambiamenti.

È una questione organizzativa che discende dalla questione strategica: se è vero che dobbiamo cambiare, come dobbiamo cambiare, dentro quale modello, dentro quale sistema, dentro quali operatività e progettazioni di strutture di organizzazioni.

Infine una questione tecnica che attiene più squisitamente il mondo professionale infermieristico: come andare a ri-configurare sia internamente che esternamente il sistema professionale dei servizi in cui sono inseriti gli infermieri.

Dentro questi tre filoni facciamo qualche riflessione. A loro volta questi tre filoni si inseriscono in un contesto di riferimento più ampio che non è condizionabile da noi, che non è predeterminabile e che dobbiamo assumere come dato; ed è un contesto che noi dobbiamo ricavare dai dati epidemiologici, dai dati sociali e dai dati legati al territorio.

Si deve valutare la tendenza verso cui stiamo andando, perché se dobbiamo affrontare le questioni strategiche, organizzative e tecniche, non possiamo e non dobbiamo sottostimare il contesto nel quale ci troviamo ad operare che ci porta a riprogettare il sistema.

La cronicizzazione delle patologie dell'invecchiamento della popolazione è un dato incontrovertibile perché quello che sta emergendo come necessità

nel sistema sanitario nazionale è la medicina del territorio, è la medicina della continuità, la medicina delle fragilità, la medicina di iniziativa.

Ogni regione ha dato un nome diverso, ma, per semplificare, è tutto ciò che è fuori dell'ospedale, è tutto ciò che non è approccio alla patologia acuta.

L'ospedale dovrebbe diventare centro di riferimento per l'eccellenza clinica e per l'urgenza e poi decentrare sul territorio verso un sistema di Hub & Spoke: tutta la medicina legata alla fragilità e alla disabilità, all'invecchiamento e alla lungo-degenza, alla cronicizzazione.

C'è una crescita delle aspettative della popolazione con la tendenza a rivendicare i diritti reali e presunti: si pensi a tutti i dibattiti e le riflessioni che ci sono rispetto a tutte le prestazioni sanitarie che sono state escluse dai LEA, o che si tenta di escludere dai LEA. Quanto il bisogno di salute sta sconfinando sempre più verso un bisogno di benessere: sono tutti elementi in un contesto che devono essere tenuti in considerazione soprattutto perché c'è un vincolo finanziario entro cui tutti noi professionisti ci dobbiamo muovere.

E se è vero che abbiamo un vincolo finanziario, è anche vero che il bisogno di salute emergente, non emergente, manifesto, solidato, potrebbe essere infinito. L'impegno e la responsabilità etica che viene richiesta a tutti i gruppi professionali hanno un modo di ragionare sull'evidenze scientifiche che sono sottese alle prestazioni sanitarie.

In questo contesto viene bene il collegamento con la relazione di Monica Casati, perché di fatto la riflessione che tutti i professionisti devono in qualche modo approfondire e fare quotidianamente, è quello di interrogarsi sull'evidenza scientifica, sul substrato scientifico, sulla validità oggettiva delle prestazioni sanitarie che noi stiamo andando ad erogare.

Se noi entriamo da protagonisti in queste riflessioni rispetto alla gestione e al monitoraggio del bisogno di salute, rispetto alla definizione di bisogno prioritario di salute, portando la nostra riflessione critica sull'esperienza e sulle conoscenze scientifiche, facendo diventare modalità operativa quotidiana l'evidence based practice, probabilmente riusciremmo a contenere questo crescente disagio rispetto alla sensazione di non rispondere ai bisogni di salute della popolazione.

Questo è il contesto entro cui ci muoviamo.

Analizzando meglio il quesito iniziale, decliniamo queste tre questioni.

Questione strategica: la necessità di un cambiamento. Quale cambiamento? La federazione infermieri da un po' di tempo sostiene che il sistema sanitario nazionale così impostato, in un arco di tempo medio (non si sa se medio-lungo o medio-breve) non è più sostenibile economicamente. Il perché è assolutamente evidente a tutti: non sono più sostenibili i costi legati ad un modello organizzativo (chiamato tipicamente per funzioni), impostato sulla tradizione di unità operative cliniche, strutture complesse cliniche, dove il principio di aggregazione dei pazienti è la disciplina clinica di riferimento: all'interno di esso ci sono svariate patologie cliniche, svariate livelli di complessità della persona assistita, svariate livelli di intensità di cura della persona assistita.

In un termine, sostanzialmente, diventa un contenitore poco appropriato,

poco efficiente e poco efficace. Molto dispendioso economicamente: e questo è sotto agli occhi di tutti.

Per questa problematica, la presidente del collegio degli infermieri è già intervenuta ed è una delle sue riflessioni principali che questo processo di cambiamento si è «coagulato» sul tavolo del comitato centrale: questo modello organizzativo tradizionale comporta un «consumo» di risorse professionali, soprattutto infermieristiche, legate al fatto che in ogni caso se vi è un reparto altamente specialistico, devo comunque garantire degli standard assistenziali, se non altro minimi, per la sicurezza delle persone assistite, oltre a quella degli operatori. Non è detto che questi standard numerici si portino continuamente dietro un mantenimento della competenza professionale tale per poter affrontare tutte le situazioni cliniche che si presentano.

Non solo ma di contro ho strutture, unità operative e servizi che traboccano di pazienti perché sono quelle maggiormente ricettive e utilizzate per i ricoveri d'urgenza, per le situazioni critiche e per le situazioni particolari: notoriamente le unità operative di medicina interna.

Continuare a insistere su questo modello organizzativo riteniamo sia dispendioso e non più sostenibile.

Si è iniziato a ragionare sulla necessità di provare ad avvicinarsi al sistema sanitario nazionale con una nuova cultura organizzativa, un nuovo approccio organizzativo e un nuovo modello di riferimento che prevede un'aggregazione dei pazienti non più basato sul criterio della complessità, della disciplina clinica, ma basato sul criterio di complessità assistenziale; perché riteniamo che dentro a questo modello organizzativo si possono andare a connotare dei modelli assistenziali che tengono in maggiore evidenza, in considerazione e valorizzano le competenze specialistiche e generaliste dell'infermiere, ma soprattutto è un modello che risponde in maniera più appropriata anche al richiamo sull'appropriatezza dell'uso delle risorse economiche che ci viene fatto come professionisti sanitari e risponde in maniera appropriata a quella necessità di competenza di cui il cittadino ha bisogno.

Se non dobbiamo perdere di vista il fatto che lavoriamo per il cittadino, l'infermiere è l'agente morale della persona assistita, colui che risponde eticamente e moralmente della persona assistita, dobbiamo proporre dei modelli organizzativi dove le risorse professionali vengono orientate in maniera appropriata rispetto al bisogno.

Il principio su cui si basa il modello per complessità assistenziale, la strutturazione di un'équipe sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo che tenga conto del livello della complessità assistenziale della persona, si possono fare delle progettazioni legate al mix di infermieri e operatori di supporto rispetto al livello di complessità della persona assistita: ovviamente più si alza la complessità assistenziale più l'équipe deve essere connotata da competenze specialistiche oltre che disciplinari importanti; più la complessità assistenziale si riduce più l'équipe assistenziale può essere anche connotata prevalentemente da operatori che garantiscono un'assistenza di base, sostanzialmente con la necessità di poche attività specialistiche, poca attività di tipo critico-intensivo.

Questo comporta un altro ragionamento che riguarda la questione organizzativa, il capitale umano, il capitale intangibile su cui dobbiamo lavorare che sono gli infermieri.

La riflessione che tutti noi dobbiamo fare è: «se dovessimo passare a questo modello organizzativo, siamo pronti rispetto alle nostre competenze?».

Cambiare modello organizzativo significa cambiare l'approccio mentale all'assistenza infermieristica, la presa in carico, il processo di cura e assistenza, perché a questo punto ci si trova a dover dominare un patrimonio di conoscenza e competenza infermieristica che non è quello tradizionale, consolidato a cui si è abituati nelle unità operativa. Significa dominare un processo decisionale che non ha più come agente di riferimento la patologia clinica, ma la manifestazione del bisogno di assistenza infermieristica correlata alla complessità della persona assistita, che può trarre origine da un problema clinico diverso.

In questo modello organizzativo dovremmo andare a riconfigurare la questione tecnica, a riconfigurare tutto il sistema professionale infermieristico italiano sul principio dei modelli di competenza dei profili.

Come si compone l'équipe assistenziale una volta stabilito quali sono i livelli di complessità della persona?

Sulla base dei profili di competenza. Si deve dire che i profili di competenza in Italia potrebbero essere 377.000, come gli infermieri italiani, perché il profilo di competenza è dato da quello che ognuno di noi come professionista ha fatto proprio: la propria cassetta degli attrezzi.

Dentro a questa cassetta degli attrezzi ci sono le conoscenze acquisite nel percorso di base, in tutti i percorsi specialistici, la competenza consolidata con l'esercizio professionale, le abilità, tutto quello che è essere professionista.

Il mio percorso formativo, la mia attività clinica, assistenziale quotidiana, la mia esperienza professionale rivista criticamente sottoposta a revisione ed a analisi diventa quello che io metto in campo e va a comporre quello che è il mio profilo di competenza.

Se si deve iniziare a riprogettare l'organizzazione di un gruppo professionale, saltano una serie di logiche consolidate: vuol dire che si devono banalmente cambiare molte regole di governo scritte nei contratti di lavoro, a volte definite con procedure e protocolli aziendali.

Banalmente, i principi su cui si basano la mobilità interna del personale: perché la maggior parte dei processi di gestione delle risorse umane all'interno delle aziende pubbliche sono governati da elementi normativi e contrattuali abbastanza rigidi perché previsti dalla norma, ma vanno a valorizzare altri elementi quali i profili di competenza e i bilanci di competenza portfolio. Personalmente non sono a conoscenza di procedure di assegnazione di personale di mobilità interna che partono da questo presupposto, almeno sui professionisti.

Le correlazioni dentro le istituzioni sanitarie sono assolutamente importanti, profonde, forti, a volte consolidate. A volte si tratta di aggredire modelli organizzativi consolidati, cristallizzati dentro logiche che sono diverse rispetto a quelle che vogliamo portare avanti, ma che proprio per questo generano un cambiamento vissuto in maniera importante da tutti i professionisti.

Come professionisti abbiamo il dovere di tutelare questo modello sanitario, ma anche metterci in gioco e ragionare e mettere in preventivo di cambiare radicalmente il nostro modo di pensarci all'interno dell'organizzazione, come infermieri e come ruolo. Questo deve diventare l'elemento che ci consente dentro alle organizzazioni di portare avanti i nostri modelli assistenziali- organizzativi, a valorizzare la competenza, da documentare a tutti.

Non sono visioni troppo lontane dal sentire degli infermieri, vanno alla sostanza del gruppo professionale, sono ragionamenti e visioni vicine a noi perché vicine alla persona che assistiamo quotidianamente.

Deve diventare l'elemento decisionale rispetto ai nostri percorsi e alle organizzazioni, che sia appropriata per la persona che viene in carico a noi, rispetto al suo livello di bisogno, al suo livello di intensità di cure che manifesta, e rispetto alle dinamiche economiche dello stato in cui siamo inseriti. Inoltre appropriato alle competenze che siamo in grado di esplicitare, perché non si riesce ad esercitare lo stesso profilo di competenza in tutti i campi.

La dottoressa Alvaro lo ha esplicitato bene: vi è una classificazione delle competenze: l'esperto, il competente, lo junior, il senior.

Ci sarà una correlazione fra il livello di competenza raggiunto da un professionista e l'attività da può erogare, fra le responsabilità che può assumere e i risultati che si possono ottenere. È anche un principio giuridico che l'errore dell'infermiere generalista è meno grave dell'errore dell'infermiere specialista.

Come stanno insieme le questioni strategiche organizzative e tecniche?

1) Riorganizzare gli ospedali per intensità di cura e complessità assistenziale: riposizionare il gruppo professionale rispetto alle competenze, in modo che tutti abbiamo in mano la propria cassetta degli attrezzi appropriata, per essere collocato, dare il contributo, per contribuire a realizzare questo modello organizzativo e strategico che abbiamo in mente.

2) Sviluppare le competenze specialistiche che devono attenersi ad ogni singolo professionista secondo il proprio ambito, ma sviluppare anche le competenze gestionali. Lo sviluppo delle competenze gestionali nella professione infermieristica è arrivato a livelli importanti.

3) La formazione universitaria ci ha sicuramente aiutato, però di fatto questo ci dovrebbe facilitare nel considerare qual' è il gruppo professionale che dovrebbe prendere in mano questo modello organizzativo. Se dobbiamo cambiare questo modello e innovarsi verso qualcosa che diventi più sostenibile, bisogna scegliere il gruppo professionale che per modus operandi ha quello di lavorare in équipe, di condivisione: gli infermieri non lavorano da soli, ed è un valore aggiunto inestimabile, nel gruppo professionale infermieristico italiano.

4) Identificare quel gruppo professionale che è capace di realizzare la presa in carico: l'infermiere. Lo si vede banalmente dal nostro modo di lavorare, dalle documentazioni assistenziali: perché se si guardano le cartelle mediche sono strutturate secondo un percorso logico che è il percorso diagnostico-terapeutico, ma non emerge il concetto di presa in carico della persona assistita. Guardando la cartella infermieristica e la documentazione infermieristica a

qualunque livello: strutturata, poco strutturata, imprecisa, senza un riferimento di modello concettuale a monte, quello che emerge comunque è la presa in carico della persona assistita: questo è il valore su cui dobbiamo lavorare come infermieri italiani.

Siamo dentro un concetto dove è veramente difficile trovare un equilibrio. Noi non possiamo stare a guardare, non possiamo essere passivi e dobbiamo entrare in gioco in prima persona.

Un piccolo collegamento ai contenuti del codice deontologico rispetto alla tematica in questione sulla organizzazione delle istituzioni.

Il comitato dei ministri nel 1997 ha prodotto un documento il cui estratto è: la qualità dell'assistenza sanitaria è il grado con cui il trattamento fornito migliora le probabilità del paziente di raggiungere i risultati desiderati. Il risultato è quello che dobbiamo perseguire noi come gruppo professionale: nessuno ci chiederà più di giustificare e argomentare se abbiamo fatto bene il compito, ma ci chiederanno qual è il risultato che volevamo raggiungere con l'azione infermieristica che abbiamo messo in atto per il paziente.

Diminuisce la probabilità di risultati indesiderati tenendo conto del corrente stato delle conoscenze. Questo significa che nella nostra cassetta degli attrezzi ci deve essere la capacità di sapere utilizzare le ricerche: non tutti possono essere all'altezza di fare ricerca, ma la capacità di utilizzare i risultati della ricerca per migliorare la pratica quotidiana, anche organizzativa rispetto ai modelli, è necessaria.

Le dimensioni della qualità che discendono da questa affermazione sono: manageriali- organizzativa, tecnico- professionale e percepita- relazionale, cioè responsabilità organizzativa rispetto alla qualità manageriale- organizzativa; responsabilità professionale rispetto alla qualità tecnico- specialistica; responsabilità etica rispetto alla qualità della dimensione relazionale.

Dove sono queste dimensioni della qualità e della responsabilità?

Dentro i processi sanitari, sperando di riuscire ad orientare il modello verso un'organizzazione per processi e non più verso un'organizzazione funzionale, perché l'organizzazione funzionale non è più sostenibile.

Andiamo verso un'organizzazione per processi: dove i processi sono trasversali, tipicamente per intensità e complessità e dove servono competenze professionali- specialistiche consolidate anche trasversali.

Dove troviamo l'orientamento rispetto a queste dimensioni della responsabilità?

Nel codice deontologico del 2009. Il codice deontologico trova alcuni principi ispiratori che li correlano alla responsabilità, e che evidenzia il ruolo dell'infermiere nelle relazioni assistenziali nelle relazioni professionali e nelle organizzazioni: qualità e responsabilità dell'organizzazione, qualità e responsabilità professionale, qualità e responsabilità etica.

La selezione degli articoli del codice sono classificate secondo questa possibile riflessione. Nelle relazioni assistenziali, gli articoli del codice aiutano l'in-

fermiere a posizionarsi rispetto alla qualità relazionale percepita, e alle relazioni professionali: qualità tecnico-specialistica e tecnico-scientifica e la responsabilità rispetto ai modelli organizzativi. Dagli articoli emerge che non ci possiamo tirare fuori da nessun processo di cambiamento e non possiamo aspettare che qualcun altro riorganizzi il sistema sanitario e i modelli organizzativi per noi. Siamo inseriti in un percorso che va fatto e quello che ci arricchisce non è arrivare in fondo al traguardo, ma è l'arricchimento che deriva dal camminare e fare un percorso nel gruppo professionale, nel gruppo interprofessionale e nel sistema sanitario nazionale.

SESSIONE CURE INTENSIVE

Moderatori: ILARIA COSSU, GIANDOMENICO GIUSTI

PAZIENTI E SICUREZZA IN SALA OPERATORIA, IL CONTRIBUTO INFERMIERISTICO PER IL SUPERAMENTO DEL LIMITE

Dott. M. ZUCCONI

Responsabile Sicurezza e Risk Management, Dipartimento Professioni Sanitarie
Azienda Ospedaliera di Perugia

Le stime della morbosità e della mortalità associate all'attività chirurgica, che in Italia rappresenta circa il 40 % della totalità dei ricoveri, giustificano la crescente preoccupazione per il problema della sicurezza dei pazienti e della qualità dell'assistenza in ambito chirurgico. Nonostante le difficoltà metodologiche nella misurazione degli eventi avversi correlati agli interventi chirurgici, i risultati degli studi internazionali riportano un'incidenza compresa tra il 3% ed il 16% nelle procedure eseguite sui pazienti ricoverati, con un tasso di mortalità compreso tra 0,4 % e 0,8 %.

A dispetto di una scarsa comparabilità dei dati, anche per la variabilità del case mix, i risultati riportati dagli studi internazionali giustificano la crescente attenzione verso questo problema, ritenuto una delle priorità della sanità pubblica nel mondo, anche perché da tali studi emerge che circa la metà degli eventi avversi sono considerati prevenibili.

Esaminando la totalità degli interventi sanitari, si può constatare che una parte di essi evolve in complicazioni, che però in ambito chirurgico possono rappresentare un rischio calcolabile. C'è poi un'altra ampia casistica di errori spesso non viene considerata. Si tratta dei cosiddetti quasi errori (near misses) e degli eventi che non producono danno per il paziente, che se non opportunamente gestiti attraverso un valido sistema di incident reporting possono rappresentare un problema, perché spesso non vengono segnalati.

Rispetto ad altri settori sanitari la sicurezza in sala operatoria si contraddistingue per la complessità intrinseca caratterizzante tutte le procedure chirurgiche, pure quelle più semplici: numero di persone e professionalità coinvolte, condizioni acute dei pazienti, quantità di informazioni richieste, urgenza con cui i processi devono essere eseguiti, elevato livello tecnologico, molteplicità di punti critici del processo che possono provocare gravi danni ai pazienti (identificazione del paziente, correttezza del sito chirurgico, appropriata sterilizzazione dello strumentario, induzione dell'anestesia, ecc.).

Inoltre, in Italia il problema della carenza di personale infermieristico ha indotto, talvolta, le aziende sanitarie ad impiegare in questo ambito altre figure professionali, quali l'operatore socio sanitario e l'operatore socio sanitario specializzato, coinvolgendole in alcune attività tradizionalmente eseguite dagli infermieri, contribuendo così ad aumentare il rischio di eventi avversi in sala operatoria.

Se la sicurezza dei pazienti viene inficiata, si possono avere pesanti ricadute sui pazienti stessi, con grave danno e disabilità, fino alla morte. Nel migliore dei casi saranno richiesti trattamenti aggiuntivi, che avranno rilevanti costi per l'organizzazione, ma anche per il paziente stesso e i suoi familiari. I professionisti coinvolti negli eventi avversi potranno avere implicazioni legali anche rilevanti, con perdita dell'immagine professionale e danno alle relazioni interne ed esterne all'organizzazione. L'organizzazione sarà poi esposta a contenziosi, con perdita di risorse e della credibilità del sistema, sottoposto anche alla rendicontazione sociale.

A seguito dell'assemblea mondiale sanitaria del 2002, in cui si chiedeva agli Stati Membri ed all'OMS di porre la massima attenzione al problema della sicurezza dei pazienti, nel 2004 l'OMS ha avviato la *World Alliance for Patient Safety*. Tra i progetti OMS volti alla sicurezza dei pazienti, il tema della sicurezza in sala operatoria è stato individuato come prioritario. Il programma «*Safe Surgery Saves Lives*», diffuso a livello mondiale nel 2007, mette in evidenza la stretta relazione intercorrente tra sicurezza dell'assistenza chirurgica e vite umane potenzialmente salvate. L'impatto, in termini di sanità pubblica globale, è enorme, se si considera l'immenso volume di procedure chirurgiche erogate nel mondo, il tasso di mortalità, l'incidenza di eventi avversi e la evitabilità degli stessi.

Nel 2008 sono state pubblicate e diffuse le linee guida OMS «*Guidelines for Safe Surgery*» per la sicurezza in sala operatoria. Esse si pongono l'obiettivo di migliorare la sicurezza degli interventi chirurgici attraverso la definizione e la promozione di raccomandazioni e standard di sicurezza che possano essere adattati nei diversi Paesi e setting operativi, rafforzandone i processi pre-operatori, intra-operatori e post-operatori. Inoltre, sulla base di tali raccomandazioni, l'OMS ha costruito una checklist per la sicurezza in sala operatoria a supporto delle équipes operatorie, con la finalità di favorire, in modo sistematico, l'aderenza all'implementazione degli standard di sicurezza raccomandati per prevenire gli eventi avversi evitabili.

Tali linee guida sono state recepite a livello nazionale con il documento del Ministero della Salute «*Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist*», diffuso ad ottobre 2009. Questo perché nel corso del corrente anno, anche sulla base delle indicazioni dell'OMS, è stato individuato il tema della sicurezza in sala operatoria quale area prioritaria di intervento per la sicurezza dei pazienti e pertanto il Ministero ha provveduto a:

- aggiornare il protocollo degli eventi sentinella, definendo anche una nuova categoria di eventi avversi: «*morte o grave danno imprevisti a seguito dell'intervento chirurgico*»;
- elaborare raccomandazioni specifiche per la sicurezza in sala operatoria, a supporto delle strutture sanitarie e dei professionisti;
- sviluppare un progetto di formazione interprofessionale sulla sicurezza dei pazienti in sala operatoria, rivolto alle équipes operatorie.

Obiettivo del Manuale è di migliorare la qualità e la sicurezza degli interventi chirurgici eseguiti nel SSN attraverso:

1) la diffusione di raccomandazioni e standard di sicurezza volti a rafforzare i processi preoperatori, intra-operatori e post-operatori,

2) l'implementazione degli standard di sicurezza tramite l'applicazione della Checklist per la sicurezza in sala operatoria in tutte le sale operatorie e nel corso di tutte le procedure chirurgiche effettuate.

Le raccomandazioni riportate nel Manuale sono riferite a 16 obiettivi specifici, che riguardano importanti aspetti per la sicurezza dei pazienti nel processo peri-operatorio; i primi 10 obiettivi derivano dal documento OMS «Guidelines for Safe Surgery», con adattamenti alla realtà nazionale, mentre i successivi 6 sono stati elaborati dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. I sedici obiettivi per la sicurezza in sala operatoria sono:

1. operare il paziente corretto ed il sito corretto;
2. prevenire la ritenzione di materiale estraneo nel sito chirurgico;
3. identificare in modo corretto i campioni chirurgici;
4. preparare e posizionare in modo corretto il paziente;
5. prevenire i danni da anestesia garantendo le funzioni vitali;
6. gestire le vie aeree e la funzione respiratoria;
7. controllare e gestire il rischio emorragico;
8. prevenire le reazioni allergiche e gli eventi avversi della terapia farmacologica;
9. Gestire in modo corretto il risveglio ed il controllo postoperatorio;
10. Prevenire il tromboembolismo postoperatorio;
11. Prevenire le infezioni del sito chirurgico;
12. Promuovere un'efficace comunicazione in sala operatoria;
13. Gestire in modo corretto il programma operatorio;
14. Garantire la corretta redazione del registro operatorio;
15. Garantire una corretta documentazione anestesiologicala;
16. Attivare sistemi di valutazione dell'attività in sala operatoria.

Per ogni obiettivo sono menzionate una serie di azioni da porre in essere in sala operatoria per garantire la sicurezza del paziente ed il regolare svolgimento dell'attività chirurgica.

Ma un altro aspetto molto interessante del manuale è costituito dall'ampio risalto che viene dato alla «Checklist per la sicurezza in sala operatoria». Sulla base delle raccomandazioni «Guidelines for Surgery» l'OMS ha costruito una checklist per la sicurezza in sala operatoria contenente 19 item, quale strumento guida per l'esecuzione dei controlli, a supporto delle équipes operatorie, con la finalità di favorire in modo sistematico l'aderenza all'implementazione degli standard di sicurezza, raccomandati per prevenire la mortalità e le complicanze post-operatorie.

La checklist è stata oggetto di sperimentazione in un recente studio prospettico, condotto su un campione di otto ospedali di diversi Paesi, alcuni dei quali in via di sviluppo, con un disegno dello studio di tipo *before-after*. Dallo studio è emerso che l'implementazione della checklist è associata ad una concomitante riduzione del tasso di mortalità e delle complicanze post-operatorie. I risultati osservati suggeriscono che l'utilizzo della checklist può migliorare la

sicurezza dei pazienti e ridurre il numero di morti e di complicanze post-operatorie. Anche l'agenzia nazionale per la sicurezza dei pazienti del Regno Unito (NPSA) ha recentemente adattato alla propria realtà la checklist dell'OMS raccomandando ufficialmente di utilizzarla su tutti i pazienti sottoposti ad interventi chirurgici in Inghilterra e nel Galles.

Sulla base delle indicazioni OMS, il Ministero ha adattato la checklist alla propria realtà nazionale ed ha aggiunto ai 19 item dell'OMS un ulteriore item riguardante il controllo del piano per la profilassi del tromboembolismo venoso.

La checklist include 3 fasi (Sign In, Time Out, Sign Out), nonché 20 item con i controlli da effettuare nel corso dell'intervento chirurgico e le relative caselle da contrassegnare dopo l'avvenuto controllo. Per evitare la sovrapposizione di controlli, nel Manuale si precisa che la nuova checklist per la sicurezza in sala operatoria sostituisce la checklist «*Scheda pre-operatoria per la verifica della corretta identificazione del paziente e del sito chirurgico e della procedura*», diffusa dal Ministero nel 2006 nel contesto della specifica Raccomandazione.

Per migliorare l'implementazione della checklist è consigliabile la designazione di un coordinatore della stessa, da individuare tra i componenti dell'équipe operatoria, che sarà responsabile della verifica dei controlli da parte dei rispettivi componenti dell'équipe operatoria e, soltanto dopo aver accertato l'avvenuto controllo, si farà carico di contrassegnare la casella del relativo item; l'OMS suggerisce la designazione dell'infermiere di sala operatoria.

Particolare rilevanza assumono i processi di comunicazione all'interno dell'équipe operatoria, nella quale il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere non lavorano isolatamente l'uno dall'altro, ma devono assicurare un clima di collaborazione tra le diverse professionalità, indispensabile per prevenire incidenti perioperatori e per la buona riuscita dell'intervento.

Pertanto in ciascuna fase dell'intervento chirurgico è importante creare un ambiente lavorativo che faciliti il compito del coordinatore, inoltre l'équipe operatoria deve agevolare il coordinatore nel porre le specifiche domande e fornire le dovute risposte. Nel caso in cui particolari esigenze locali o specifiche procedure rendano opportuna l'aggiunta di altri controlli, sarà possibile arricchire la checklist con ulteriori item, avendo cura di non complicare troppo la gestione e la praticabilità dei controlli stessi.

Vediamo ora nel dettaglio le tre fasi della Checklist:

1° Fase: Sign In

- *Conferma da parte del paziente di identità, procedura, sito e consenso.* Il coordinatore prima dell'anestesia deve verificare verbalmente con il paziente la correttezza dell'identità, del sito, della procedura e che sia stato dato il consenso all'intervento chirurgico.

- *Sito marcato.* Il coordinatore dovrà contrassegnare la corrispettiva casella soltanto dopo aver verificato che il sito chirurgico sia stato marcato, ovvero che tale controllo non sia applicabile al tipo di intervento chirurgico.

- *Controlli per la sicurezza dell'anestesia.* Il coordinatore dovrà controllare verbalmente con l'anestesista che siano stati effettuati i controlli per la sicurezza dell'anestesia e che sia stato confermato il corretto posizionamento e funzionamento del pulsossimetro.

– *Identificazione dei rischi del paziente.* Il coordinatore dovrà controllare verbalmente con l'anestesista che sia stato valutato il rischio di reazioni allergiche, di difficoltà di gestione delle vie aeree, di perdita ematica.

2° fase: Time Out

– *Presentazione dell'équipe.* Il coordinatore all'inizio della seduta operatoria chiede ad ogni componente dell'équipe di presentarsi, enunciando il proprio nome e il proprio ruolo.

– *Chirurgo, anestesista ed infermiere confermano il paziente, il sito, la procedura ed il corretto posizionamento.* Il coordinatore chiede all'équipe operatoria di confermare ad alta voce il nome del paziente, la procedura chirurgica, il sito chirurgico e il corretto posizionamento del paziente rispetto all'intervento programmato.

– *Anticipazione di eventuali criticità.* Successivamente ogni componente, a turno, revisiona gli elementi critici del proprio programma operatorio, utilizzando, come guida, le domande della checklist;

– *Profilassi antibiotica.* Il coordinatore chiede ad alta voce di confermare che la profilassi antibiotica sia stata somministrata nei 60 minuti precedenti.

– *Visualizzazione immagini.* Il coordinatore chiede al chirurgo se la visualizzazione delle immagini è necessaria per l'intervento; in caso affermativo, conferma che le immagini essenziali sono disponibili in sala operatoria e pronte per essere visualizzate durante l'intervento.

3° fase: Sign Out

– Il coordinatore conferma verbalmente insieme all'équipe operatoria:

– Nome della procedura chirurgica registrata,

– Conteggio di strumenti, garze, bisturi, aghi e altro strumentario chirurgico,

– Etichettatura del campione chirurgico (incluso nome del paziente e descrizione),

– Problemi o malfunzionamenti nell'utilizzo dei dispositivi.

– *Revisione degli elementi critici per l'assistenza post-operatoria.* Il coordinatore conferma che il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere abbiano revisionato gli aspetti importanti e gli elementi critici per la gestione dell'assistenza postoperatoria del paziente, focalizzando l'attenzione sugli eventuali problemi intraoperatori o anestesiológicos che possono influire negativamente sul decorso postoperatorio.

– *Profilassi del tromboembolismo post-operatorio.* Il coordinatore chiede conferma al chirurgo che sia stato predisposto il piano per la profilassi del tromboembolismo postoperatorio.

La checklist compilata può essere collocata nella documentazione clinica del paziente oppure archiviata per la valutazione della qualità degli interventi. A corredo del Manuale è stato prodotto del materiale informativo, composto dai tre seguenti video illustrativi (disponibili sul sito ministeriale):

1. Come si usa la checklist in sala operatoria nelle procedure semplici

2. Come si usa la checklist in sala operatoria nelle procedure complesse

3. Come non si usa la checklist in sala operatoria.

Il Manuale, già nella sua versione in bozza, diffusa ad aprile 2009 ha costi-

tuito un valido punto di riferimento nel processo di accreditamento che ha interessato il Blocco Operatorio «Vittorio Trancanelli» dell'Azienda ospedaliera di Perugia. Tale blocco operatorio, di recente realizzazione, si estende su circa 2800 metri quadri, ed è composto da 11 sale operatorie, dove complessivamente si effettuano oltre 600 interventi al mese. Al blocco, che è dotato di una centrale di sterilizzazione interna, nonché di un magazzino informatizzato per farmaci e dispositivi medico-chirurgici, afferiscono 13 chirurgie generali e specialistiche.

Il processo di accreditamento, felicemente conclusosi ad ottobre 2009 con il conferimento della certificazione, si è tenuto secondo il «modello umbro», che prevede la presenza di ispettori regionali e una ditta esterna, la CERMET che certifica secondo la norma UNI EN ISO 9001:2008. Per affrontare le fasi dell'accreditamento, che prevede un pre-audit e un audit, sono stati formati dei valutatori/referenti interni, mediante la loro partecipazione ad un corso della durata di 40 ore sui sistemi qualità in sanità.

La maggior parte di questi valutatori/referenti erano infermieri, che hanno gestito numerosi audit interni e provveduto alla stesura delle numerosissime procedure operative che contraddistinguono tutte le attività di un blocco operatorio. Ciò ha prodotto un cambiamento notevole del modo di lavorare, secondo il famoso motto della qualità: *«scrivi ciò che fai, fai ciò che scrivi, verifica quello che hai fatto»*.

Per quanto riguarda la gestione del rischio clinico, ad esempio, a seguito di un evento avverso rappresentato dalla «dimenticanza» di una pinza in addome dopo un intervento chirurgico, che è riconducibile all'obiettivo n. 2 del Manuale (Prevenire la ritenzione di materiale estraneo al sito chirurgico), tutto il personale ha effettuato un apposito percorso formativo teorico-pratico, avente per oggetto la responsabilità professionale del chirurgo, dello strumentista e del personale di sala operatoria. Inoltre, si è provveduto alla stesura di un'apposita istruzione operativa per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico. Istruzione operativa che risponde al punto 2 della fase «Sign Out» della checklist contenuta nel Manuale. Per di più, la puntuale adesione all'impiego della checklist viene verificata ed i risultati vengono periodicamente comunicati al personale ed alla Direzione Sanitaria.

Concludendo, si può affermare che il personale infermieristico di sala operatoria ha contribuito in maniera fondamentale al superamento dei limiti imposti dalle logiche strutturali e dell'efficienza produttiva, ma anche dal «si è sempre fatto così» e dall'autorità del medico, considerato in certi contesti unico garante del sapere scientifico, al fine di offrire ai pazienti prestazioni sicure ed elevati standard qualitativi.

Il percorso dell'accreditamento ha fatto crescere tutti i professionisti sanitari coinvolti, non solo verso un «saper fare», ma verso un «saper fare bene», sinonimo di qualità e sicurezza; riguardo il rischio clinico gli infermieri del Blocco Operatorio hanno coniato un loro motto *«Apprendere dagli errori passati per prevenire quelli futuri, con lo sguardo verso la qualità!»*.

Bibliografia

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. *Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist*. Roma, ottobre 2009.

UNDERSTAFFING ED EVENTI AVVERSI IN TERAPIA INTENSIVA: STUDIO PILOTA RETROSPETTIVO

M. NOACCO ⁽¹⁾, A. PALESE ⁽²⁾

⁽¹⁾ Master in Coordinamento, Clinica di Anestesia e Terapia Intensiva, Azienda Ospedaliera SMM Udine

⁽²⁾ Professore Associato in Scienze Infermieristiche, Università degli Studi di Udine

Abstract

maxnoacco@yahoo.it

Background. La disponibilità di informazioni relative agli nursing outcomes (esiti delle attività assistenziali dell'équipe infermieristica), sistematicamente documentate, rappresenta uno dei più importanti fattori di sviluppo dell'attività di ricerca orientata alla dimostrazione dell'efficacia e della qualità dell'assistenza infermieristica.

Obiettivo. Valutare se esiste una associazione statisticamente significativa tra la comparsa di eventi avversi nei malati ricoverati in Terapia Intensiva e una condizione di understaffing del personale infermieristico.

Metodo. È stato realizzato uno studio retrospettivo presso la Clinica di Anestesia e Rianimazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria SMM di Udine (Italy). Sono state incluse le cartelle mediche dei pazienti ricoverati nel 2007, includendo nello studio gli eventi avversi comparsi nei giorni festivi e durante le notti, situazioni in cui con maggior frequenza si è osservato un understaffing.

Risultati. Complessivamente il rischio di sviluppare l'evento avverso nelle situazioni di understaffing è superiore a quanto accade nelle situazioni in cui gli infermieri gestiscono meno di 1.5 pazienti ciascuno (OR 3.370, IC 95% 1.64-6.79). Osservando invece la relazione che intercorre tra eventi avversi e durata dell'understaffing all'aumentare di quest'ultimo aumenta il numero di eventi avversi (r 0.373; p 0.01).

Conclusioni. Per un'assistenza infermieristica efficace, qualificata e personalizzata che si basa sulla stima e sulla verifica sistematica della complessità assistenziale, è indispensabile definire quanti pazienti ciascun infermiere può gestire, fissando anche standard diversi se riteniamo che questi non siano sostenibili dal contesto in studio.

Solo la conoscenza dei fenomeni – anche avversi – che vengono generati nell'attività quotidiana dei reparti può stimolare ipotesi verificabili sul contributo del nursing efficace. Nel portfolio delle competenze dell'Infermiere di ICU, è richiesta anche la capacità di riconoscere e monitorare le situazioni. Misurare i problemi attuali e/o di rischio permette al gruppo di lavoro di riconoscere quali trattamenti sono in grado di ridurre la comparsa di errori o eventi avversi. Tuttavia, la quantità di personale presente è il fattore determinante la possibilità di esprimere tali abilità per tutti i pazienti assistiti.

- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalki J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 2002; 288 (16):1987-1993.
- Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-staffing levels and quality of care in hospitals. *N Engl J Med*. 2002; May 30;346(22):1715-22.
- Palese A, Saiani L. Carencia di infermieri, standard assistenziali, sicurezza dei pazienti. *AIR*, 2006; 25 (4) :202-205.

ASSISTENZA AL PAZIENTE NEUROCHIRURGICO DURANTE IL MONITORAGGIO NEUROFISIOLOGICO IN CONTINUO

M. TAFFARELLO, V. BARRA

Terapia Intensiva Neurochirurgia, Azienda ULSS 9 Treviso

Abstract

m.taffarello@alice.it vbarra@ulss.tv.it

Scopo: Pianificare l'assistenza infermieristica al fine di ottimizzare la qualità del monitoraggio neurofisiologico (Potenziali Evocati Somatosensoriali PESS+EEG in continuo) nei pazienti in coma post-traumatico e ipossico-ischemico.

Metodi: Studio prospettico su 40 pazienti con SHI (Severe Head Injury) in fase acuta con un GCS < 8 di età compresa tra i 15 e i 75 anni. Il monitoraggio viene posizionato dal medico utilizzando il sistema 10-20 internazionale dell'EEG, mediante agoelettrodi infissi nel cuoio capelluto previa disinfezione e medicazione sterile a piatto con Tegaderm®. Gli agoelettrodi sono collegati ad una testina di monitoraggio dietro al paziente collegata via rete. Lo stimolo elettrico del nervo mediano viene rilevato in corteccia somato-sensitiva mediante tecniche di averaging. L'infermiere utilizza particolari attenzioni durante gli interventi assistenziali che potrebbero alterare e/o migliorare l'affidabilità del dato: nursing, ispezione della medicazione (evitare decubiti ed infezione) mantenimento degli elettrodi in situ per più giorni, variazione dei parametri vitali in relazione alla stimolazione, trasporto del paziente in neuro-radiologia (collegare e scollegare il monitoraggio).

Risultati: L'assistenza infermieristica finalizzata al mantenimento del neuro monitoraggio, ha contribuito nel 100% dei casi al miglioramento del segnale, riducendo gli artefatti e consentendo una maggior durata del monitoraggio in sede (7+5 giorni). Non sono state riscontrate infezioni locali e/o decubiti legati al posizionamento degli agoelettrodi. Nel 20% dei casi è stato segnalato un aumento della pressione arteriosa in relazione alla stimolazione elettrica che ha richiesto un intervento del personale infermieristico.

Conclusioni: La collaborazione infermieristica al mantenimento dei PESS+EEG in continuo permette di ottenere una migliore qualità dei parametri neurofisiologici utili al trattamento del paziente.

BOSCO E, ZANATTA P et all. *Potenziali evocati somatosensoriali seriali nel trauma cranico severo: un monitor della funzione cerebrale. Acta Anaesth. Italica* 59,152-173, 2008.

Da circa due anni nella nostra realtà viene applicato il sistema di monitoraggio neurofisiologico strumentale in continuo. Si tratta dei Potenziali evocati Somato Sensoriali (PESS) e l'elettroencefalogramma (EEG). I potenziali evocati somato sensoriali (PESS) sono esami che studiano le risposte del sistema nervoso centrale ad uno stimolo sensoriale analizzando le vie nervose che dalla periferia portano le informazioni verso il cervello.

I PESS sono impiegati in TI sia come indice predittivo prognostico precoce, sia come monitoraggio elettrofisiologico del danno cerebrale primario e delle complicanze secondarie.

Possono essere esami invasivi e non ma nel caso di monitoraggio in continuo si utilizzano aghi elettrodi intradermici per la conduzione dello stimolo elettrico.

L'EEG invece, permette di osservare la funzione talamo corticale nei pazienti in coma quando questa è inaccessibile clinicamente inoltre è sensibile alle più comuni cause di danno cerebrale (ischemia e ipossia) evidenzia la disfunzione neuronale in fase ancora reversibile, riconosce focolai epilettogeni.

I pazienti sottoposti a questi tipi di monitoraggio in continuo sono:

- post-operati in elezione
- traumi cranici in coma
- emorragie cerebrali in coma

particolare attenzione è stata data alla fisiopatologia nel trauma cranico severo e in questi pazienti, la prognosi dipende non solo dalle lesioni iniziali ma anche da quelle secondarie più spesso di origine ischemica. Ed è in quest'ultima fase che si inserisce il monitoraggio neurofisiologico in continuo o seriato, associato ad altre indagini radiologiche e cliniche. Permettendo così l'immediato intervento in presenza di ischemie.

L'obiettivo del monitoraggio è di «estrarre» un indice di funzione globale dell'encefalo e per arrivare a questo l'infermiere osserva e agisce con lo scopo di ottenere una registrazione del tracciato priva o quasi di interferenze.

L'applicazione del monitoraggio viene fatta dal medico intensivista specializzato o dai tecnici utilizzando degli agoelettrodi infissi nel cuoio capelluto e agli arti interessati con medicazione a piatto con cerotto trasparente (tegaderm). Tale medicazione rimane in sede anche per 7 giorni e tramite centralina collegata on-line ad un pc da dove parte lo stimolo elettrico.

Prestando assistenza a questi pazienti i problemi ricorrenti per l'infermiere sono:

- evitare arrossamento infezione decubiti dei siti
- mantenere stabili i PV Parametri vitali
- controllo sulla sedazione del paziente
- controllo copertura analgesica
- scollegamento accidentale degli ago-elettrodi
- ridurre il carico di stimoli ambientali
- gestione del trasporto

Eseguire un nursing «personalizzato» annotando in grafica l'ora concentrando eventuali manovre invasive ed eventuali altre indagini diagnostiche nel limite dell'organizzazione diventa di fondamentale importanza.

Intervenire previo accordo medico per normalizzare i parametri vitali sulla sedazione e/o analgesia qualora lo stimolo elettrico non sia ben tollerato.

Evitare termocoperte e fare in modo che i cavi di raccordo tra gli elettrodi e il sistema di registrazione siano ben raggruppati facendo attenzione che non poggino su parti in movimento come i tubi del ventilatore.

Ridurre le sorgenti di rumore come gli allarmi.

Quasi in conclusione possiamo dire che:

l'assistenza infermieristica accurata durante il monitoraggio in continuo, partecipa all'orientamento per la formulazione di una prognosi, il più possibile fedele alle condizioni del paziente, indirizzando con maggior obbiettività le aspettative dei familiari che sono informati sull'evoluzione dello stato di salute

Il monitoraggio neurofisiologico rappresenta per la persona UN PONTE sul confine dato dalla clinica e dalla diagnostica. (oltre il limite)

Il ruolo dell'infermiere in questo «limite » è di assistere la persona malata di accompagnarla nell'evoluzione qualsiasi essa sia, di interagire con tutto il monitoraggio, comunicare con il medico e non ultimo di essere un sostegno alla famiglia.

Buon lavoro a tutti e grazie per l'attenzione

BOSCO E., ZANATTA P. et Al «*Potenziali evocati somato sensoriali seriali nel trauma cranico severo: un monitor della funzione cerebrale.*» Acta Anaesth. Italica 59,152-173,2008.

ALTERAZIONI DEL MODELLO SONNO E RIPOSO NEI PAZIENTI RICOVERATI IN TERAPIA INTENSIVA: STUDIO OSSERVAZIONALE COMPARATO ED OPINIONI INFERMIERISTICHE A CONFRONTO

M. MENEGALDO, R. MONTESANO

ASL Asti

Abstract

menegaldo.quirico@alice.it

La letteratura disponibile (tra gli altri: Tamburri L. Nocturnal care interactions with patients in Critical Care Units, 2004 American Journal of Critical Care), definisce un problema diffuso quello delle alterazioni del sonno in area critica.

Il lavoro affrontato ha consentito di indagare la relazione tra tipologia e quantità degli interventi infermieristici erogati tra le ore 19 e le ore 6, contestualizzati nella struttura logistico ambientale di un reparto di terapia intensiva, in relazione al tempo riservato al sonno dei pazienti, e di confrontare le opinioni degli operatori assegnati ai reparti interessati.

Per lo studio in questione sono stati definiti, come criteri per la selezione dei casi, elementi di uniformità riconducibili ad un reparto di terapia intensiva polivalente per adulti, con un numero di posti letto da 4 a 8, strutturalmente disposti in un locale unico, e sono state identificate le tre realtà sede di indagine, Asti, Chieri e Savigliano. È stato condotto uno studio osservazionale di 4 notti consecutive, per ogni sede, ripetuto 2 volte, con rilevazione dei dati, registrati su scheda predisposta. Successivamente è stata realizzata un'analisi qualitativa, attraverso la metodologia del focus group, con un incontro per sede.

Attraverso elaborazioni con MS Access® e MS Excel®, è emerso che la rilevazione dei parametri vitali costituisce l'attività prevalente delle notti osservate, seguita dalla somministrazione farmacologica, secondo intervalli definiti e che le procedure diagnostico-terapeutiche e le attività per il mantenimento del confort vengono effettuate in risposta a bisogni contingenti.

Sinteticamente, dal lavoro svolto è emerso che le attività erogate sono condizionate non solo dai problemi di salute del paziente, ma anche dall'organizzazione del reparto e, spesso, sono operatore-dipendente, comportando problematiche relative ad alterazioni del sonno del tutto sovrapponibili alla letteratura esaminata.

Introduzione

Lo spunto per l'elaborazione di questo studio trae origine dal preconcetto diffuso che in ambito ospedaliero il sonno sia un problema marginale e si pone l'obiettivo di approfondire la tematica, apparentemente poco esplorata, delle alterazioni del ritmo sonno/veglia nei pazienti ricoverati in area critica, anche valutando l'incidenza dell'attività infermieristica, dell'organizzazione del lavoro e della struttura degli ambienti, sul modello del sonno. Il concetto che si è tentato di esprimere voleva mettere in relazione le attività infermieristiche erogate durante l'orario notturno, con attenzione alla quantità e tipologia, con il tempo riservato al sonno dei pazienti. Per far ciò, è stata redatta una scheda di sintesi degli interventi, suddivisi per orario, compilata per ogni paziente. Lo scopo era di identificare, qualitativamente e quantitativamente, le interruzioni del sonno nei pazienti in area critica, in relazione all'attività infermieristica erogata, vero e proprio obiettivo di questo lavoro. Parallelamente, questa analisi ha indirettamente consentito di rilevare, ove ve ne fossero, momenti abbastanza lunghi da consentire l'addormentamento ed il sonno e registrare l'alternanza e la tipologia degli interventi assistenziali. Per completare un'immagine e permettere una visione più ampia del problema, si è scelto di sviluppare questo modello in tre realtà locali (Asti, Savigliano e Chieri), paragonabili per dimensioni, indirizzo e struttura dei locali, conducendo un'osservazione strutturata di una serie di 4 notti consecutive, ripetuta 2 volte in ogni realtà. L'attenzione è stata posta sia agli interventi legati all'assistenza vera e propria, come, per esempio, la somministrazione dei farmaci o la cura dell'igiene della persona, sia a quelli definibili come interventi ambientali, cioè la gestione della luce, dei suoni, delle voci degli operatori.

Analisi della letteratura

Nell'ambito della ricerca bibliografica effettuata, tramite la consultazione delle banche dati Cinahl, MedLine e PubMed, con le parole chiave sonno, rumore, unità di terapia intensiva, attività infermieristica, emerge immediatamente la difficoltà di rispettare le indicazioni di classificazione cronologica; anche negli articoli di ultima pubblicazione, vengono talvolta citati studi datati, ritenuti tuttavia fondamentali, probabilmente anche per il loro carattere innovativo e sperimentale, che ha sostanzialmente dato avvio alle ricerche successive (Krachman S). La letteratura, sia nazionale che internazionale, è in continua crescita, e si è assistito ad un graduale affiancamento tra gli studi condotti in campo strettamente medico-scientifico, alle analisi condotte da personale infermieristico, con relative pubblicazioni sulle riviste di settore. I principali ed iniziali spunti di interesse nella letteratura analizzata si possono riscontrare negli articoli redatti da L. Tamburri¹ e D. Giusti², che affrontano la problematica del non corretto rapporto tra sonno/veglia nei pazienti ricoverati presso le unità di terapia intensiva e l'origine multifattoriale e complessa di tale

alterazione. In particolare, l'analisi effettuata da D. Giusti, che integra e riassume i principali lavori condotti nel periodo compreso tra 1993-2003, si colloca in un filone di studi specifici che analizzano sia l'incidenza della riduzione del sonno sul benessere del paziente in area critica, che l'influenza dei vari fattori di disturbo sulla sfera fisica e psicologica del medesimo. Emerge, infatti, che la carenza di sonno e l'alterazione del suo naturale ritmo determini un incremento, innanzitutto, del rischio di infezione ed un indebolimento del sistema immunitario, soprattutto a carico dei pazienti con patologie croniche o acute. Inoltre, le alterazioni in discorso causano una riduzione del metabolismo e del catabolismo proteico, e determinano l'aggravarsi delle condizioni psicologiche di stress posttraumatico e depressione. La frammentazione dei periodi di sonno ed il peggioramento della sua qualità, in base alle conclusioni raggiunte dagli studi esaminati (Friese^{3,4}, Mistraletti⁵), risultano di origine multifattoriale, causate cioè sia da fattori ambientali che da fattori «fisiologici» (cioè connessi alle modalità organizzative e tecniche richieste dall'attività di terapia intensiva). Lo studio condotto da L. Tamburri, identifica la frequente e ripetitiva interazione degli operatori di terapia intensiva con i pazienti come fattore principale che determina l'alterazione del ritmo sonno/veglia. L'autore, al pari di altri quali J. Closs⁶ e S. Çelik⁷, propone la predisposizione di un protocollo di lavoro per definire la frequenza ed i periodi del giorno o della notte in cui il personale infermieristico dovrà interagire con i pazienti per la somministrazione delle terapie o per l'attività di monitoraggio e analisi, al fine di salvaguardare, per quanto possibile, il normale ritmo di sonno degli stessi. Inoltre viene ripresa l'ipotesi, già avanzata sin dalla metà degli anni '90 (Krachman⁸), di definire un protocollo di gestione dell'ambiente di terapia intensiva che possa almeno prevedere, per massimizzare i periodi di sonno ininterrotto, la collocazione dei pazienti in stanze singole, la sistemazione di strumenti di monitoraggio non indispensabili all'esterno della stanza del paziente, l'adozione di adeguate insonorizzazioni degli ambienti, ... oltre a misure di supporto psicologico (quali dotare le stanze di finestre accessibili ai pazienti e fornire loro un calendario, ampliare i periodi di visita dei familiari, ecc) tese a ricreare una routine giornaliera il più simile alle condizioni domestiche vissute dai degenti. In relazione agli interventi infermieristici, gli studi considerati (Cmiel⁹, Stanchina¹⁰), analizzano i fattori di interruzione del sonno nei pazienti che avvengono a causa delle attività infermieristiche in unità di terapia intensiva, sia collegate all'assistenza in senso stretto, che in relazione all'ambiente «di lavoro» degli operatori. Tali studi hanno consentito di sperimentare e proporre alle strutture sanitarie una serie di interventi di prevenzione del rumore con incidenza diretta sul paziente secondo le tre fasi connesse di identificazione delle fonti emissive, addestramento e sensibilizzazione del personale alla riduzione dei rumori e modifica delle strumentazioni tecniche al fine di creare una «zona di quiete» attorno al paziente. Un altro filone di articoli individuati (Freedman¹¹, Honkus¹²), si concentra su di un'analisi del rumore come elemento primario che, accanto al dolore, allo stress, alle luci ed al disagio ambientale, comporta l'alterazione del ritmo sonno/veglia dei pazienti ricoverati in area critica. In

particolare, gli studi considerati identificano una serie di fonti emmissive tipiche delle strutture di terapia intensiva e concludono che il rumore ospedaliero è in grado di causare una reazione di stress psicologico generale nei pazienti, che può portare a reazioni collaterali quali vasocostrizione, pressione arteriosa elevata, dilatazione delle pupille e tensione muscolare. Infine, strettamente collegato al precedente, un ultimo filone (BaHamman¹³, Parthasaharty¹⁴, Freedman¹⁵), analizza la qualità del sonno dei pazienti in area critica: gli autori considerano l'incidenza dei vari fattori di disturbo e di alterazione del ritmo sonno/veglia attraverso i dati rilevati con l'impiego di un polisonnografo, applicato ad un campione significativo di soggetti e con un ciclo di 24 ore, dimostrando le correlazioni tra la carenza di sonno e l'insorgere di complicazioni in pazienti critici, e verificando l'esistenza di un'alta percentuale di pazienti in cui i disturbi del sonno emersi in fase di degenza si sono protratti e mantenuti anche nel medio lungo periodo e ben oltre il periodo di ospedalizzazione. A livello nazionale, non si può omettere l'importanza dedicata alla questione: in relazione all'annuale Simposio Mostra Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva, tenutosi a Milano (28-30 maggio 2008), si sottolinea un'intera sezione dedicata all'argomento, con interventi caratterizzati da analisi del problema, specificazione di sonno e sua qualità in terapia intensiva, anche in relazione al delirium.

Strumenti e metodi

Nell'ambito di ciascun reparto di terapia intensiva di queste strutture di Asti, Savigliano e Chieri, è stato condotto un confronto tra quelli che sono stati identificati come potenziali fattori di disturbo e fonti di rumore: tra questi, per esempio, la dislocazione di alcune strumentazioni che possono interferire con il normale avvicendamento delle attività assistenziali, spesso introducendo rumori esterni altrimenti evitabili, l'incidenza delle attività degli operatori (anche se le variazioni di «rumore» provocato dall'interazione degli infermieri dipende esclusivamente dalle caratteristiche personali degli stessi, per le quali non esistono omogeneizzazioni possibili, ma solo constatazioni), le fonti di illuminazioni (centralizzate o meno, alimentazione separata, dislocazione dei punti luce, attivazione selettiva delle stesse, aree di isolamento con illuminazione dedicata), dislocazione del locale adibito alla preparazione ed alla conservazione dei farmaci e del magazzino, presenza di finestre, presenza ed uso di radio, terminale pc, 1 monitor centrali collegati alle torri di monitoraggio dei pazienti, presenza di lavandini e contenitori per i rifiuti. Per consentire una continuità minima nell'osservazione dei pazienti ricoverati, anche in riferimento alla letteratura già presentata, (Tamburri¹⁶), si è deciso di organizzare 2 cicli di 4 notti consecutive, con orario 19 pm - 6 am, sia in considerazione della turnazione degli operatori, sia per consentire l'osservazione precedente il tempo canonico della notte, e, ove possibile, valutare la gestione della cena.

Funzionalmente alla creazione dello strumento di raccolta dati, l'attenzione si è concentrata sull'analisi delle attività tipiche di un reparto di Terapia

Intensiva, anche in relazione agli studi consultati attraverso la ricerca bibliografica. La necessità era di definire una griglia di facile compilazione, che tenesse conto delle variabili possibili, in relazione al tempo. È stata redatta una tabella che descrive principalmente le possibili attività assistenziali erogabili, di natura tecnica e relazionale, ma anche le variabili esterne identificate con la luce ed i rumori degli allarmi di qualsiasi strumentazione (monitor, pompe infusionali, respiratore), del suono del telefono o del citofono o della voce degli operatori. L'analisi qualitativa è stata condotta secondo la metodologia del focus group.

Presentazione realtà

La differente conformazione strutturale e le differenti modalità gestionali degli interventi infermieristici influenzano in modo significativo l'andamento della notte e del sonno dei pazienti. Nel dettaglio, gli elementi considerati possono essere così sintetizzati:

DATI AMBIENTALI

- Luce

Le situazioni indagate hanno riguardato principalmente la variazione dell'illuminazione della sala di degenza nell'arco delle 12 ore. Come prevedibile, si osservano tre fasce di illuminazione: totale, dimezzata, spenta. È consuetudine della Terapia Intensiva di Asti, ad esempio, abbassare le luci relativamente presto, anche prima del cambio turno e comunque non si è mai riscontrato un loro abbassamento prima della mezzanotte.

A seconda degli operatori in turno, si è riscontrata un'attenzione, o una prassi, allo spegnimento della luce, con l'utilizzo di sorgenti alternative, direzionabili e sistemate lontano dai letti dei degenti.

I picchi riscontrati nelle ore centrali della notte, si sono avuti in corrispondenza di un ricovero e di una visita specialistica. Il ricovero rappresenta sempre un momento di alterazione degli equilibri instaurati: esso coinvolge gli operatori in una collaborazione efficace, che permette di minimizzare il tempo utile per accogliere il nuovo paziente, pur nel rispetto delle procedure previste. È sicuramente un momento delicato.

Si nota anche l'attenzione posta a preservare il più possibile la continuità del sonno nelle ore centrali della notte: per esempio, gli operatori effettuano la rilevazione dei parametri sfruttando la retroilluminazione dei monitor, adottano alcuni accorgimenti, come quello di spostarsi in ambiente più illuminato per leggere un display non illuminato (come quello del termometro). Sono tutte piccole attenzioni che concorrono al raggiungimento dell'obiettivo.

La sala riprende l'aspetto usuale verso l'alba. A seconda dell'operatore, si riscontra un ritorno graduale alla luce totale.

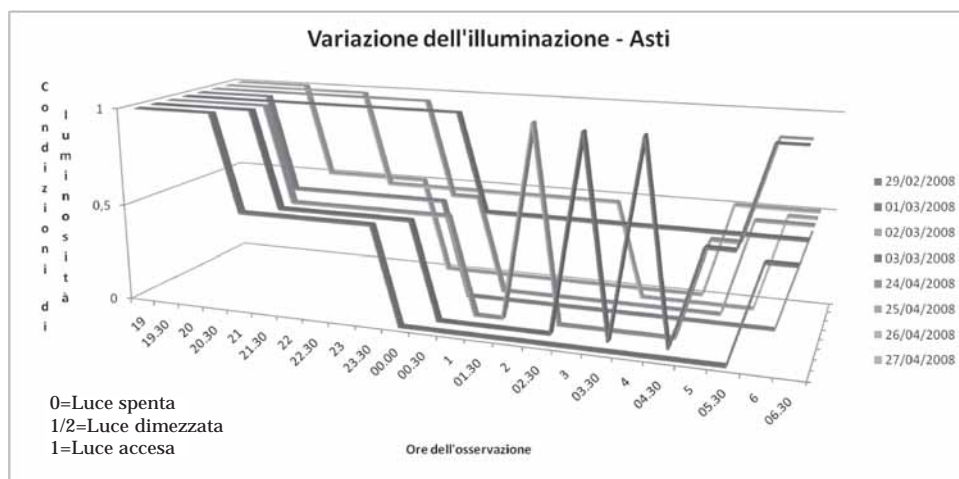


Grafico 1: *Variatione variabile esterna Luce - Asti*

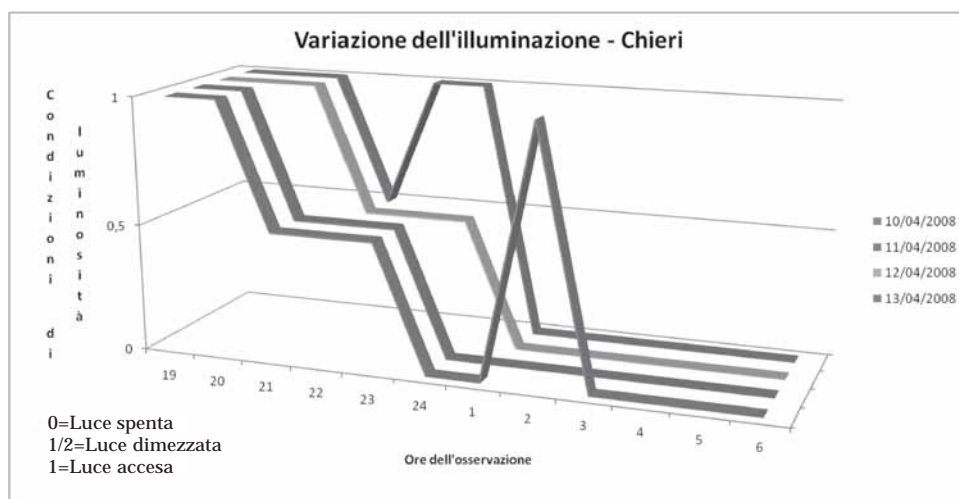


Grafico 2: *Variatione variabile esterna Luce - Chieri*

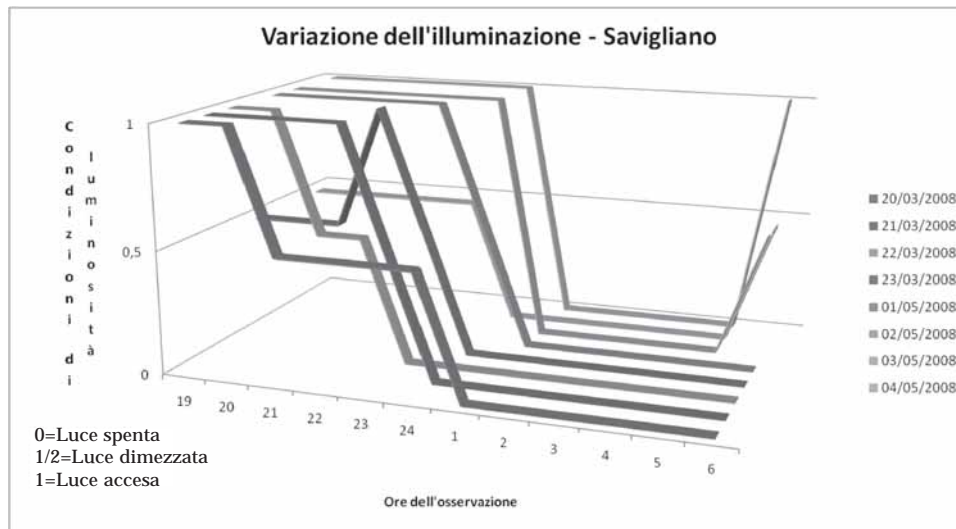


Grafico 3: *Variazione variabile esterna Luce - Savigliano*

– TELEFONO/CITOFONO

Un'altra variabile presa in considerazione è stata quella relativa al suono del telefono/citofono. Senza porre distinzione tra i due apparecchi, pur con la consapevolezza di non poter intervenire su questo problema, data la sua totale imprevedibilità, alla luce della sistemazione strutturale delle sale, il dato è risultato significativo: è praticamente impossibile non udire questi suoni da qualsiasi postazione.

In relazione al citofono, si è ritenuto di considerare anche tale elemento, in quanto normalmente preludio di una presenza esterna, rappresentata da un medico per una visita specialistica urgente o, spesso, da altre figure professionali che necessitano dell'uso della macchina per l'emogasanalisi. A seconda della realtà considerata, la stessa si trova esternamente alla sala (Asti e Chieri), o internamente (Savigliano) ma il suo impiego comporta comunque un'attività che incide sul livello di silenziosità dell'ambiente. Infatti la maggior parte degli episodi legati al suono del citofono erano conseguenza della richiesta di un'analisi urgente proveniente dall'attiguo pronto soccorso o da altri reparti. Questo giustifica la frequenza elevata delle richieste.

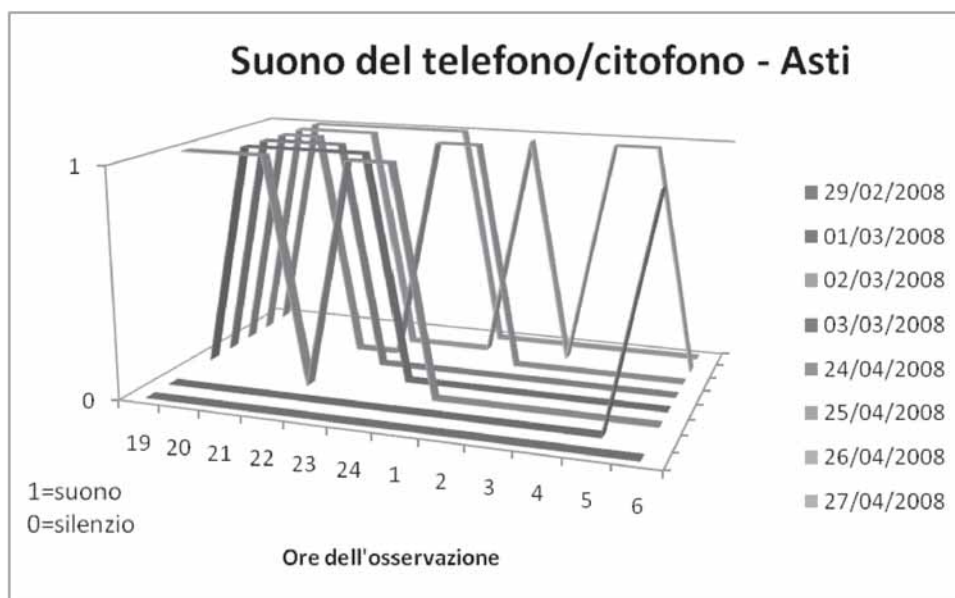


Grafico 4: *Variazione variabile esterna Suono del citofono - Asti*

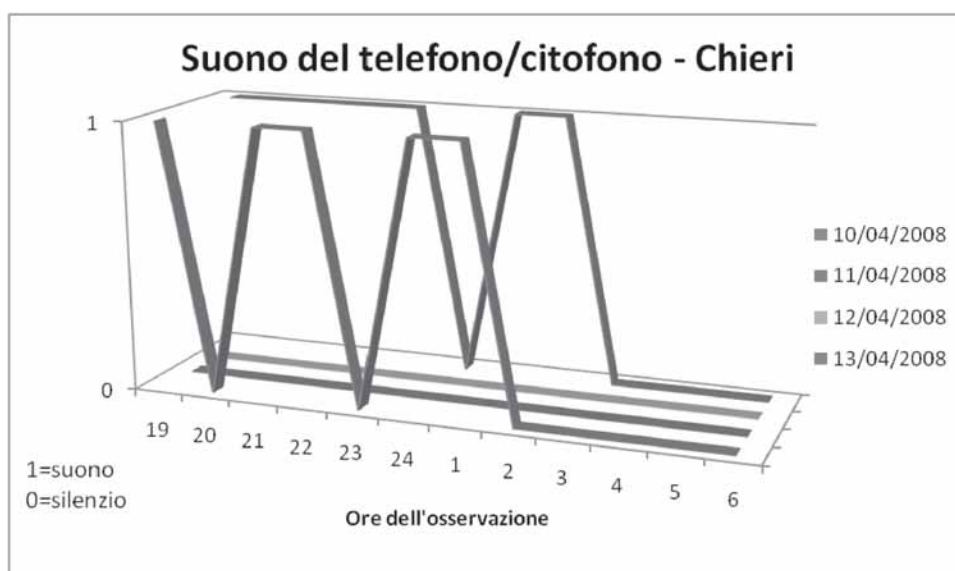


Grafico 5: *Variazione variabile esterna Suono del telefono/citofono - Chieri*

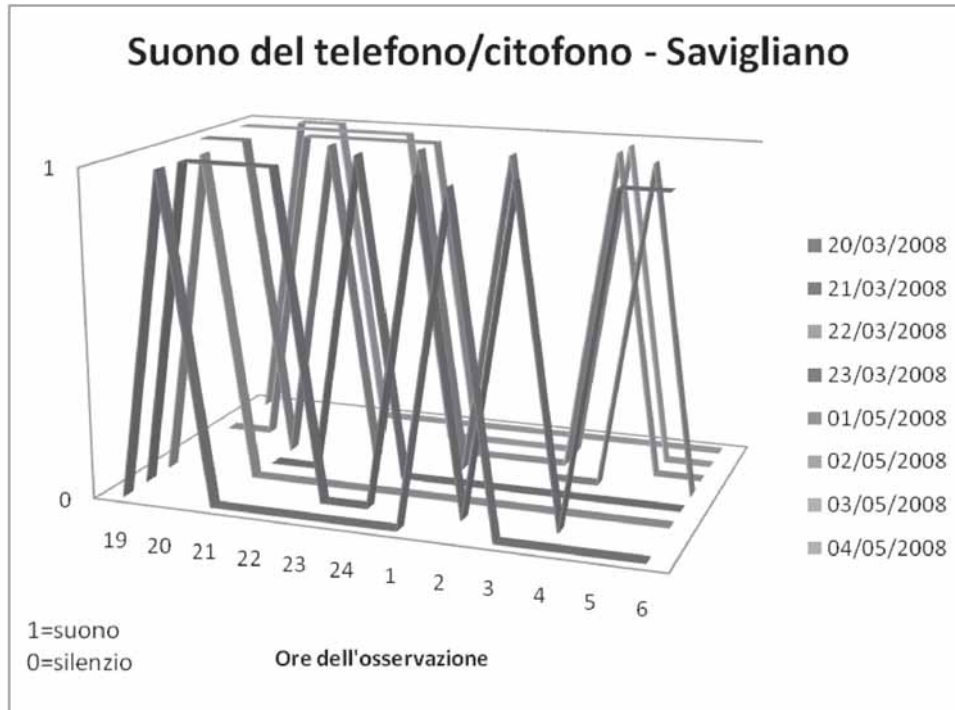


Grafico 6: *Variazione variabile esterna Suono del citofono - Savigliano*

– VOCI OPERATORI

Protagonisti assoluti delle notti sono stati, oltre ai pazienti, gli operatori in turno. Si è potuta osservare una differenza di gestione del tempo nella notte a seconda del personale presente, in tutte le realtà. Escludendo le tipiche ed ordinarie situazioni di dialogo, come la consegna, è stato significativo il risultato ottenuto perché completamente dipendente dalla personalità, esuberanza o dal tipo di carattere dell'operatore in servizio.

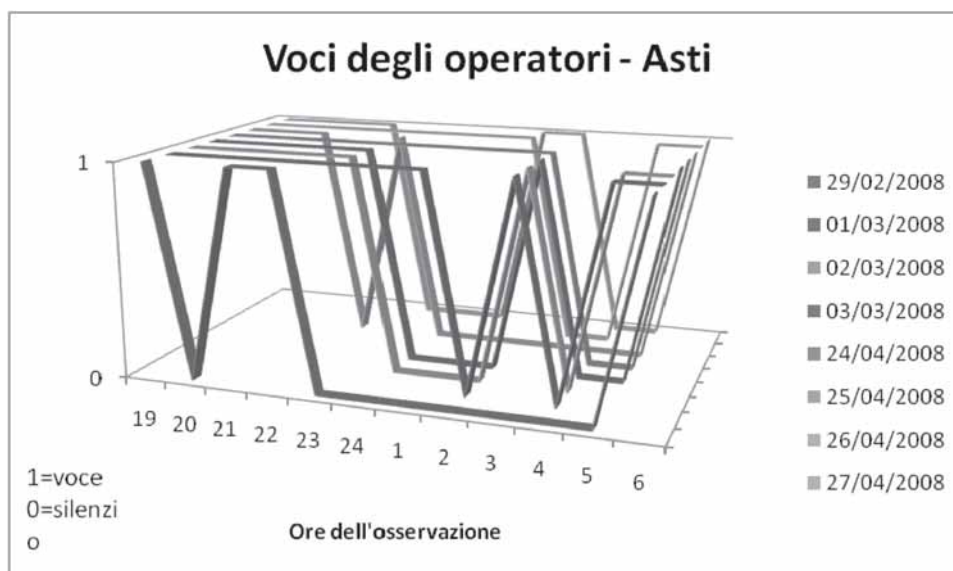


Grafico 7: *Variazione variabile esterna Voci degli operatori - Asti*

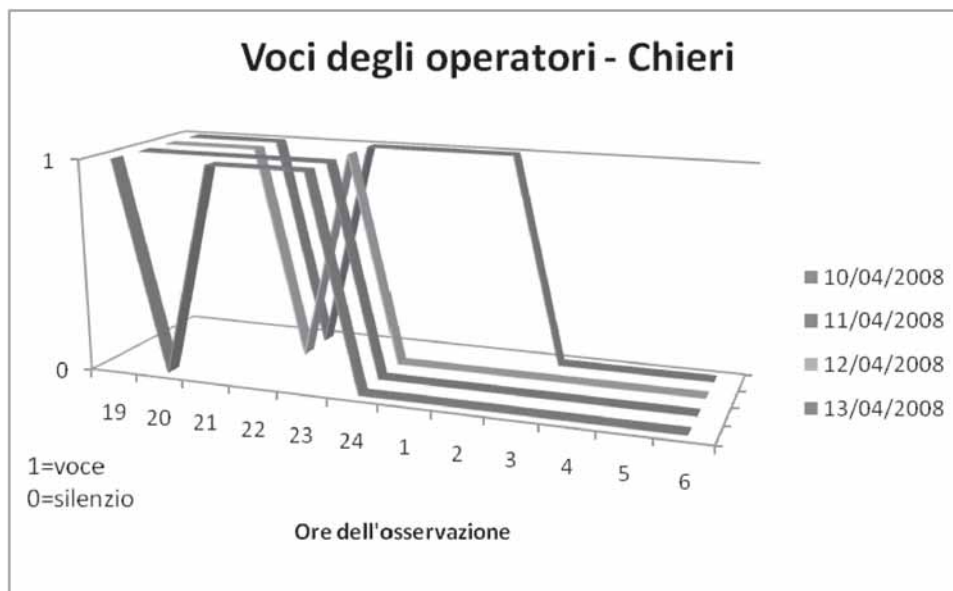


Grafico 8: *Variazione variabile esterna Voci degli operatori - Chieri*

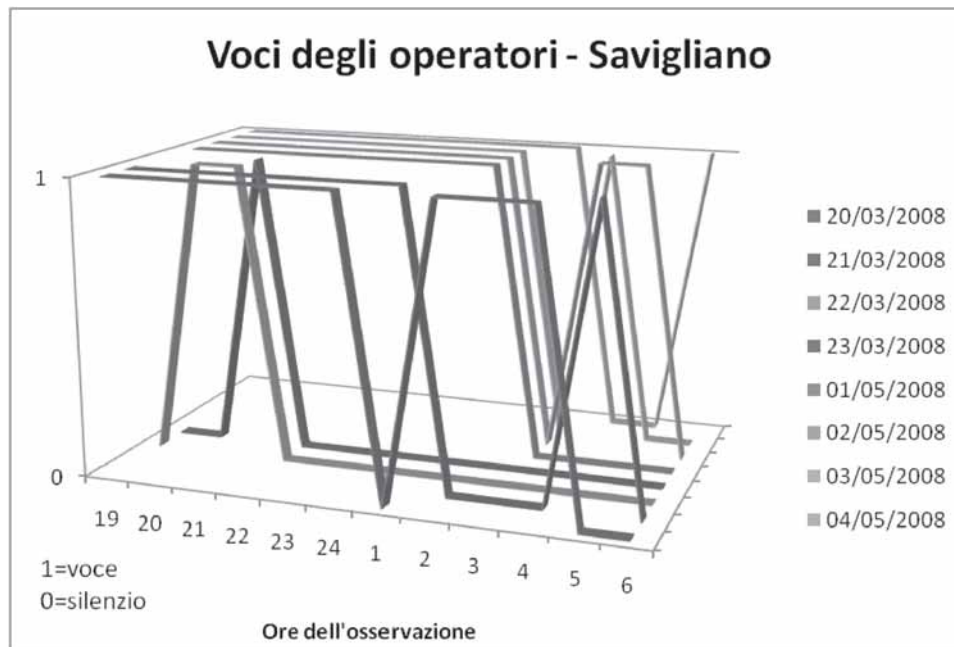


Grafico 9: *Variazione variabile esterna Voci degli operatori - Savigliano*

Dati clinico assistenziali distribuzione delle rilevazioni dei parametri vitali

Il monitoraggio delle funzioni vitali si esplica, in T.I., attraverso la rilevazione di un gruppo di parametri: pressione arteriosa (P.A.), diuresi, temperatura (T), frequenza cardiaca (FC) e respiratoria (FR), saturazione di ossigeno, pressione venosa centrale (PVC), con frequenza pressoché determinata. Ad Asti è consuetudine rilevare questi dati, tranne la PVC, ogni 3 ore. A Chieri è possibile osservare una rilevazione ogni 2 o 4 ore, a seconda della situazione clinica del paziente; a Savigliano, ogni 4 ore per tutti i parametri, tranne la diuresi che viene rilevata ogni ora per quasi tutti i pazienti. Questa operazione comporta, a seconda degli strumenti utilizzati, un contatto diretto con il paziente. La maggior parte di questi dati è letta al monitor; la temperatura corporea è sempre rilevata dall'operatore, tranne in due situazioni a Chieri, dove era presente una sonda nel catetere vescicale. Per quanto riguarda la pressione arteriosa, ad Asti è sempre rilevata dal catetere arterioso, e quindi letta al monitor, nelle altre due realtà è stato osservato un uso significativo della rilevazione non invasiva, associato a quella invasiva. Il grafico seguente rende un'idea delle rilevazioni effettuate su tutto il campione osservato.

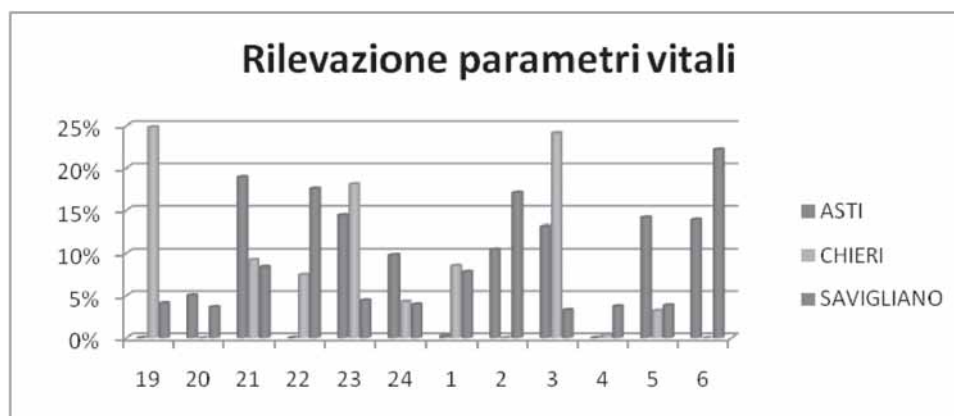


Grafico 10: *Comparazioni tra le varie sedi della distribuzione delle rilevazioni dei parametri vitali*

Distribuzione delle somministrazioni terapeutiche

La terapia farmacologica occupa un posto di rilievo per quanto concerne le interazioni infermiere-paziente: durante le osservazioni, si è posta attenzione anche alla specifica via di somministrazione utilizzata, perché si aveva consapevolezza dell'ovvia differenza di disturbo arrecata, per esempio, da un farmaco fornito per via endovenosa, data la presenza di presidi quali rampe e rubinetti, posti lontano dal paziente, rispetto ad una iniezione, fosse essa intramuscolo o sottocutanea. Nella rappresentazione seguente, questa suddivisione ha ceduto il posto al raggruppamento, ma, soprattutto nelle ore centrali della notte, si è assistito a somministrazioni per via endovenosa. Quelle di altra natura, per esempio sottocutanea, erano somministrazioni extra, di correzioni glicemiche, o quelle per via enterale, venivano effettuate attraverso il sondino naso gastrico. Il grafico seguente permette di visualizzare gli orari di somministrazione stabilita, ma rende anche un'idea della gestione dell'imprevisto, inteso come somministrazioni al di fuori della programmazione, stabilite nel breve periodo, che possono essere ben rappresentate dalle infusioni di emoderivati.

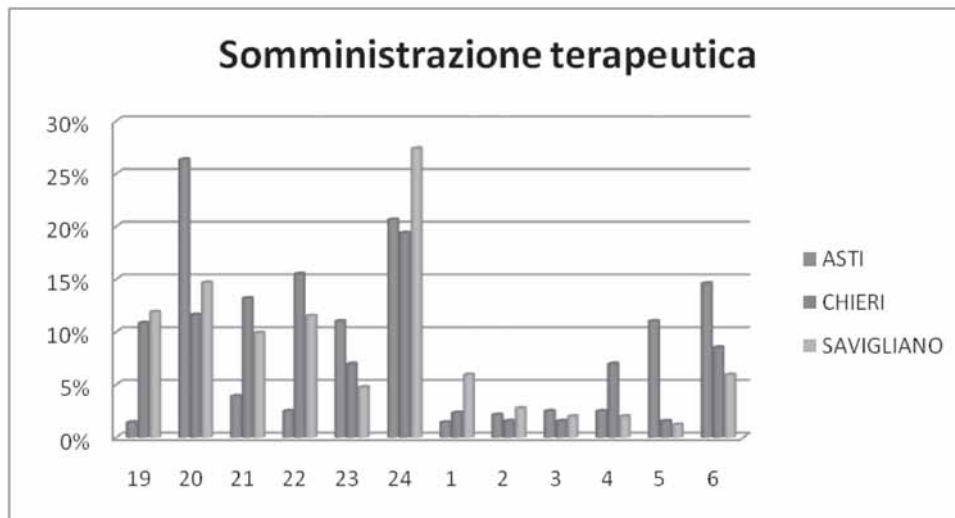


Grafico 11: *Comparazioni tra le varie sedi della distribuzione delle somministrazioni terapeutiche*

Distribuzione delle procedure diagnostico terapeutiche

Per rappresentare al meglio le attività assistenziali erogate durante la fascia notturna, si doveva necessariamente fare riferimento a quelle procedure diagnostico terapeutiche di natura invasiva, che, anche se non programmate, vengono eseguite in relazione ai problemi di salute dei pazienti ricoverati. Tra queste, si presentano: l'aspirazione del secreto bronchiale, sia quando effettuata dal tubo tracheostomico che da quello oro-tracheale; la puntura capillare per il controllo glicemico, effettuata sempre attraverso questa modalità nelle sedi di Chieri e Savigliano, e infrequente in quella di Asti, per utilizzo del catetere arterioso; l'inserimento di cateteri, siano essi arteriosi o venosi; l'intubazione oro-tracheale, i prelievi ematici, sia venosi che arteriosi.

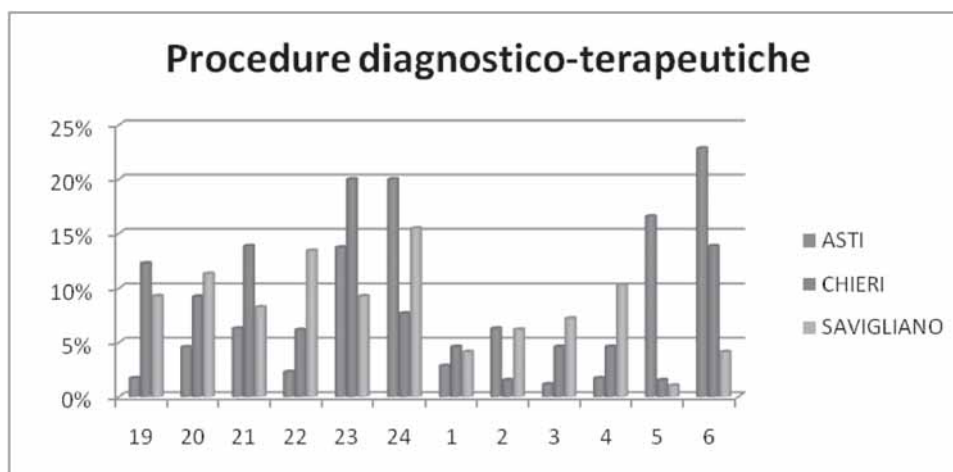


Grafico 12: *Comparazioni tra le varie sedi della distribuzione delle procedure diagnostico-terapeutiche*

Distribuzione delle attività per il mantenimento del confort

L'ultimo gruppo di attività assistenziali è stato identificato con tutte quelle sequenze poste a migliorare il confort del paziente, riguardanti, pertanto, la cura e l'igiene del corpo e la mobilizzazione. È di facile immaginazione la misura del contatto che queste operazioni comportano: se le attività di igiene implicano sempre una mobilizzazione, non si può affermare anche il contrario, così come la sostituzione degli effetti lettereci è sempre conseguenza dell'igiene. È però vero che questi tre eventi, nel loro complesso, rendono un'idea del tempo e della profondità del contatto con il paziente tanto maggiore dove concomitanti. Il grafico seguente propone il raggruppamento delle tre attività.

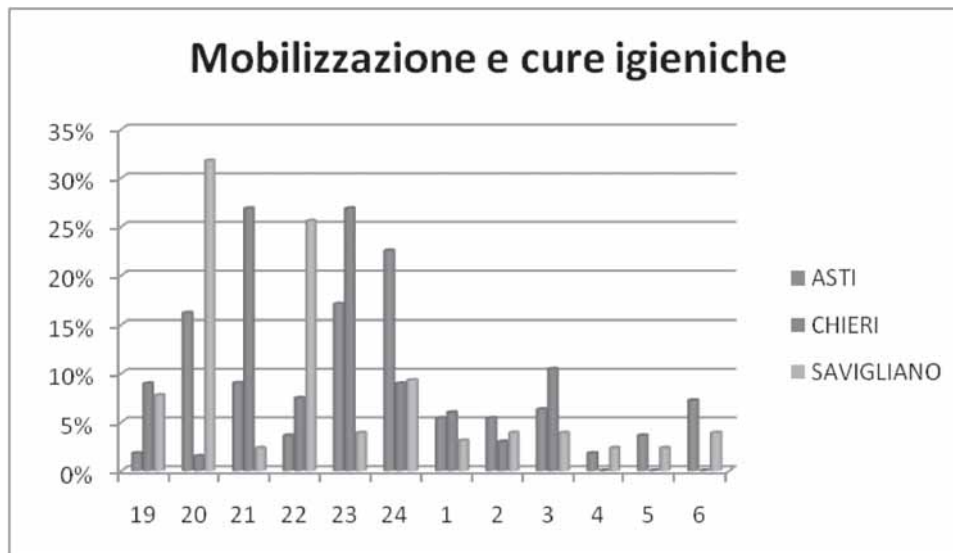


Grafico 13: *Comparazioni tra le varie sedi della distribuzione delle attività per il mantenimento del confort*

Frequenze e tipologie degli interventi

L'osservazione effettuata, come già dichiarato, è stata contenuta nel tempo. Per esprimere al meglio la tipologia degli interventi registrati, in relazione alla quantità, si è pensato di stilare una tabella delle frequenze degli stessi. Ogni intervento è stato considerato unitario, ma si sottolinea il fatto che, per quanto riguarda la raccolta dei parametri, nelle ore predefinite, essi vengono sempre raccolti in contemporanea, mentre negli altri casi si considera la necessità come variabile che orienta la scelta del parametro da rilevare. Per quanto riguarda i restanti interventi, si precisa che essi sono tra loro indipendenti o comunque raramente correlati, ma mai in maniera biunivoca.

ASTI		CHIERI		SAVIGLIANO		
INTERVENTI	Frequenze	INTERVENTI	Frequenze	INTERVENTI	Frequenze	
13	1	26	1	19	2	
21	1	31	2	22	1	
23	1	32	1	23	1	
24	1	34	2	27	1	
25	8	36	1	28	1	
26	6	38	1	30	3	
27	3	39	1	31	1	
28	3	40	2	32	2	
29	5	43	1	33	4	
30	3	45	1	34	2	
31	5	49	1	35	3	
32	6			36	2	
33	4			37	2	
34	2			38	1	
37	1			39	2	
39	2			40	3	
40	2			42	3	
				43	3	
				44	2	
				47	1	
492	54	413	14	680	40	TOTALE

Lo sviluppo dello studio condotto è sfociato nelle rappresentazioni che seguono: ogni gruppo di interventi numericamente sovrapponibile, è stato esplicitato. Ciò che ne deriva è la caratterizzazione della tipologia di interazione che ogni paziente, nell'arco delle ore di osservazione, ha instaurato con l'infermiere. Vengono considerati sotto un'unica voce i parametri vitali presentati in precedenza, mentre si esplicitano le vie di somministrazione terapeutica.

Immediatamente si legge la natura dell'attività infermieristica prevalente e, cioè, il monitoraggio dei parametri vitali. Considerando la distribuzione degli interventi, quando questi raggiungono un numero considerevole, si nota che l'attività principale occupa sempre un posto di rilievo (mai sotto il 50% delle attività complessive) e che si inseriscono quasi tutte le variabili osservate.

Come prevedibile, l'altra protagonista, tra le attività infermieristiche, è la somministrazione farmacologica, rappresentata, come già osservato, dalla tipologia endovenosa.

In riferimento all'esecuzione di medicazioni ed alle cure per il mantenimento del confort, si suggerisce una lettura in relazione alla necessità.

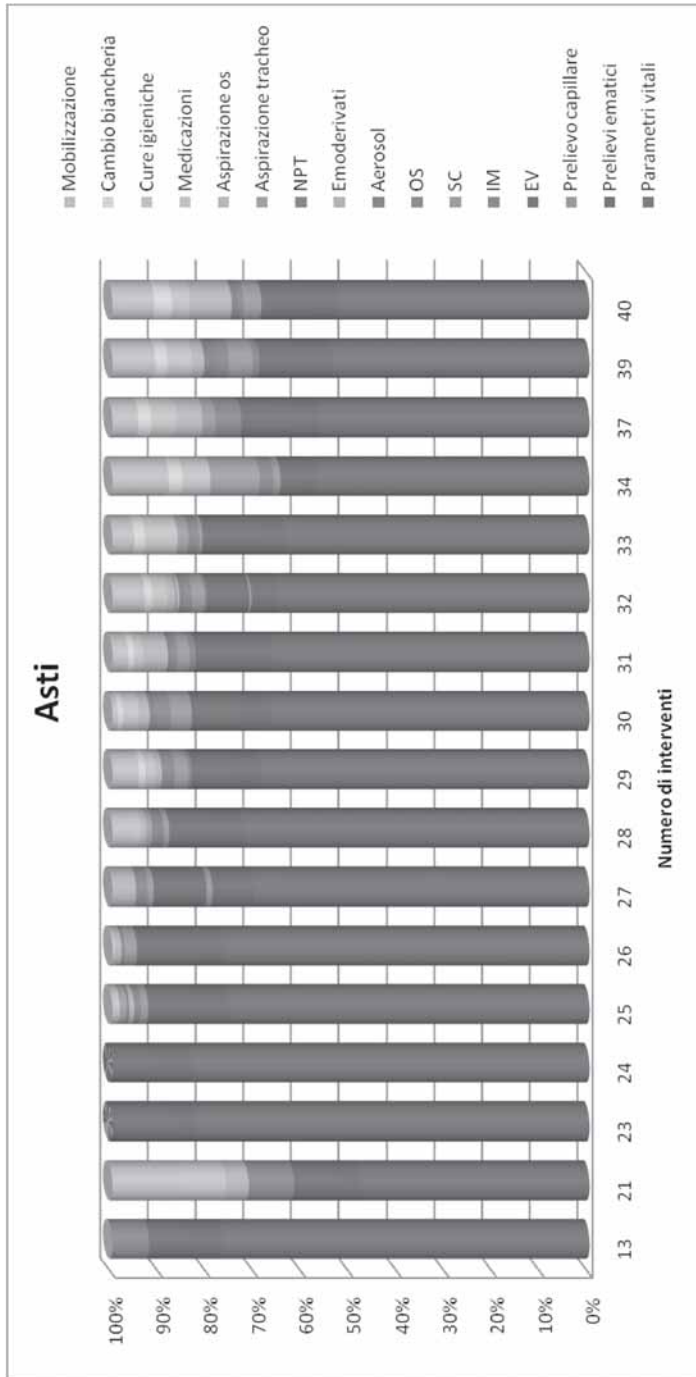


Grafico 14: Numero di interventi in relazione alla tipologia - Asti

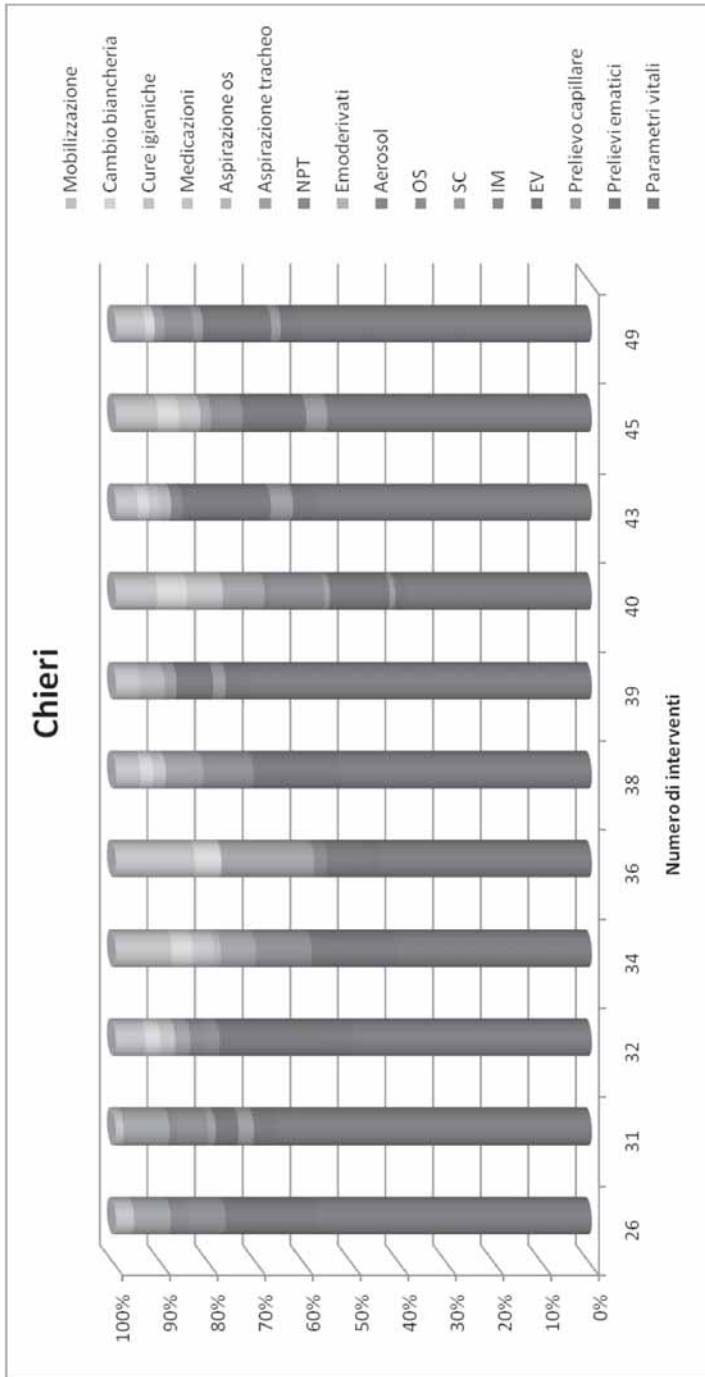


Grafico 15: Numero di interventi in relazione alla tipologia - Chieri

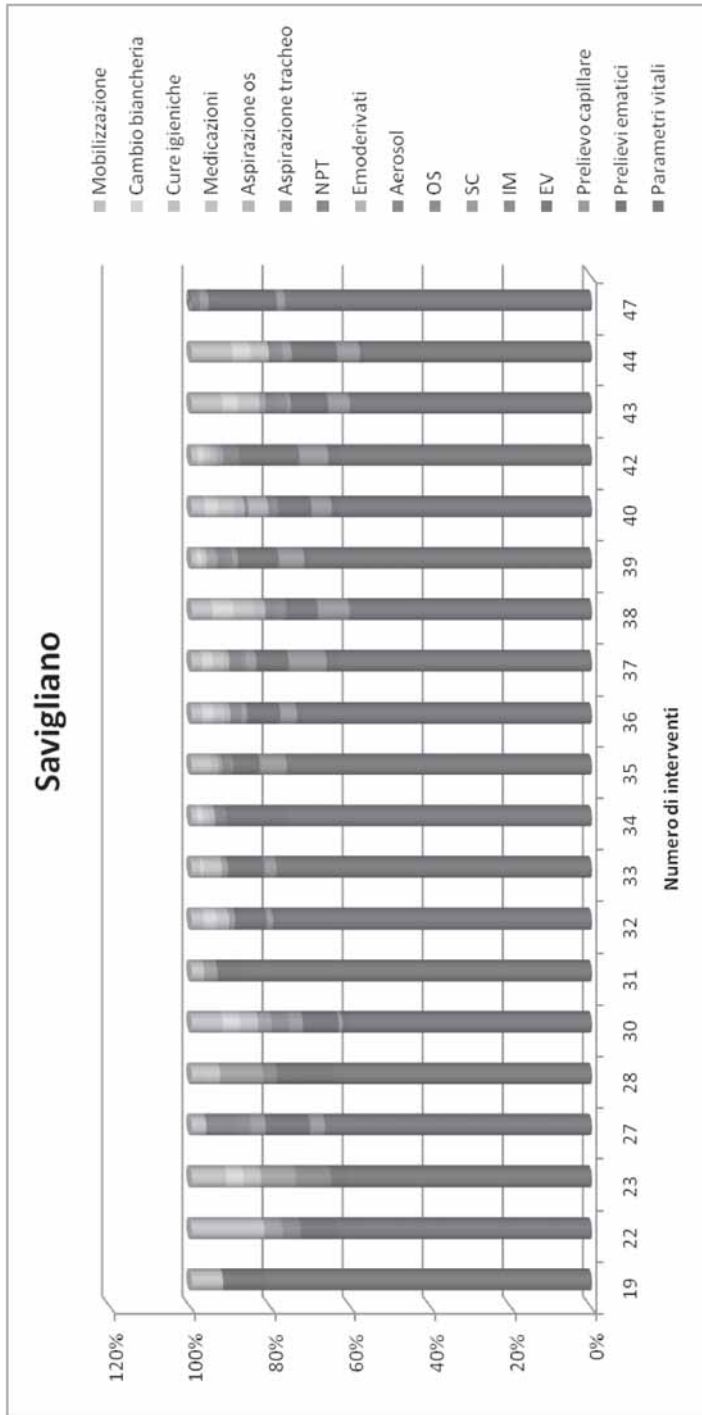


Grafico 16: Numero di interventi in relazione alla tipologia - Savigliano

1.1. *Discussioni dei risultati*

Dati ambientali:

- Sono fortemente correlati all'operatore, per quanto riguarda l'illuminazione della sala e le relazioni interpersonali. Non si può identificare una correlazione con variabili imprevedibili come il suono del telefono/citofono.

Dati clinico assistenziali:

- Emergono modalità differenti di gestione dei pazienti in carico, a seconda della sede di osservazione: la sistematicità con la quale ad Asti si rilevano i parametri si contrappone con la selezione degli intervalli di frequenza riscontrati a Chieri e Savigliano.

- La tendenza alla tipologia di somministrazione terapeutica è sovrapponibile: c'è prevalenza di somministrazione per via endovenosa in tutte le realtà, con picchi alle h24 e h6. La somministrazione durante orari diversi, nell'arco della notte, è conseguenza di situazioni acute.

- Le procedure diagnostiche terapeutiche effettuate, sono correlate esclusivamente con i problemi di salute dei pazienti ricoverati.

- Per quanto concerne la gestione del confort, si riconosce una consuetudine di intervento in preparazione alle fasi di sonno.

- Le indicazioni fornite dalla frequenza degli interventi in relazione alla tipologia, caratterizzano l'attività infermieristica in T.I.: la maggior parte degli interventi osservati è direttamente collegata al monitoraggio delle funzioni vitali. Proporzionalmente all'aumento di interventi, esso occupa almeno il 50% delle tipologie riscontrate. La restante parte consta principalmente di somministrazione terapeutica, attività diagnostiche-terapeutiche, attività legate al mantenimento del confort.

I risultati dello studio condotto sono sovrapponibili alla letteratura presentata.

1.2 *Focus group*

I focus group sono stati condotti presso i tre reparti di terapia intensiva oggetto dello studio osservazionale, ed hanno consentito di evidenziare una serie di tratti comuni a tutte le strutture considerate, ed altresì di identificare caratteristiche peculiari di ogni gruppo di lavoro o di ogni unità di ricovero.

Per l'analisi critica e comparativa dei risultati emersi dai focus groups, è possibile identificare tre differenti ambiti e precisamente: fase introduttiva, fase di transizione e fase centrale.

La fase introduttiva è stata incentrata sulle definizioni delle generali criticità di un turno notturno in terapia intensiva e sull'attenzione riservata alla problematica dei pazienti in area critica dal gruppo di lavoro infermieristico. In tutte e tre le strutture considerate, si è giunti ad una definizione omogenea

di «notte tranquilla», identificata sostanzialmente con la presenza in reparto di pazienti stabili, sia vigili che sedati, e con l'assenza di ricoveri. In particolare è emerso come la criticità del periodo notturno sia rappresentata dall'even-

tualità di dover attuare un ricovero, specie se di paziente vigile e disorientato, in quanto, alla «ordinaria» criticità della fase di ricovero, si associa la difficoltà operativa del periodo notturno, la necessaria interazione con gli altri pazienti e il livello di rumore, associato a luci e movimento, che necessariamente va ad incidere negativamente sul confort e sul sonno degli stessi. In stretta relazione al rumore come causa di disturbo del sonno, Inoltre, risulta che, spesso, la tranquillità della notte è fortemente influenzata anche dalla singola patologia del paziente che, in caso necessiti l'applicazione di macchinari automatici, risulta esposto a livelli rumorosi che poco si conciliano con la possibilità di godere di periodo di sonno spontaneo. Sempre in relazione all'attività infermieristica durante il periodo notturno, è emersa una forte omogeneità per quanto riguarda l'approccio del personale assegnato al reparto di terapia intensiva: infatti, all'unanimità, i partecipanti precisano che il turno notturno, dal punto di vista procedurale, risulta piuttosto simile al diurno, tanto che spesso sino al periodo compreso tra le 00:00 e le 01:00 molte luci restano accese e si svolgono attività standardizzate al pari dei turni precedenti e che, spesso, anche in prossimità delle prime ore del mattino, si procede alla preparazione dei pazienti per gli esami programmati per il turno successivo.

La fase di transizione dei focus groups condotti ha riguardato in modo più specifico la criticità del sonno dei pazienti in area critica dal punto di vista dell'organizzazione metodologica e della struttura fisica e gestionale degli ambienti. Premessa necessaria a questa fase centrale di analisi è la considerazione della differente configurazione fisica dei reparti in cui l'esperienza osservazionale è stata condotta. Dal punto di vista dell'illuminazione degli spazi, oggetto di espressa domanda, ogni reparto gestisce questo aspetto in modo del tutto singolare, proprio in funzione della tipologia dei locali e si assiste all'adozione di accorgimenti atti a limitare l'utilizzo delle luci alle situazioni strettamente necessarie (emergenze, ricoveri, terapie, ecc.) ed a posticipare il più possibile la riaccensione delle luci al sopraggiungere del turno successivo: Inoltre, viene spesso impiegata una «graduazione» dell'illuminazione, utilizzando, quando possibile, le lampade da tavolo, i proiettori alogeni a testa del letto, e solo quando strettamente necessario (ricoveri, emergenze, ecc) si opta per l'illuminazione generale degli ambienti.

In relazione, invece, all'approccio al paziente, emergono delle evidenze di omogeneità tra le varie realtà analizzate: infatti tutti i gruppi infermieristici applicano delle procedure standard di approccio al paziente, con la presa in carico dei singoli degenti calibrata in base al numero degli stessi ed alla criticità delle loro condizioni, ed adottano specifici accorgimenti per limitare al massimo l'approccio al paziente quando non strettamente indispensabile, dimostrando un'elevata attenzione allo stesso.

La fase centrale dei focus groups, dal «peso specifico» maggiore, ha avuto come obiettivo la valutazione del sonno dei pazienti in area critica dal punto di vista dell'attività infermieristica ed una breve analisi dei correttivi che possono essere eventualmente apportati alle attività di nursing in relazione alla problematicità trattata. Occorre sottolineare innanzitutto che, pur in assenza di stru-

menti specifici o procedure atte a monitorare o valutare il sonno (polisonnografia, actigrafia), l'attenzione al riposo ed alla corretta alternanza nei ritmi sonno/veglia nei pazienti critici riveste una grande importanza presso il personale infermieristico intervistato. Infatti, molte discussioni all'interno di ogni singolo gruppo di lavoro hanno portato alla definizione di «modus operandi» atti a salvaguardare il sonno ed il benessere complessivo del paziente pur in considerazione delle sue condizioni critiche. Gli operatori riferiscono che, a causa soprattutto di fattori quali il dolore spesso acuto, le situazioni di ansia e disorientamento in cui i pazienti si trovano, l'ambiente non familiare, il contatto ravvicinato con altri degenti, etc..., il sonno spontaneo è un evento piuttosto raro nei reparti di terapia intensiva, per cui si cerca, nei limiti della criticità in cui ogni singolo paziente si trova, di portare il confort dello stesso al massimo livello possibile. Gli interventi in questa direzione, come già accennato, sono orientati a ridurre allo stretto necessario gli approcci al paziente, a ridurre il più possibile e circoscrivere ai soli casi di emergenza l'impiego dell'illuminazione generale, a collocare, quando tecnicamente possibile, le apparecchiature rumorose il più lontano possibile dai pazienti, a ridurre l'emissione sonora degli allarmi e a prevenire l'insorgere degli stessi, a ridurre i rumori provenienti dalle attività routinarie di nursing (ad esempio svuotamento contenitori, consegne, ecc), Un'attenzione particolare è unanimemente riservata altresì all'impiego di farmaci sedativi che gli operatori infermieristici ritengono spesso indispensabili alla corretta gestione del periodo di permanenza in area critica, soprattutto in funzione del fatto di considerare il sonno come un elemento indispensabile e fondamentale per il recupero psicofisico del paziente. In tutti e tre i reparti considerati è prassi segnalare al personale medico i pazienti che per più di due notti non riescono a godere di sonno spontaneo, affinché venga valutata l'ipotesi di ricorrere ad una specifica terapia farmacologica. Inoltre, tutti i partecipanti ai focus groups sottolineano che sono sovente gli stessi pazienti che, consci e provati dal disagio derivante dal non poter dormire, a richiedere espressamente la somministrazione di farmaci sedativi. Un ultimo aspetto degno di nota e sollevato dagli intervistati nell'ambito delle azioni per favorire il benessere dei pazienti, riguarda la privacy dei ricoverati: infatti, nei reparti di terapia intensiva - al pari delle altre unità ospedaliere - il paziente è spesso influenzato dalla obbligata condivisione degli spazi con degli sconosciuti ed è costretto a sottoporsi, ad esempio, alle procedure di pulizia in aree aperte e comuni, a dover riposare condividendo il respiro dei vicini di letto Il disagio complessivo arrecato da questa situazione che necessariamente si viene a creare, influenza negativamente anche il sonno del paziente, per cui i partecipanti al focus group auspicano una futura maggior attenzione nella strutturazione dei reparti per garantire un superiore livello di privacy ai pazienti che, soprattutto nel caso dell'area critica, necessitano di un completo ed efficace benessere psicofisico postoperatorio o postraumatico. Infine, sempre in relazione all'organizzazione degli spazi e come già accennato in precedenza, sia il personale infermieristico di Asti che di Savigliano ritiene indispensabile la presenza nel proprio reparto di superfici finestrate, che consentano, sia ai pa-

zienti che agli operatori, di cogliere l'alternanza del giorno e della notte (con immediata ricaduta sulla corretta andamento dei periodi di sonno/veglia) e di continuare a mantenere un pur minimo contatto con l'ambiente esterno.

Conclusioni

L'analisi dei risultati ha permesso di mettere in luce la stretta correlazione tra organizzazione del lavoro infermieristico e relazione con il paziente. Le attività svolte sono parte di un disegno di gestione del lavoro dal quale non si può prescindere. Non è solo il paziente, con le sue esigenze legate ai problemi di salute, a determinare le interazioni, a volte è la consuetudine, altre è l'operatore, con le proprie abitudini, il proprio carattere. Non si può generalizzare un comportamento, ma in un lavoro come quello di natura assistenziale, la componente personale gioca un ruolo fondamentale ed incide anche nella gestione complessiva delle attività delle quali si è occupato questo elaborato. È tuttavia evidente che la salvaguardia del riposo del paziente incomincia ad essere oggetto di attenzione: da piccoli correttivi organizzativi, all'impostazione condivisa della terapia, intesa come via di somministrazione. Inaspettatamente, il fattore definito ambientale ha rivestito un ruolo da protagonista: se l'intento era di considerare le interazioni tra paziente ed infermiere, come già segnalato, non si poteva non inserirle nel contesto logistico ambientale delle sale. La struttura di piccole dimensioni condiziona profondamente il rumore: lo amplifica e rende impossibile la sua gestione. I presidi di grandi dimensioni, invece, contribuiscono ad attutire l'impatto delle emissioni sonore sui pazienti, che vengono «diluite» in spazi decisamente più ampi.

Spunti per futuri approfondimenti

Come approccio di studio, questo lavoro assume carattere pionieristico e, di conseguenza, risulta perfettibile sotto svariati aspetti: il punto debole risulta essere la mancanza di un dato oggettivo, valido per tutte le realtà, circa la situazione dei pazienti. Identificato inizialmente con l'indice prognostico SAPS II, e non rilevato perché non ancora disponibile sistematicamente nelle realtà frequentate, avrebbe permesso una lettura dei dati raccolti in relazione al problema di salute del paziente, permettendo una valutazione più articolata degli interventi.

Tra le ipotesi iniziali, si era a suo tempo progettato un coinvolgimento diretto dei pazienti oggetto di studio, che avrebbero dovuto essere contattati dopo un congruo periodo dalla dimissione: l'analisi di questo ulteriore aspetto dello studio non è stata effettuata per indisponibilità temporale, ma la rilevazione sistematica dell'esperienza diretta del paziente, con il suo ricordo, le sue impressioni e le sue percezioni, potrebbe contribuire ad evidenziare l'incidenza dell'operato dell'infermiere sul suo benessere e sulla sua reazione alle cure.

Marginalmente, inoltre, i risultati dell'attività di osservazione diretta con-

dotta nei reparti possono essere condizionati dalla variabile rappresentata dall'osservatore medesimo: infatti ognuno di essi pone attenzione a particolari dipendenti dalla propria sensibilità ed emotività, ed è influenzato da fattori come stanchezza, distrazione, inesperienza, che necessariamente incidono sulla modalità di raccolta dati. In particolare, in caso di contemporaneità degli eventi e di rilevazioni contemporanee presso un numero elevato di pazienti, in luoghi di dimensioni considerevoli, questo fattore ha necessitato una specifica attenzione. Nel caso in cui si dovesse procedere ad un'osservazione in aree critiche di ampie dimensioni e con un numero relativamente elevato di pazienti, sarebbe auspicabile prevedere la presenza di diversi rilevatori, a cui assegnare criteri di registrazione dei dati di tipo standardizzato o il più possibile uniformi.

Infine, nella raccolta dati effettuata e confluita nel presente lavoro, sono state rilevate variabili come «interazione verbale paziente-infermiere» e «suono degli allarmi di strumentazioni direttamente collegate al singolo, come monitor, pompe infusionali, respiratore». Nell'elaborazione degli stessi, tuttavia, si è però scelto di non considerarle data la loro specificità: uno studio più mirato, potrebbe valutare la possibilità di includerle, data la loro significatività in relazione agli accorgimenti operativi e gestionali che potrebbero essere adottati per gli interventi sul singolo paziente.

Considerazioni finali

L'analisi osservazionale è stato un punto di partenza insostituibile. Solo attraverso questo strumento si è potuto descrivere una linea di condotta generale, ma, parallelamente, è stato possibile corredare i dati ottenuti con una descrizione della percezione del personale. Il focus group, strumento di analisi qualitativa, ha permesso di cogliere il pensiero diretto di coloro che quotidianamente affrontano anche la problematica del sonno dei pazienti in area critica, permettendo di animare discussioni già intraprese a livello del gruppo o di suscitare curiosità e riflessioni sulla gestione consolidata del lavoro. Il valore degli interventi, anche se selezione spontanea del gruppo, ha impreziosito l'analisi di quella sfaccettatura umana che caratterizza la professione.

La collaborazione riscontrata presso le tre realtà esaminate è stata totale ed ha contribuito al soddisfacente sviluppo dello studio, che risulta assolutamente in linea con le tendenze descritte dalla letteratura. Si sta sviluppando, lentamente, la tendenza alla salvaguardia del sonno in tutti gli ambienti, che si scontra tuttavia con il radicato sentore comune che il paziente ricoverato non riesca a dormire, come se questo disagio «facesse parte del gioco» e come se l'accettazione passiva delle situazioni fosse una *conditio sine qua non* della permanenza in ospedale.

Bibliografia

1. TAMBURRI LM, DiBRIENZA R, ZOZULA R, et al: *Nocturnal care interactions with patients in Critical Care Units*. American Journal of Critical Care 2004; 13:102-113.
2. GIUSTI GD, PIERGENTILI F, SANSOLINO S. «Sonno/veglia» in terapia intensiva: definizione del problema, problematiche assistenziali, implicazione per il paziente. Scenario 2006; 23 (3): 6-12.
3. FRIESE R.S. *Sleep and recovery from critical illness and injury: a review of theory, current practice and future directions*. Critical Care Medicine 2008; 36:697-705.
4. FRIESE RS, DIAZ-ARRASTIA R, et al. *Quantity and quality of sleep in the surgical Intensive Care Unit: are our patients sleeping?*The Journal of Trauma, Injury, Infection, and Critical Care 2007; 63:1210-1214.
5. MISTRALLETTI G, CARLONI E, CIGADA M, et al. *Sleep and delirium in the Intensive Care Unit*. Minerva Anestesiologica 2008; 74: 329-333.
6. CLOSS SJ, REID I *Commentary on* ÇELİK S, ÖZTEKİN D, AKYOLCU N AND İŞSEVER H: *Sleep disturbance: the patient care activities applied at the night shift in the intensive care unit*. Journal of Clinical Nursing 2005; 14: 102-106. Journal of Clinical Nursing, 2006; 15:365-367.
7. ÇELİK S, ÖZTEKİN D, AKYOLCU N AND İŞSEVER H. *Sleep disturbance: the patient care activities applied at the night shift in the intensive care unit*. Journal of Clinical Nursing 2005; 14: 102-106.
8. KRACHMAN S.L., CRINER G.J., D'ALONZO G.E.: *Sleep in the Intensive Care Unit*. Chest 1995; 107: 1713-1720.
9. CMIEL C.A., KARR D.M., GASSER D.M., OLIPHANT L.M., NEVEAU A.J.: *Noise control: a nursing team's approach to sleep promotion*. American Journal Nursing 2004; 104 (2):40-48.
10. STANCHINA M.L., ABU-HIJLEH M., CHAUDHRY B.K., CARLISLE C.C., MILLMAN R.P.: *The influence of white noise on sleep in subjects exposed to ICU noise*. Sleep Medicine 2005; 6:423-428.
11. FREEDMAN NS, KOTZER N, SCHWAB RJ. *Patient perception of sleep quality and etiology of sleep disruption in the Intensive Care Unit*. American Journal Respiratory and Critical Care Medicine 1999; 159: 1155-1162.
12. HONKUS VL. *Sleep deprivation in Critical Care Units*. Critical Care Nursing Quarterly 2003; 26 (3):179-189.
13. BAHAMMAM A. *Sleep in acute care units*. Sleep Breath 2006; 10:6-15.
14. PARTHASARATHY S, TOBIN JT. *Sleep in the intensive care unit*. Intensive Care Medicine 2004; 30: 197-206.
15. FREEDMAN NS, GAZENDAM J, LEVAN L, et al. *Abnormal sleep/wake cycles and the effect of environmental noise on sleep disruption in the intensive care unit*. American Journal Respiratory and Critical Care Medicine 2001; 163:451-457.
16. *Opera già citata: 12*

PERCEZIONE DELLA TERMINALITÀ DA PARTE DEGLI INFERMIERI NELL'ULSS N. 1 DI BELLUNO

A. TURRIN⁽¹⁾, M. CORSO⁽²⁾

⁽¹⁾ Terapia Intensiva, ULSS 1 Belluno

⁽²⁾ UTIC, ULSS 2 Feltre (BL)

Abstract

alessandra.turrin@katamail.com

Premessa: Nella pratica comune quando si parla di malato terminale, si pensa al malato oncologico. Inoltre gli operatori sanitari sono di fronte ad un'antitesi: curare il malato dove cura è sinonimo di guarigione ed affrontare il concetto di morire.

Scopo: Descrivere come gli infermieri percepiscano il concetto di terminalità, accertino, pianifichino e valutino interventi infermieristici connessi con la sua gestione.

Materiali e Metodi: Studio descrittivo condotto mediante la somministrazione di questionario anonimo contenente 25 domande, in Unità Operative selezionate per alto numero di decessi e più di 5 consulenze annue richieste a specialisti per la gestione della terminalità.

Risultati: Il 100% degli infermieri rispondenti non conosce l'esistenza del Comitato Etico Aziendale e in nessuna delle U.O. esiste una linea guida per la gestione della terminalità. Le decisioni sono condivise dall'intero staff sebbene il 69% riferisce di essersi trovato in disaccordo con le scelte mediche. Il 100% ritiene la famiglia fondamentale nella presa delle decisioni e nella pianificazione di interventi. L'82% ritiene che l'organizzazione e la gestione attuale del paziente non sia adeguata. Il 93% ritiene che la pianificazione dei bisogni debba necessariamente comprendere i familiari.

Nella pianificazione il 58% ritiene di mettere in atto interventi corretti per la gestione di un soggetto terminale, il 29% attua interventi come se il malato fosse critico, il 13% lo considera un paziente normale.

L'accertamento dei bisogni del paziente è reso difficoltoso nell'attuale cartella infermieristica, manca un riferimento al bisogno spirituale.

Il 74% non è a conoscenza dei principali temi di discussione in materia etica nonostante il 91% affermi di lavorare tenendo conto dei valori e della dignità del paziente.

Conclusioni: Lo studio evidenzia la mancanza di conoscenza del Comitato Etico Aziendale, della necessità di inserire linea guida per la gestione del processo assistenziale e di migliorare la formazione del personale.

VIAFORA C, ZANOTTI R, FURLAN E., *L'etica della cura, tra sentimenti e ragioni*. Franco Angeli Editore, Milano 2007.

AAVV., *Le cure di fine vita e l'Anestesista Rianimatore. Raccomandazioni SIAARTI per l'approccio al malato morente*. Minerva Anestesiologica 2006.

Mazzon D, Orsi C., *La natura delle Terapie Intensive e le nuove modalità del morire*. Minerva Anestesiologica 2003 69: 647-651.

LE DECISIONI DI FINE VITA: LA PERCEZIONE DI MEDICI E INFERMIERI

P. DI GIACOMO ⁽¹⁾, D. LAMI ⁽²⁾

⁽¹⁾ Presidente Collegio IPASVI Rimini

⁽²⁾ Terapia Intensiva Azienda USL Rimini

Abstract

iotricia@alice.it

Le possibilità offerte dalla tecnologia hanno contribuito ad ampliare le decisioni di fine vita. Qualunque sia la posizione etica del professionista l'accanimento terapeutico presenta le seguenti caratteristiche: documentata futilità dei trattamenti, gravosità dei mezzi per l'assistito, sproporzionalità dei mezzi impiegati.

Si è voluto indagare la percezione rispetto alle decisioni di fine vita di infermieri e medici con lo scopo di conoscerne la rilevanza e indagarne opinioni e comportamenti: è stato somministrato un questionario a 324 infermieri e 151 medici con adesione del 67%, sulle conoscenze, opinioni e comportamenti rispetto a accanimento e eutanasia.

Gli interventi considerati prevalentemente come accanimento terapeutico sono stati: rianimazione cardio-polmonare, indagini diagnostiche invasive e gli interventi chirurgici ad alto impatto in paziente inguaribile/con breve aspettativa di vita. Più del 60% del personale sanitario si è trovato davanti a casi di accanimento terapeutico. Il 15% degli operatori ha prescritto/eseguito un trattamento con l'intenzione di anticipare la fine della vita in un paziente inguaribile e/o terminale. Il 61,1% degli infermieri e il 45,8% dei medici ritiene sempre accettabile che una persona richieda di anticipare la fine della sua vita. Al 50,4% degli infermieri e al 38,9% dei medici è stato richiesto di anticipare la fine della vita da parte di pazienti e questa richiesta ha provocato tristezza nel 62,8% degli infermieri vs il 44,8% dei medici e frustrazione nel 27,4% vs il 38,8%.

Dall'indagine emerge l'esistenza del problema e la presenza di opinioni e atteggiamenti molto diversificati con delle differenze fra le due professioni; e conferma i dati presenti in letteratura e in precedenti indagini.

La mancanza di formazione degli operatori sanitari rispetto a queste problematiche e la mancanza di linee guida può portare di conseguenza il personale sanitario a comportamenti disomogenei, fino ad arrivare in modo inconsapevole talvolta al mancato rispetto dei diritti dell'assistito.

Parole chiave: *Accanimento terapeutico, Autonomia, Eutanasia, Qualità di vita, decisioni di fine vita*

Introduzione

L'allungamento della vita media, la cronicità, lo sviluppo della conoscenza scientifica e tecnologica ha spostato in avanti il limite/il momento di fine vita, Lo sviluppo di tecniche rianimatorie e delle terapie intensive ha permesso forme di prolungamento artificiale della vita ma ha portato alla nascita di nuove problematiche ed interrogativi nell'ambito della vita umana che volge al termine, che coinvolgono i sentimenti, la sofferenza e l'autodeterminazione della persona che si ritrova in questa situazione. Le possibilità offerte dalla tecnologia hanno contribuito ad ampliare l'ambito delle decisioni di fine vita (1), che coinvolgono la posizione etica del professionista rispetto all'accanimento terapeutico, all'eutanasia e all'autodeterminazione della persona assistita.

Le responsabilità dell'infermiere si esprime nel prendersi cura della persona assistita (2), ed è chiamato a collaborare insieme al medico, attuando procedure diagnostiche e terapeutiche, non più mero esecutore di prescrizioni (3), ma condividendone la responsabilità; è un professionista ed è in grado di valutare autonomamente la corrispondenza di certi interventi diagnostico-terapeutici con la situazione clinico assistenziale del morente nel momento in cui attua la prescrizione stessa. L'infermiere si prende cura, «to care» della persona: considera non solo la malattia, ma le conseguenze che la malattia provoca nelle dimensioni costitutive della persona nella quotidianità, sulla sua autonomia e garantisce tutte le cure abituali necessarie all'uomo(2), (4): nel prendersi cura dell'uomo l'infermiere esprime la tutela della salute intesa non solo come benessere fisico, psichico e sociale ma come dimensione soggettiva che considera la percezione della qualità di vita dell'assistito, la protezione dalla sofferenza, la promozione dell'autonomia della persona e in tal senso assume una posizione di garanzia per la persona.

La relazione infermiere persona assistita si sviluppa anche nell'ambito delle decisioni di fine vita (4), (2), anche se spesso nella pratica clinica non viene coinvolto nel processo decisionale, che resta completamente gestito dal medico(5), (6).

Il dibattito attuale si incentra sul se e quando cessare le cure, se continuare è accanimento terapeutico, se interromperle è lecito o può configurarsi come intervento eutanasi e su questi interrogativi nasce per l'equipe curante e per il professionista il conflitto etico

Libertà e autonomia fanno parte dei diritti fondamentali della persona e sono tutelati da norme giuridiche e deontologiche; il professionista sanitario nella sua attività dovrà tener conto della volontà dell'assistito (7) e rispettarne la dignità di persona.

L'autonomia della persona si esprime nel consenso informato (8), (9), (2) che presuppone un'adeguata informazione e costituisce legittimazione e fondamento del trattamento sanitario.

Il rispetto del principio dell'autonomia della persona consapevole nelle scelte di salute si sta consolidando nella cultura sanitaria, ma emerge come problema quando la persona non è più competente nell'esprimere la sua volontà, situa-

zione spesso presente nel fine vita. In tal senso in Parlamento si sta attualmente discutendo su un provvedimento di legge relativo alle decisioni di fine vita (10), per definire delle indicazioni generali e introdurre le direttive anticipate di trattamento.

Le definizioni di accanimento terapeutico e di eutanasia sembrano apparentemente chiare: «l'accanimento terapeutico è qualunque trattamento di documentata inefficacia in relazione all'obiettivo, a cui si aggiunga la presenza di un rischio elevato o una particolare gravosità per il paziente, con un'ulteriore sofferenza e in cui l'eccezionalità dei mezzi adoperati risulta chiaramente sproporzionata agli obiettivi» (11). Il criterio attualmente in uso per individuare l'accanimento terapeutico è quello della proporzionalità dei mezzi impiegati con il loro prevedibile effetto, il risultato terapeutico: documentata futilità (12) dei trattamenti, gravosità del mezzo per il malato, sproporzionalità dei mezzi impiegati. È da puntualizzare che in realtà il termine di accanimento terapeutico si incontra soltanto nella letteratura dei Paesi neolatini, non essendo presente nella letteratura bioetica di lingua inglese, in cui si ritrova il criterio della futility o di therapeutic obstinacy, over treatment, aggressive medical treatment; nella gran parte della letteratura anglosassone troviamo, in riferimento ai casi di accanimento terapeutico, altri termini quali: life sustaining treatment (mezzi di sostegno vitale), life prolonging treatment (mezzi di prolungamento della vita), treatment refusal (rifiuto dei trattamenti), treatment withdrawal/withholding (interruzione/limitazione, non completamento di un trattamento) (13), (14), spesso utilizzati, tra l'altro, anche per indicare velatamente l'eutanasia.

Per eutanasia si intende l'azione o l'omissione, compiuta da un terzo, deliberatamente intesa alla soppressione di una vita umana allo scopo di porre fine alle sofferenze, in condizioni di inguaribilità o di prossimità alla morte. L'eutanasia è pertanto una condotta che si situa innanzitutto sul piano delle intenzioni: introduzione intenzionale attraverso un'azione o un'omissione di un nuovo processo di morte, parallelo e più veloce, anticipatorio o addirittura immediato, rispetto a quello proprio naturale della malattia. L'eutanasia non è prevista dal nostro ordinamento giuridico; la sua anti-giuridicità è avvalorata dall'art. 2 della Costituzione che parla del diritto alla vita come un bene indisponibile a sé e ad altri e dall'art. 5 del Codice Civile (15).

La richiesta di eutanasia può avere diversi significati intrinseci, dallo svilimento del significato della vita, al rifiuto della sofferenza alla richiesta di aiuto ed è necessario comprendere il perché nasca; spesso nasconde la paura di essere abbandonati o di una sofferenza che diventerà intollerabile e richiede sostegno multidimensionale e accompagnamento.

L'eutanasia è completamente distinta dall'accanimento terapeutico in quanto suo opposto. Tuttavia i dilemmi e i conflitti etici nascono nella indefinitezza del limite quando il cessare le cure, sospendere o non effettuare un trattamento aprono l'interrogativo se rientrino nell'evitare l'accanimento terapeutico o possa invece configurarsi come intenzione eutanasi.

Il fine vita richiama, nel momento in cui la guarigione non è possibile, il concetto di qualità di vita concetto multidimensionale, strettamente correlato

con la salute e che include non solo le aree dello stato funzionale ma anche quelle del benessere psico-sociale, della percezione della salute, dei sintomi correlati con la malattia, degli effetti del trattamento: la percezione della persona rispetto alla propria vita in senso fisico, psichico, relazionale, socio-economico, spirituale, religioso e valoriale. La valutazione della qualità di vita è essenzialmente soggettiva e la persona rappresenta la fonte principale di informazioni. «Un autentico e plenario concetto di qualità della vita dovrà cercare all'interno della persona il soddisfacimento dei bisogni e dei desideri, ma nel rispetto e nella promozione dei valori tipicamente umani e cioè spirituali e morali» (16).

Le decisioni di fine vita: la percezione di medici e infermieri

In un momento storico in cui tale dibattito è stato amplificato nel contesto sociale da alcuni casi si è svolta un'indagine con lo scopo di conoscerne la rilevanza e descrivere conoscenze, opinioni e comportamenti rispetto alle decisioni di fine vita di infermieri e medici che operano in U.O dove si presentano tali situazioni.

Obiettivi

L'indagine ha come suoi obiettivi di:

- verificare la presenza e comprendere la rilevanza delle problematiche di fine vita nella percezione di medici e infermieri
- identificare le conoscenze e le opinioni vs accanimento e eutanasia,
- descrivere atteggiamenti e comportamenti nella pratica clinica quotidiana

Materiali e metodi

L'indagine di tipo descrittivo ha coinvolto medici ed infermieri di UO /servizi in cui sono presenti ricoverati morenti o alla fine della loro vita: Medicina Interna, Lungodegenza, Postacuti, Terapia intensiva polivalente, TIC, Hospice, Oncologia, Malattie infettive e Assistenza Domiciliare Integrata Il campione, non probabilistico, includeva tutto il personale medico e infermieristico realmente in servizio per un totale di 475 fra medici (151) e infermieri (324).

È stato somministrato un questionario strutturato in due parti, la prima con le caratteristiche anagrafiche e professionali del campione e la seconda articolata in 16 items a risposta multipla, ripresi in parte, rielaborandoli, da altre indagini (17), (18), (19), finalizzati a descrivere le conoscenze, le opinioni e i comportamenti in parallelo relativi a accanimento terapeutico vs eutanasia. Alcune domande prevedevano la possibilità di più risposte.

Nell'ambito dell'indagine è stata data una definizione di paziente inguari-

bile «la cui malattia allo stato attuale non ha speranza di guarigione e le cui condizioni presuppongono un ingravescente deterioramento» e tutti gli items del questionario si riferivano a una situazione di fine vita.

Il questionario è stato proposto per la validazione ad alcuni medici e infermieri, non considerati poi nell'indagine, e modificato nella elaborazione di alcuni items apparsi non del tutto chiari.

Sono ritornati 316 questionari, di cui 263 (73%) compilati da infermieri e 80 (53%) da medici, con un'adesione complessiva del 67 %.

I dati sono stati raccolti, trattati ed elaborati in modo anonimo, fra settembre e ottobre 2008. Le risposte sono state analizzate sia per professione, riportate nella discussione che per singola U.O.

Le caratteristiche anagrafiche del campione, descritte in tabella 1 rispecchiano quelle della popolazione generale.

Tabella 1: Caratteristiche anagrafiche del campione

Caratteristiche	infermieri	medici
età media	anni 36,6, DS +- 8,28,	anni 43, DS +- 9.
anzianità media di servizio	anni 16,73, DS 9,45	anni 20,72 DS 10,68
sesto	Donne 82,5%	44,4% donne

Risultati e discussione

Le definizioni di accanimento terapeutico espresse e la loro frequenza sono descritte in Tabella 2.

L'86% degli infermieri e il 95,9% dei medici esprimono una definizione adeguata di accanimento terapeutico (risposte *a* e *b*), con una differenza percentuale del 10% fra le due professioni.

Tabella 2 Cosa intende per accanimento terapeutico?

Definizioni	In f. ri	Medici
a) Insistenza nel ricorso a presidi medici chirurgici che non modificano in modo significativo il decorso naturale e irreversibile della malattia, talora peggiorando la qualità di vita del paziente	45,3%	57%
b) Trattamenti inappropriati per eccesso che hanno come unico effetto quello di prolungare l' agonia del paziente e/o comportare ulteriore sofferenza e/o rischi elevati	40,7%	38,9%
c) Prestare cure che prolungano la vita di un paziente senza speranza di guarire	13,2%	5,6%
d) Trattamenti sproporzionati ai risultati attesi	4,3%	5,6%
e) Trattamenti finalizzati a provocare la morte dell'assistito	0,4%	0,0%

Gli interventi che sono definiti come accanimento terapeutico dagli infermieri e dai medici sono descritti in Tabella 3.

Tabella 3: Quali dei seguenti interventi secondo lei possono essere configurati come accanimento terapeutico?

interventi	In f.ri	Med
a) Alimentazione e idratazione artificiale	7,9%	4,2%
b) Uso del respiratore in caso di necessità in paziente inguaribile	15,6%	19,6%
c) Indagini diagnostiche invasive in paziente con breve aspettativa di vita/inguaribile	69,5%	62,6%
d) Rianimazione cardio-polmonare in caso di peggioramento in pazienti terminali/inguaribili	68,6%	82,1%
e) Terapia importante per patologie croniche a prognosi infausta (es.chemioterapia per le neoplasie, emotrasfusioni)	21,1%	16,8%
f) interventi chirurgici ad alto impatto in pazienti che hanno una breve aspettativa di vita	61,8%	62,6%
g) Sedazione in paziente in fase terminale	0,8%	0,0%
h) Nessuno degli interventi elencati	2,1%	2,8%

In merito ai trattamenti da considerare come accanimento terapeutico vi è attualmente un vivace dibattito soprattutto alla luce delle nuove scoperte tecnico-scientifiche e dei casi che emergono all'attenzione pubblica. Il 66,7% degli infermieri e il 69,1% dei medici ha considerato come accanimento terapeutico le indagini diagnostiche invasive, la rianimazione cardio-polmonare in caso di peggioramento interventi chirurgici ad alto impatto in paziente con breve aspettativa di vita/inguaribile, si evidenzia che ben il 33,3% degli infermieri vs il 30,9% dei medici non li comprende nella definizione di accanimento terapeutico.

È presente una differenza importante fra infermieri e medici nella percezione come accanimento terapeutico della rianimazione cardio-polmonare 68,6% vs 82,1%, della terapia importante per patologie croniche a prognosi infausta, 21,1% vs il 16,6%. L'89,9% degli infermieri vs il 75%, dei medici dichiara di essersi trovato a volte/spesso ad eseguire o ad prescrivere trattamenti diagnostico/terapeutici sproporzionati in eccesso ai risultati attesi e/o alle condizioni del paziente. (figura 1)

**Figura 1:** Ha mai prescritto/eseguito trattamenti diagnostico/terapeutici sproporzionati in eccesso

Tali differenze potrebbero spiegarsi nella diversa posizione nella presa di decisioni: sono i medici generalmente a prendere decisioni in ambito diagnostico/terapeutico e quindi potrebbero essere molto coinvolti dal principio di beneficiabilità, mentre gli infermieri che attuano i trattamenti possono avere una maggiore percezione del loro impatto sull'assistito.

L'85,04% degli infermieri vs il 91,7%, dei medici ritiene che una persona ha sempre il diritto a non sottoporsi a trattamenti diagnostico terapeutici in presenza di una malattia inguaribile/in situazione di terminalità (figura 2).



Figura 2: *Ritiene che una persona abbia diritto di decidere di non sottoporsi a trattamenti diagnostico terapeutici in presenza di una malattia inguaribile/ in situazione di terminalità?*

L'11,1% degli infermieri vs l'1,4% dei medici ritiene sempre accettabile prescrivere o eseguire trattamenti curativi importanti e/o invasivi in un paziente «inguaribile»/terminale con una differenza importante (+ 9, 7%) ; il 52, 5% vs il 61,3 % solo in alcune circostanze, il 32,9% vs il 37,4% medici non lo ritiene mai accettabile.

Il 38,8% degli infermieri vs il 66,7% dei medici individuano le definizioni più appropriate per eutanasia (risposte *b, e*); il 40,5%, vs il 27,8% definisce eutanasia il sospendere o limitare un trattamento che avrebbe l'unico effetto di prolungare la vita del paziente senza speranza di guarigione, e il 25,6 vs il 9,8% l'interruzione delle cure in paziente in coma irreversibile, situazioni che in realtà si presentano per lo più per evitare l'accanimento terapeutico, con delle differenze importanti non spiegabili solo con la differente attività esercitata, ma che probabilmente trovano fondamento nelle convinzioni personali di ognuno (Tabella 4).

Tabella 4: *Che cosa intende per eutanasia?*

definizioni	Inf.i	Medici
a) Trattamenti sproporzionati ai risultati attesi	0,8%	0%
b) Trattamenti finalizzati a provocare la morte dell'assistito	30,3%	54,2%
c) Interruzione delle cure che tengono in vita il paziente in coma irreversibile	25,6%	9,8%
d) Sospendere o limitare un trattamento che avrebbe l'unico effetto di prolungare la vita del paziente senza speranza di guarigione	40,5%	27,8%
e) Omettere un trattamento efficace la cui privazione causerebbe la morte del paziente inguaribile/terminale	8,5%	12,5%
f) Non risponde	1,3%	4,2%

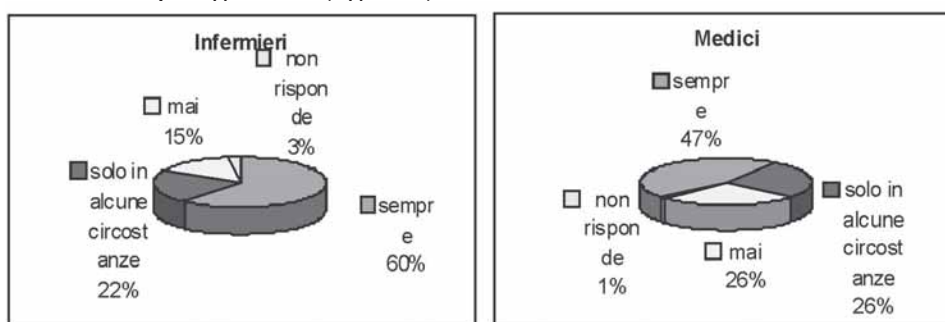
La distribuzione delle frequenze delle opinioni sugli interventi configurabili come eutanasia è descritta in tabella 5.

Tabella 5: Quali dei seguenti interventi secondo lei può essere considerato come eutanasia ?

Interventi	Inf.ri	Medici
a) Interrompere la ventilazione assistita	57,1%	32%
b) Interrompere la nutrizione enterale in un paziente in stato vegetativo	41,8%	41,7%
c) Sedazione in paziente in fase terminale	8,5%	15,4%
d) Interrompere i trattamenti di sostegno vitale	66,2%	47,4%
e) Non intraprendere la rianimazione cardiopolmonare in paziente inguaribile/terminale	32,1%	16,8%
f) Nessuno degli interventi elencati	7,3%	25%

Il 32,1% degli infermieri vs il 16,8% dei medici ritiene eutanasia il non intraprendere la rianimazione cardiopolmonare, la frequenza di tale risposta (d) coincide con quella di chi non ha individuato tale intervento come accanimento terapeutico (vedi risposta e in tabella 3); l'8,5% degli infermieri vs il 15,4% dei medici considera eutanasia la sedazione; questi interventi generalmente non vengono considerati tali. Il 7,5% vs il 25% non ha trovato tra le definizioni elencate una rispondente al proprio concetto di eutanasia.

In questa indagine il 61,1% degli infermieri vs il 45,8% dei medici ritiene sempre accettabile che una persona abbia il diritto di decidere/richiedere di anticipare la fine della sua vita in una situazione di inguaribilità/terminalità, con dei dati paragonabili (figura 3).

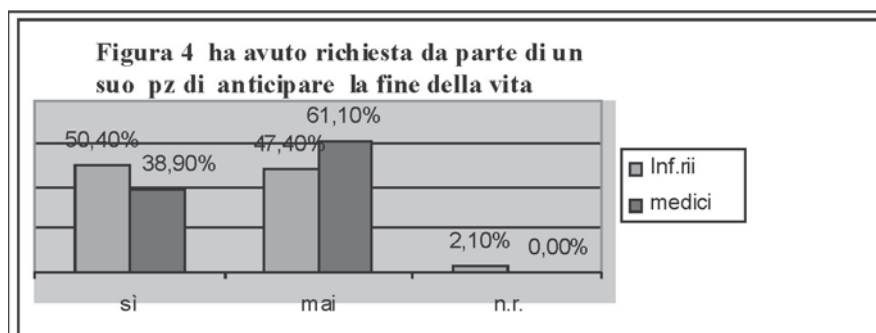
**Figura 3:** È accettabile che una persona abbia il diritto di decidere/richiedere di anticipare la fine della sua vita in una situazione di inguaribilità/terminalità?

Il 3,6% dei medici in uno studio del 2003 (6) ammette di aver usato deliberatamente dosi letali di farmaci e il 15% lo considera accettabile; secondo lo studio Itaeld 2007 è del 0,7%,

In questa indagine il 15% degli infermieri vs il 15,3% dei medici dichiara di aver eseguito/prescritto a volte un intervento con l'intenzione di anticipare la fine della vita in un paziente inguaribile e/o terminale, l'1,7% degli infermieri spesso. Il dato va confrontato con le definizioni riportate di eutanasia e potrebbe in realtà identificare l'applicazione della sedazione profonda (tabella 5),

Al 50,4% degli infermieri vs il 38,9% dei medici un paziente ha richiesto di

anticipare la fine della sua vita (figura 4). La differenza di frequenza potrebbe trovare ragione nel maggior tempo che l'infermiere trascorre con il paziente rispetto al medico e quindi essere più a contatto con i momenti di difficoltà e sconforto che possono far nascere la richiesta (20).



Le motivazioni sottostanti alla richiesta dell'assistito percepite dall'operatore sono descritte in tabella 6 e si presentano senza differenze importanti fra le due professioni: le richieste provengono in modo prevalente da persona con malattia a prognosi infausta e/o con dolore/sofferenza intollerabile.

Tabella 6: Di fronte alla richiesta della persona di anticipare la fine della sua vita, quale aspetti tra questi era presente?

Motivazioni	Inf.ri	Medici
a) Dolore intollerabile	51,1%	44,7%
b) Malattia a prognosi infausta	60%	62%
c) Paziente senza relazioni significative	4,8%	10,3%
d) Paziente con HIV	4,8%	3,4%
e) Altro: Depressione	2,4%	6,9%
f) Non risponde	3,3%	3,4%

I sentimenti provati dai professionisti di fronte alla richiesta della persona di anticipare la fine della sua vita sono descritti in tabella 7.

Tabella 7: Di fronte alla richiesta della persona di anticipare la fine della sua vita quali sentimenti ha provato?

Sentimenti provati dal professionista	Inf.ri	Medici
a) Tristezza	62,8%	44,8%
b) Frustrazione	27,4%	37,8%
c) Rabbia	15,2%	3,4%
d) Approvazione/Comprensione	23,3%	27,4%
e) Altro: Impotenza	4%	0
f) Altro	1,6%	3,4%
g) Non risponde	4%	6,9%

Il 62,8% degli infermieri vs il 44,8% dei medici ha provato tristezza, il 27,4% vs il 38,8% frustrazione, il 23,3% vs il 27,4% comprensione/approvazione. Confrontando le diverse risposte fra medici e infermieri si evidenzia che gli infermieri provano in misura maggiore tristezza e rabbia mentre nei medici prevale la frustrazione.

Rispetto al 61,1% degli infermieri vs il 45,8% dei medici (il 64% nello studio Itaeld 2007) che ritiene un diritto della persona richiedere di anticipare la fine della sua vita in una situazione di inguaribilità/terminalità, solo il 23,3% di infermieri e il 27,4% di medici dichiara di provare comprensione/approvazione.

Il 74,4% degli infermieri vs il 77,8% dei medici, dato quest'ultimo che rientra nel range dei dati dei precedenti studi, ritiene accettabile sempre/solo in alcune circostanze su richiesta del paziente non attuare/interrompere i trattamenti di sostegno vitale (figura 5).

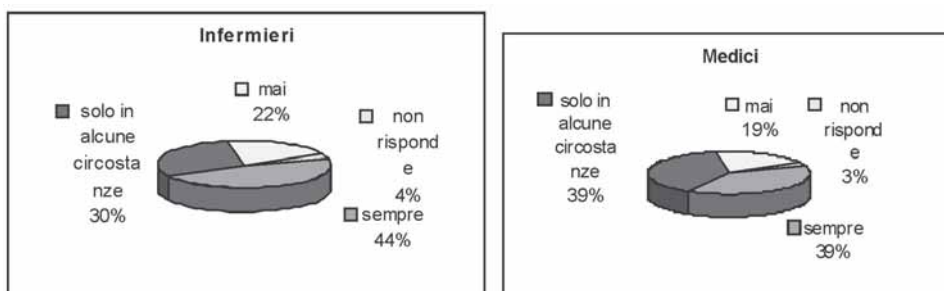


Figura 5: È accettabile su richiesta del paziente non attuare/interrompere i trattamenti di sostegno vitale?

Al 72,6% degli infermieri vs il 65,3% dei medici a volte è capitato che un paziente non volesse sottoporsi a determinati trattamenti diagnostico terapeutici; al 14,5% vs 25% è capitato spesso. La distribuzione di frequenza è nel complesso simile fra medici e infermieri.

I sentimenti provati dagli operatori sanitari in questa situazione sono descritti in Tabella 8.

Tabella 8: Quali sentimenti ha provato di fronte a un paziente che non voleva sottoporsi a determinati trattamenti diagnostico terapeutici?

Sentimenti provati	Inf.ri	Medici
a) Tristezza	22,1%	25,8%
b) Frustrazione	3,9%	28,7%
c) Rabbia	9,9%	6%
d) Approvazione/Comprensione	56,4%	15%
e) Altro	15,2%	3%
f) Altro: Diverse per casi	1,9%	4,5%
g) Altro: Rispetto per la decisione del paziente	0	7,6%
h) Non risponde	5,2%	3%

Rispetto alla volontà della persona di non sottoporsi a determinati trattamenti il 56,4% degli infermieri vs il 15% dei medici ha provato approvazione/comprendimento, mentre il 22,1% vs il 25,8% dei medici ha provato tristezza. Le differenze presenti, + 41,4% potrebbero essere spiegate dal coinvolgimento del medico nella prescrizione dell'intervento, mentre l'infermiere condivide il percorso con l'assistito e gli eventuali effetti.

Nella Tabella 9 sono descritte le opinioni di medici e infermieri rispetto al coinvolgimento dei familiari nelle scelte terapeutiche/nelle decisioni di fine vita e il 64,9% degli infermieri e il 66,7% dei medici, ritiene l'opinione dei familiari consigliabile, coinvolgendoli quindi nelle decisioni di fine vita.

Tabella 9: *Nelle scelte terapeutiche/nelle decisioni di fine vita ritiene che l'opinione dei familiari sia...*

risposte	Infermieri	Medici
Determinante	9,8%	4,2%
Consigliabile	64,9%	66,7%
Non necessaria	17,9%	25%
Non so	4,3%	2,8%
Non risponde	3,4%	1,4%

Conclusioni

L'indagine è stata occasione di confronto e discussione. Presenta alcuni limiti legati al campione non probabilistico e all'adesione dei medici non superiore al 53%.

Le problematiche di fine vita sono presenti in modo rilevante fra i professionisti intervistati: più di tre quarti dichiarano di essersi trovati davanti a casi di accanimento terapeutico e al 50,4 vs il 38,9 è stato richiesto da parte dell'assistito di anticipare la fine della sua vita.

La quasi totalità (86% infermieri vs 95,9% medici) definisce in modo chiaro gli interventi che potrebbero rientrare nell'ambito dell'accanimento terapeutico, ma dichiara anche (89,8% vs 76,0%), di essersi trovati spesso/a volte ad eseguire o a prescrivere trattamenti diagnostico/terapeutici sproporzionati in eccesso e solo un terzo non ritiene mai accettabile prescrivere/eseguire trattamenti curativi importanti e/o invasivi in un paziente «inguaribile»/terminale.

L'autodeterminazione della persona nel sottoporsi o meno a dei trattamenti diagnostico terapeutici è riconosciuta da quasi il 90% degli operatori (85,04% vs 91,7%, ma nella pratica clinica poco più della metà degli infermieri e una minoranza di medici prova approvazione/comprendimento, il 22,1% degli infermieri vs il 25,8% dei medici prova tristezza e il 27,5% dei medici frustrazione.

È presente un'ampia variabilità nelle definizioni dei termini, nessuna delle quali supera il 54,2% e tra gli interventi considerati come eutanasia trovano rilevanza il non intraprendere la RCP in un paziente inguaribile allo stato terminale e la sedazione in un paziente terminale; interventi che non hanno tale

finalità, ma sono orientati a evitare la sofferenza inutile. La diversificazione della distribuzione di frequenza delle risposte sopra probabilmente riflette la diversità di opinioni presenti nella popolazione indagata come d'altronde nel contesto sociale e a difficoltà a dare una definizione chiara e puntuale di eutanasia.

Il 61,1% degli infermieri vs il 45,8% dei medici ritiene che la persona abbia il diritto di decidere/richiedere di anticipare la fine della sua vita ma di fronte a questa richiesta una minoranza prova comprensione/approvazione e la tristezza è il sentimento maggiormente provato.

Di fronte a questa richiesta, le cui motivazioni percepite dagli operatori sono state in modo prevalente la presenza di una malattia a prognosi infausta e il dolore intollerabile, si sono trovati il 50,4% degli infermieri e il 38,9% dei medici e tale dato potrebbero indicare un mancato sostegno psicologico e una ancor poca diffusa cultura della medicina palliativa. Si apre la riflessione su quali sentimenti e vissuto porta con sé l'assistito per esprimere questa richiesta, e quanto sia accompagnato nel suo morire.

Le differenze che si evidenziano nelle opinioni e atteggiamenti fra i professionisti potrebbero essere ricondotte al diverso approccio alla persona.

La condivisione nell'equipe del processo decisionale permetterebbe di cogliere meglio tutti gli aspetti della persona; discutere di quello che accade al letto del morente può permettere di riflettere e di cogliere tutti i valori in gioco e di prendere le migliori decisioni per l'assistito.

In conclusione nelle decisioni di fine vita è opportuno valutare le diverse situazioni sotto diversi punti di vista, della persona, dei suoi familiari, di curanti, quello etico e morale, e solo tenendo conto di tutte queste variabili sarà possibile non incorrere nell'accanimento terapeutico o nell'eutanasia scegliendo un piano terapeutico adeguato ai reali bisogni della persona.

Riferimenti bibliografici

- (1) CARLET J, et al. *Challenges in end-of-life care in the ICU* 5th International Consensus Conference in Critical Care Intensive Care Med 2004;30:770.
- (2) Federazione IPASVI Codice Deontologico dell'infermiere art 3 (CD) 2009 Roma www:ipasvi.it
- (3) Legge 42/1999. www.ipasvi.it
- (4) DM 739/94 profilo professionale dell'infermiere.
- (5) MICCINESI G, FISCHER S, PACI E, ONWUTEAKA-PHILIPSEN B, CARTWRIGHT C, VAN DER HEIDE A, NILSTUN T, NORUP M, MORTIER F: *Physicians' attitudes towards end-of-life decisions: a comparison between seven countries*, Social Science and Medicine 2005, 60(9): 1961-1974.
- (6) GIANNINI A, PESSINA A, TACCHI E.M., *End-of-life decision in intensive care units: attitudes of physicians in an Italian urban settino intensive care Med* (2003)29;1092-10.
- (7) Costituzione italiana.
- (8) Convenzione di Oviedo sottoscritta il 4 aprile del 1997 e ratificata con la legge 28 marzo 2001, n. 145.
- (9) Codice di deontologia medica (CDM).
- (10) Proposta di Legge approvata, in un testo unificato, dal Senato della Repubblica il 26 marzo 2009 (v. stampati Senato nn. 10-51-136-281-285-483-800-972-994-1095-1188-1323-1363-1368 Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento).
- (11) MANNI C, *Accanimento terapeutico in rianimazione e terapia intensiva*, in BOMPIANI A. (a cura di) *Bioetica in medicina*, CIC ed. Internazionali, Roma 1996.
- (12) PELLEGRINO E.D., *Le decisioni al termine della vita: uso e abuso del concetto di futilità*, *Medicina e morale*, 2002, 5, ;867-95.
- (13) PRENDERGAST TJ, LUCE JM: *Increasing incidence of withholding and withdrawal of life support from the critically ill*. Am J Respir Crit Care Med 1997; 155: 15-20.
- (14) EIDELMAN LA, et al., EIDELMAN LA, JAKOBSON DJ, PIZOV R, GEBER D, LEIBOVITZ L, SPRUNG CL., *Foregoing life-sustaining treatment in an Israeli ICU*. Intensive Care Med 1998; 24:162-166. Medline abstract.
- (15) L. EUSEBI, *L'eutanasia come problema giuridico*, *Ragion pratica*, n. 19, Genova, 2002; 103.
- (16) SGRECCIA E., *Bioetica, sanità e qualità della vita*, *Vita e Pensiero*, Milano 2002.
- (17) CHIAMBRETTO P., GUARNIERO C, *Stato vegetativo e accanimento terapeutico: cosa ne pensano i familiari G.I. medicina del Lavoro ed Ergonomia*, Pavia, 2007;12-18.
- (18) PACI E., MICCINESI G., *Come si muore in Italia. Lo studio ITAELD-FNOMCeO, Toscana Medica*, n. 2, 2008; 14-17.(2).
- (19) ZACCARO A, *L'infermiere di fronte alla sofferenza del paziente terminale e all'ineluttabilità della morte tesi di laurea in Infermieristica*, relatore P.Di Giacomo Università di Bologna, ottobre 2003 non pubblicata.
- (20) THELEN MARY, *End-of-Life Decision Making in Intensive Care Critical Care Nurse*. 2005;25: 28-37.

SESSIONE
NEONATOLOGIA, CURE INTENSIVE PEDIATRICHE

Moderatore: NORA MARINELLI

PROTOCOLLO PER LA GESTIONE DEL NEONATO CRITICO E IN FASE TERMINALE

D. ZOLA, G. ANCORA, C. CORAZZARI, G. ROSSI, G. FALDELLA

U.O. Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale Ospedale S. Orsola Malpighi, Bologna

Abstract

donazola@yahoo.it

La necessità di creare una linea guida che sia condivisa da tutti i membri dell'equipe nasce dai dubbi, dalle perplessità e dalle domande che ci vengono poste verbalmente e non dai genitori e dai familiari dei piccoli che «cerchiamo» di accompagnare alla morte.

Fase critica	In fase di decesso
Neonato	Operatori
Terapia analgesica	Prima del decesso
Operatori/genitori	A decesso avvenuto
Colloquio	Comunicazione decesso
Chi, Sede, Tempi	Chi, Dove, Tempi
Contenuti	Contenuti
	Composizione salma
	Ulteriori proposte
	Quando i genitori lasciano il bambino morto

Il protocollo che presentiamo prevede indicazioni per la fase critica e per la fase del decesso. Nella fase critica ci si occupa della terapia analgesica del neonato tramite somministrazione di Fentanile o Morfina in boli o infusione continua.

Fondamentale è la gestione del colloquio con i genitori. Gli attori sono i genitori, il medico che ha in cura il bambino, l'infermiere o possibilmente lo psicologo.

Il colloquio in sé si può dividere in 5 fasi:

- fase informativa
- fase di ascolto
- fase di contenimento delle angosce
- proposte
- conclusione

Al termine del colloquio nel pieno rispetto dei tempi dei genitori si procede ad accompagnarli dal figlio.

Importante per la conseguente elaborazione del lutto che la madre possa prendere in braccio il proprio bambino.

Le indicazioni in caso di decesso prevedono due momenti, uno precedente il decesso ed uno successivo.

A decesso avvenuto si ha l'importante e delicato compito della comunicazione.

Si deve poi provvedere affinché vengano accolti i desideri dei famigliari di carattere religioso, culturale e sociale. Quando i genitori lasciano il figlio dobbiamo accertarci di avergli fornito tutte le informazioni riguardanti le cause del decesso ed eventuale esame autoptico, iter post-mortem, la soppressione dell'allattamento e incontri con lo psicologo. Fondamentale per la realizzazione del processo empatia da parte di tutto il team.

ACCOMPAGNAMENTO DEL BAMBINO E DELLA SUA FAMIGLIA AL MOMENTO DI FINE VITA

A.R. DI FALCO, E. SCARABELLIN

Patologia Neonatale Azienda ULSS 9 Treviso

Abstract

ardifalco@ulss.tv.it

In Patologia Neonatale a Treviso esiste un protocollo sulla base del quale tutto il personale infermieristico e medico accompagna il bambino e la sua famiglia al momento di fine vita.

La morte di un bambino spesso veniva affrontata in modo diverso in base al vissuto di ogni operatore creando disagi e difficoltà tra il personale senza offrire il giusto sostegno ai famigliari. Il lavoro è stato fatto attraverso un comune percorso decisionale tenendo conto delle condizioni cliniche del bambino, dell'inefficacia delle cure, degli aspetti etici e giuridici del caso. Ogni decisione viene presa coinvolgendo tutto il personale senza trascurare una precisa ed attenta comunicazione con i genitori, offrendo loro tutto il supporto possibile condividendo lo stato di sofferenza. La comunicazione diventa fondamentale, ponendo attenzione a:

1. quando,
2. chi,
3. come,
4. dove

comunicare, mettendo a disposizione la nostra presenza. Si cerca di predisporre in modo adeguato il luogo dove tutto ciò avviene permettendo la presenza di famigliari a supporto di questo particolare momento. In un periodo successivo viene predisposto un colloquio di follow-up per aiutare la coppia nell'elaborazione del lutto, salvaguardando la loro capacità genitoriale. Tutto questo aiuta gli operatori ad affrontare le situazioni di morte, non esime dal coinvolgimento emotivi-affettivo, ma supporta l'operato, uniti nell'affrontare l'evento doloroso.

Sunto tratto dal documento:

L'accompagnamento del bambino e della sua famiglia al momento della fine della vita

In Patologia Neonatale a Treviso esiste un protocollo sulla base del quale tutto il personale infermieristico e medico accompagna il bambino e la sua famiglia al momento di fine vita.

Nel reparto vengono ricoverati circa 380 bambini l'anno e di questi 70/100 con peso neonatale inferiore a 1500 grammi (VLBW). Questo fa sì che vi siano 10-12 decessi l'anno circa.

La morte di un bambino spesso veniva affrontata in modo diverso in base al vissuto di ogni operatore creando disagi e difficoltà tra il personale senza offrire il giusto sostegno ai famigliari. Presa coscienza del problema si è costituito un gruppo di lavoro formato da:

2 Infermiere; 2 Medici; Neuropsichiatra infantile; 2 Membri del Comitato di Bioetica dell'Ospedale.

Il gruppo si è confrontato sul disagio vissuto in situazioni concrete di morte, ha discusso su un possibile comportamento uguale per tutti e ha steso un documento di raccomandazioni.

Questo documento è stato condiviso e sperimentato in situazioni reali di fine vita, sono state raccolte critiche e consigli da parte di tutto il personale.

Al termine di questo percorso c'è stata la stesura definitiva del documento e l'approvazione da parte del Comitato di Bioetica e Direzione Sanitaria.

Il documento si articola in quattro punti:

- 1) il processo decisionale;
- 2) la comunicazione ai genitori;
- 3) l'accompagnamento nel momento terminale;
- 4) il colloquio di follow up;

5) letteratura bioetica di riferimento e documenti elaborati dalle società scientifiche.

1) Il processo decisionale

La decisione di interrompere le cure intensive ritenute inappropriate e futili richiede una particolare considerazione che può nascere all'interno di una condivisione tra tutto il personale coinvolto e con l'eventuale ricorso ad una consulenza di carattere bioetico.

I lodevoli successi della neonatologia non devono degenerare in accanimento neonatologico. Lasciar morire interrompendo una terapia che si è rivelata sproporzionata o evitando di applicarla, è un atto moralmente lecito. Il prolungamento della vita non è l'unico fattore di giudizio di proporzionalità.

Mancando una dichiarazione anticipata del malato, gioca un ruolo importante l'interpretazione (inevitabilmente soggettiva) da parte della famiglia e dello staff, di quale sia la cura proporzionata. Tale interpretazione va preparata attraverso una metodologia decisionale prudente.

1.2 *Il nostro percorso decisionale*

1. prendere atto delle condizioni cliniche del bambino, dell'inefficacia di qualsiasi terapia in ordine al proseguimento della vita e/o qualità di vita;
2. identificare il fondamento etico e giuridico che sostiene la decisione;
3. coinvolgere nel processo decisionale il responsabile del reparto o il medico reperibile;
4. condividere con tutto il personale infermieristico la situazione clinica e la decisione di interrompere il proseguimento delle cure intensive.

2) **La comunicazione ai genitori**

1.1 *Cosa:*

- lo stato clinico del bambino in modo preciso e chiaro, evitando di utilizzare termini tecnici avendo cura di verificare la comprensione delle informazioni fornite, offrendo la disponibilità per ulteriori interrogativi e approfondimenti;
- rendere noto che i presidi terapeutici non hanno dimostrato la loro efficacia per la gravità della situazione;
- aiutare i genitori a comprendere che si è giunti «al punto di non ritorno»;
- chiedere se vi è il desiderio di esprimere segni religiosi.

2.2 *Quando:*

- nel bambino acuto con lungo decorso: quando si è preso atto della situazione e si è giunti a una decisione condivisa, convocando i genitori al momento più opportuno per garantire la loro presenza;
- nel bambino acuto di poche ore: nel momento in cui le condizioni stanno precipitando con tempestiva comunicazione telefonica qualora i genitori non siano presenti in reparto.

2.3 *Chi:*

- il medico che ha condiviso maggiormente con i genitori la situazione o il medico responsabile presente in reparto.

4.4 *Come:*

- essere vicini allo stato d'animo (di dolore) dei genitori, condividendo la loro sofferenza;
- creare un contesto comunicativo e non solo informativo;
- evitare qualunque atteggiamento di «incoraggiamento» e di frettezza;
- importante chiamare il bambino per nome;
- evitare l'uso di termini tecnici e astratti;
- evitare di lasciare soli bambino e genitori;
- utilizzare il supporto di mediazione linguistica;
- preferire il silenzio, l'ascolto e la presenza, alle parole che potrebbero risultare banali e fuori luogo.

2.5 Dove:

- in un luogo attiguo e adeguato alla terapia intensiva
- solo in un secondo momento alla culla del bambino
- quando è possibile evitare la comunicazione telefonica.

3) L'accompagnamento nel momento terminale

- dare il tempo necessario ai genitori di comprendere cosa sta accadendo;
- metterci a disposizione;
- favorire il contatto fisico e dove possibile dare il bambino in braccio;
- procedere alla graduale sospensione dei supporti terapeutici (ventilazione, infusione di farmaci salvavita);
- provvedere ad un'adeguata terapia del dolore;
- mantenere l'assistenza attiva (sistamarlo, pulirlo, asciugarlo);
- se non sono presenti i genitori al momento del decesso, aspettare il loro arrivo prima di spostare il bambino e procedere successivamente al trasferimento;
- dare la possibilità ai familiari di rimanere con il bambino, prima del saluto finale;
- garantire il più possibile la «privacy».

4) Il colloquio di follow up.

- Incontro con i genitori, neonatologo e neuropsichiatria infantile:
- per la consegna della relazione clinica e dell'eventuale esito autoptico entro i due mesi dall'evento;
 - per aiutare la coppia nell'elaborazione del lutto al fine di salvaguardare la loro capacità genitoriale.

Bibliografia di riferimento

- 1) Presidenza del Consiglio dei Ministri. Comitato Nazionale per la Bioetica. 28 gennaio 2005) *Mozione sull'assistenza a neonati e a bambini afflitti da patologie o da handicap ad altissima gravità e sull'eutanasia.*
- 2) Clinica di medicina Neonatale e Pediatria preventiva degli Studi di Firenze. Direttore Prof. Gianpaolo Donzelli (3 aprile 2006) *Raccomandazioni per le cure perinatali nelle età gestazionali estremamente basse.*
- 3) GIOVANNA VERLATO, MD*; DANIELA GOBBER, MD*; DONATELLA DRAGO, MD*; LINO CHIANDETTI, MD; PAOLA DRIGO, MD; *Working Group of Intensive Care in the Delivery Room of Extremely Premature Newbornst (J Child Neurol2004;19:31-34).*
Guidelines for Resuscitation in the Delivery Room of Extremely Preterm Infants
Le cure palliative nel neonato terminale
- 4) Percorso Diagnostico Terapeutico Dipartimento di Pediatria di Padova *Terapia intensiva e Patologia Neonatale. Cure palliative nel neonato.*
- 5) Procedura medica Dipartimento di Pediatria di Padova *Terapia intensiva e Patologia Neonatale. Rianimazione primaria nel neonato.*

IL LIMITE TERAPEUTICO E IL PROCESSO DECISIONALE DI FINE VITA IN RIANIMAZIONE PEDIATRICA

A. GIANNINI

Terapia Intensiva Pediatrica Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena

Abstract

a.giannini@policlinico.mi.it

La natura stessa della medicina intensiva fa sì che medici e infermieri debbano affrontare decisioni cruciali circa la vita e la morte dei loro pazienti. Ancora più di altre discipline mediche, infatti, la rianimazione si confronta con il limite terapeutico: la nostra medicina contemporanea, per quanto sofisticata e «aggressiva», spesso non è in grado di guarire i pazienti, di salvare loro la vita o anche solo di incidere in modo significativo sull'evoluzione della loro malattia.

Le scelte di fine vita rappresentano uno degli aspetti più complessi e impegnativi nell'ambito della rianimazione pediatrica. Il Gruppo di Studio per la Bioetica della Società Italiana di Anestesia e Rianimazione Pediatrica e Neonatale (SARNePI) ha recentemente pubblicato delle raccomandazioni che intendono offrire alle équipe delle rianimazioni pediatriche italiane uno schema di base per il processo decisionale di fine vita.

Il testo propone un processo decisionale basato sul principio che l'utilizzo di uno strumento diagnostico o terapeutico deve rispondere a un «criterio di proporzionalità». Genitori adeguatamente informati, quali naturali interpreti e rappresentanti del miglior interesse del loro bambino, possono contribuire a valutare la gravosità del trattamento e la sua proporzionalità.

La decisione di limitare, sospendere o non iniziare trattamenti di supporto vitale giudicati sproporzionati rappresenta una scelta clinicamente ed eticamente corretta. La decisione dovrebbe essere presa (a) in modo collegiale dall'équipe della rianimazione e dagli altri curanti, (b) con l'esplicito coinvolgimento dei genitori e (c) riportando nella cartella clinica del paziente le decisioni prese e le loro motivazioni. La decisione di sospendere o non iniziare trattamenti di supporto vitale non deve comportare mai né l'abbandono del paziente né l'interruzione di tutte le terapie atte a trattare ogni forma di sofferenza. Non è mai accettabile qualunque azione volta ad accelerare deliberatamente la morte del paziente.

Queste raccomandazioni auspicano una decisione il più possibile condivisa tra paziente (quando possibile), genitori ed équipe medico-infermieristica. Assicurare una piena informazione di tutti i soggetti coinvolti e che avvenga una piena e tempestiva comunicazione tra essi rappresenta la chiave per raggiungere questo obiettivo.

Per approfondire l'argomento invitiamo a leggere l'articolo pubblicato su:
La Rivista Italiana Di Cure Palliative - Organo Ufficiale della Società Italiana di
Cure Palliative, numero I Primavera 2009 www.sicp.it pag. 23-29.
http://www.sicp.it/rivista_pdf/01_2009_primavera/23.pdf

Scelte di fine vita in rianimazione pediatrica.

Raccomandazioni del Gruppo di Studio SARNePI per la Bioetica¹

Alberto Giannini¹, Andrea Messeri², Anna Aprile³, p. Carlo Casalone SI⁴, Momcilo Jankovic⁵, Roberto Scarani¹, C. Viafora⁶

¹ Terapia Intensiva Pediatrica, Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena - Milano

² Servizio di Terapia del Dolore e Cure Palliative, Ospedale Pediatrico Meyer - Firenze

³ Dipartimento di Medicina ambientale e Sanità pubblica, Università di Padova

⁴ Aggiornamenti Sociali

⁵ Clinica Pediatrica, Ospedale San Gerardo - Monza (MI), Università di Milano-Bicocca

⁶ Dipartimento di Filosofia, Università di Padova

Gli Autori dichiarano la non sussistenza di eventuali conflitti di interesse

Corrispondenza a:

Alberto Giannini Terapia Intensiva Pediatrica Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena - Via della Commenda, 9 - 20122 Milano Tel. 02.55032242 - Fax 02.55032242 e-mail: a.giannini@policlinico.mi.it

Riassunto

Le scelte di fine vita rappresentano uno degli aspetti più complessi e impegnativi nell'ambito della rianimazione pediatrica. Queste raccomandazioni intendono offrire alle équipes delle rianimazioni pediatriche italiane uno schema di base per il processo decisionale di fine vita.

Il testo propone un processo decisionale basato sul principio che l'utilizzo di uno strumento diagnostico o terapeutico deve rispondere a un "criterio di proporzionalità". Genitori adeguatamente informati, quali naturali interpreti e rappresentanti del miglior interesse del loro bambino, possono contribuire a valutare la gravosità del trattamento e la sua proporzionalità.

La decisione di limitare, sospendere o non iniziare trattamenti di supporto vitale giudicati sproporzionati rappresenta una scelta clinicamente ed etica-

¹ Il presente testo è la traduzione italiana dell'originale pubblicato sul numero di Novembre 2008 di *Pediatric Anesthesia* [GIANNINI A, et al. *End-of-life decisions in pediatric intensive care. Recommendations of the Italian Society of Neonatal and Pediatric Anesthesia and Intensive Care (SARNePI)*. *Pediatric Anesthesia* 2008; 18: 1089-95]. Riprodotto con l'autorizzazione dell'editore, Blackwell Publishing Ltd.

mente corretta. La decisione dovrebbe essere presa (a) in modo collegiale dall'équipe della rianimazione e dagli altri curanti, (b) con l'esplicito coinvolgimento dei genitori e (c) riportando nella cartella clinica del paziente le decisioni prese e le loro motivazioni. La decisione di sospendere o non iniziare trattamenti di supporto vitale non deve comportare mai né l'abbandono del paziente né l'interruzione di tutte le terapie atte a trattare ogni forma di sofferenza. Non è mai accettabile qualunque azione volta ad accelerare deliberatamente la morte del paziente.

Queste raccomandazioni auspicano una decisione il più possibile condivisa tra paziente (quando possibile), genitori e curanti. Assicurare una piena informazione di tutti i soggetti coinvolti e che avvenga una piena e tempestiva comunicazione tra essi rappresenta la chiave per raggiungere questo obiettivo. Il medico alle cui cure è affidato il paziente e il primario della Rianimazione hanno la responsabilità maggiore per la decisione finale.

Parole chiave: processo decisionale di fine vita, rianimazione pediatrica, proporzionalità delle cure.

Summary

End-of-life decisions represent one of the most complex and challenging issues in pediatric intensive care. These recommendations aim to offer Italian pediatric intensive care unit (PICU) teams a framework for the end-of-life decision-making process. The paper proposes a process based on the principle that the use of a diagnostic or therapeutic tool must comply with a 'criterion of proportionality'.

Appropriately informed parents, as natural interpreters and advocates of the best interests of their child, can contribute in assessing the burdensomeness of the treatment and determining its proportionality. The decision to limit, withdraw or withhold lifesustaining treatments considered disproportionate represents a clinically and ethically correct choice. This decision should be made (a) collectively by PICU team and the other caregivers, (b) with the explicit involvement of parents, and (c) noting in the patient's clinical record the decisions taken and the reasons behind them. The withdrawing or withholding of life support can never entail the abandonment of the patient nor the withdrawal of any therapy aimed at treating any form of suffering. No action aimed at deliberately hastening the death of the patient is ever acceptable. These recommendations advocate a decision as far as possible shared by patient (whenever feasible), parents and caregivers. Ensuring that all involved are kept fully informed and that there is open and timely communication between them is the key to achieving this. It is the physician in charge of the patient's care and the head of the unit who bear the main responsibility for the final decision.

Key words: *end-of-life decision-making process, pediatric intensive care, proportionality of treatment.*

Bibliografia

1. HIGGINSON IJ, SEN-GUPTA GJA; *Place of care in advanced cancer: a 1. Guidelines for intensive care unit admission, discharge, and triage. Task Force of the American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine. Crit Care Med 1999; 27: 633-638.*
2. *Guidelines for developing admission and discharge policies for the pediatric intensive care unit. Pediatric Section Task Force on Admission and Discharge Criteria, Society of Critical Care Medicine in conjunction with the American College of Critical Care Medicine and the Committee on Hospital Care of the American Academy of Pediatrics. Crit Care Med 1999; 27: 843-845.*
3. CARLET J, THIJS LG, ANTONELLI M et al. *Challenges in end-of-life care in the ICU. Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003. Intensive Care Med 2004; 30: 770-784.*
4. NELSON JE, ANGUS DC, WEISSFELD LA et al. *End-of-life care for the critically ill: a national intensive care unit survey. Crit Care Med 2006; 34: 2547-2553.*
5. American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics: *Guidelines on foregoing life-sustaining medical treatment. Pediatrics 1994; 93: 532-536.*
6. KURZ R and the members of the Ethics working group of Confederation of the European Specialists of Paediatrics. *Decision making in extreme situations involving children: withholding or withdrawal of life supporting treatment in paediatric care. Statement of the ethics working group of the Confederation of the European Specialists of Paediatrics (CESP). Eur J Pediatr 2001; 160: 214-216.*
7. TRUOG RD, CIST AF, BRACKETT SE et al. *Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. Crit Care Med 2001; 29: 2332-2348.*
8. Gruppo di studio ad hoc della Commissione di Bioetica della SIAARTI. *SIAARTI guidelines for admission to and discharge from Intensive Care Units and for limitation of treatment in intensive care. Minerva Anestesiol 2003; 69: 101-118.*
9. Italian Society of Anaesthesia, Analgesia, Resuscitation and Intensive Care, and Intensive Care Bioethical Board. *End-of-life care and the intensivist: SIAARTI recommendations on the management of the dying patient. Minerva Anestesiol 2006; 72: 927-963.*
10. Royal College of Paediatrics and Child Health. *Withholding or withdrawing life sustaining treatment in children. A framework for practice. 2nd Edition, May 2004.*
11. FEUDTNER C, SILVEIRA MJ, CHRISTAKIS DA. *Where do children with complex chronic conditions die? Patterns in Washington State, 1980-1998. Pediatrics 2002; 109: 656-660.*
12. VAN DER WAL ME, RENFURM LN, VAN VUGHT AJ et al. *Circumstances of dying in hospitalized children. Eur J Pediatr 1999; 158: 560-565.*
13. MCCALLUM DE, BYRNE P, BRUERA E. *How children die in hospital. J Pain Symptom Manage 2000; 20: 417-423.*
14. RAMNARAYAN P, CRAIG F, PETROS A et al. *Characteristics of deaths occurring in hospitalized children: changing trends. J Med Ethics 2007; 33: 255-260.*
15. PELLEGRINO ED. *Decisions to withdraw life-sustaining treatment: a moral algorithm. JAMA 2000; 283: 1065-1067.*
16. Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. *Codice di Deontologia Medica (2006): articolo 16 (Accanimento diagnostico-terapeutico) e articolo 39 (Assistenza al malato con prognosi infausta).*
17. CARNEVALE FA, CANOUI P, HUBERT P et al., *The moral experience of parents regarding life-support decisions for their critically-ill children: a preliminary study in France. J Child Health Care 2006; 10: 69-82.*
18. HUBERT P, CANOUI P, CREMER R et al. *Limitations et arrêts de traitements actifs en réa-*

- nimation pédiatrique: recommandations du GFRUP. Arch Pediatr* 2005; 12: 1501-1508.
19. ROCKER G, DUNBAR S. *Withholding or withdrawal of life support: the Canadian Critical Care Society position paper. J Palliat Care* 2000; 16 Suppl/Oct: S53-S62.
 20. Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Codice di Deontologia Medica (2006): articolo 17 (Eutanasia).
 21. CURTIS JR. *Interventions to improve care during withdrawal of lifesustaining treatments. J Palliat Med* 2005; 8 (Suppl 1): S116-131.
 22. European Society of Intensive Care Medicine. *Guidelines for training in intensive care medicine. Intensive Care Med* 1994; 20: 80-81.
 23. European Society of Intensive Care Medicine, European Society of Pediatric Intensive Care. *Guidelines for a training programme in intensive care medicine. Intensive Care Med* 1996; 22: 166-172.
 24. GIANNINI A. *Ethics and end-of-life care in the new training curriculum for ICU physicians in Italy. Intensive Care Med* 2007; 33: 1043-1045.
 25. GIANNINI A, MICCINESI G, LEONCINO S. *Visiting policies in Italian intensive care units: a nationwide survey. Intensive Care Med* 2008; 34:1256-1262.
 26. BURCHARDI H. *Let's open the door! Intensive Care Med* 2002; 8: 1371-1372.
 27. BERWICK DM, KOTAGAL M. *Restricted visiting hours in ICUs: time to change. JAMA* 2004; 292: 736-737.
 28. GIANNINI A. *Open intensive care units: the case in favour. Minerva Anestesiol* 2007; 73: 299-305.

SESSIONE EMERGENZA

Moderatore: SILVIA SCELSI

SEE AND TREAT INFERMIERISTICO IN DEA: ANALISI PROATTIVA DELL'ERRORE UMANO E DELLE VULNERABILITÀ DI SISTEMA

M. GIUSTI ⁽¹⁾, S. BAMBI ⁽¹⁾, G. BECATTINI ⁽²⁾

⁽¹⁾ Ospedale Santa Maria Annunziata, Azienda Sanitaria di Firenze

⁽²⁾ Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze

Abstract

stebam@libero.it

Premessa: Il See and Treat, assieme al Fast Track, rappresentano delle modalità di risposta dei dipartimenti di emergenza internazionali al sovrappollamento e all'incremento dei tempi di attesa della visita, con conseguenti riduzione della qualità percepita degli utenti, e notevole numero di casi di allontanamento prima della visita medica dall'area di triage. La regione Toscana ha recentemente deliberato un progetto di sperimentazione pilota del See and Treat infermieristico in pronto soccorso, mediante implementazione di formazione specializzante ad hoc.

Scopi, materiali e metodi: Realizzare un'analisi proattiva del rischio clinico rivolta ai principali processi di lavoro generali del See and Treat infermieristico, attraverso l'utilizzo di Failure Mode and Effect Analysis (FMEA/FMECA):

1. Reclutamento clienti per See and Treat infermieristico,
2. Processo diagnostico,
3. Richieste indagini radiografiche,
4. Sutura delle ferite lineari,
5. Prescrizione bendaggi e stecche di posizionamento/protezione,
6. Prescrizione profilassi antitetanica,
7. Dimissione/Follow up.

La matrice di rischio variava da 1 a 1000.

Risultati e conclusioni: Sono state individuate ben 63 modalità di errore con range di punteggio da 40 a 432. Le 5 modalità di errore più importanti in ordine di priorità sono state:

1. errore nell'individuazione del livello di rischio di tetano della ferita/abrasione,
2. inadeguata rilevazione dello stato vaccinale attuale,
3. possibile errore nella valutazione della zona interessata dall'esame obiettivo
4. possibile errore nel posizionamento di punti di sutura,

5. mancato rilievo di possibili allergie o altre controindicazioni alla somministrazione della profilassi antitetanica.

Buona parte delle modalità di errore più rilevanti individuate, sono in linea con quelle riportate in letteratura.^{1,2} Per ogni failure mode sono stati progettati adeguati interventi barriera. Si suggerisce accanto agli interventi preventivi, la precoce istituzione già dalla fase sperimentale, di sistema di Incident Reporting e Mortality and Morbidity Review.

SAKR M, et al. *Emergency nurse practitioners: a three part study in clinical and cost effectiveness*. *Emerg Med J* 2003;20:158-163.

BACHE J. *Establishing an emergency nurse practitioner service*. *Emerg Med J* 2001;18:186-189.

LA COMPETENZA DELL'INFERMIERE NELL'EMERGENZA SANITARIA EXTRAOSPEDALIERA: UNA FOTOGRAFIA DELLA SITUAZIONE IN ITALIA

G. IMBRIACO⁽¹⁾, M. MOSTARDINI⁽²⁾, M. ERBACCI⁽³⁾, G. GAMBERINI⁽⁴⁾,
M. LA NOTTE⁽⁵⁾, L. DAL BOSCO⁽⁶⁾, R. LOPEZ⁽⁷⁾, A. FAZI⁽⁸⁾

⁽¹⁾ Rianimazione 118, ospedale Maggiore, Bologna, ⁽²⁾ Terapia Int. di emergenza AOU Careggi, Firenze,

⁽³⁾ 118 Modena Soccorso, AUSL Modena, ⁽⁴⁾ Croce Rossa Italiana, Bologna

⁽⁵⁾ Centrale Provinciale Emergenze, Bolzano, ⁽⁶⁾ Croce Verde, Verona

⁽⁷⁾ Terapia Intensiva Neurochirurgica, Siena, ⁽⁸⁾ 118 Ancona Soccorso, POTES Senigallia

Abstract

gu.imbriaco@rossoemergenza.it

Premesse: Dall'inizio degli anni '90 gli infermieri hanno conquistato sempre maggiore autonomia nel trattamento delle emergenze sanitarie sul territorio, grazie al DPR del 27 marzo 1992 istitutivo dei servizi 118 che consentiva di superare i limiti del mansionario allora in vigore attraverso la creazione di protocolli specifici. A distanza di quasi venti anni le competenze dell'infermiere sono tali da consentire la gestione autonoma della maggior parte delle situazioni di emergenza e urgenza.

Scopi: l'obiettivo di questo studio è analizzare quali siano le principali competenze avanzate degli infermieri che operano sui mezzi di soccorso e quali le principali differenze tra le diverse realtà del nostro Paese.

Materiali e Metodi: è stata elaborata una scheda di raccolta dati per analizzare le principali competenze avanzate dell'infermiere: gestione delle vie aeree nell'arresto cardiocircolatorio, trattamento dell'insufficienza respiratoria acuta, gestione del dolore nel paziente traumatizzato e somministrazione di farmaci in caso di patologie specifiche. La raccolta dati è stata effettuata telefonicamente, contattando le centrali operative italiane e intervistando un infermiere, nel periodo compreso tra maggio e giugno 2009¹. I dati sono stati inseriti in un database e analizzati.

Risultati: Un importante aspetto emerso è l'enorme diversità nell'organizzazione del servizio sul territorio nazionale e nell'utilizzo di strumenti e protocolli: il 47% delle centrali contattate² non prevede mezzi di soccorso a gestione infermieristica o nel 23%² delle centrali che li prevede questi hanno solamente competenze di base.

Conclusioni: i dati raccolti mostrano una fotografia piuttosto definita delle competenze avanzate che gli infermieri dei servizi 118 attuano in autonomia e di come, in alcune realtà del nostro paese, questa figura sia utilizzata in maniera decisamente limitata rispetto alle sue potenzialità. I dati raccolti lasciano ampio spazio a riflessioni sull'ambito di competenza e autonomia dell'infermiere nei servizi di emergenza sanitaria.

Dall'inizio degli anni '90 gli infermieri hanno acquisiti sempre maggiori competenze e conseguentemente maggiore autonomia nel trattamento delle emergenze sanitarie sul territorio; la normativa istitutiva dei servizi 118, DPR del 27 marzo 1992, consentiva di superare i limiti del Mansionario allora in vigore attraverso la creazione di protocolli specifici (DPR 27/3/1992, Art. 10: Prestazioni dal personale infermieristico: *il personale infermieristico professionale, nello svolgimento del servizio di emergenza, può essere autorizzato a praticare iniezioni per via endovenosa e fleboclisi, nonché a svolgere le altre attività e manovre atte a salvaguardare le funzioni vitali, previste dai protocolli decisi dal medico responsabile del servizio*).

A distanza di quasi venti anni, in seguito all'abrogazione del Mansionario e all'istituzione di percorsi formativi strutturati e specifici per l'area critica o per l'emergenza sanitaria in particolare, le competenze dell'infermiere sono tali da consentire la gestione autonoma della maggior parte delle situazioni di emergenza e urgenza.

Il nostro lavoro si prefigge l'obiettivo di analizzare le competenze avanzate del personale infermieristico dei servizi 118 italiani attraverso una raccolta dati effettuata mediante un breve questionario.

Nel periodo compreso tra marzo e ottobre 2009 abbiamo contattato telefonicamente o via email le 102 centrali provinciali di emergenza sanitaria 118 presenti sul territorio nazionale: abbiamo ricevuto risposta da 83 centrali su 102 (81,2%) con una distribuzione pressoché omogenea dalle province delle aree geografiche Nord (84%) e Sud (83,3%) e lievemente inferiore dal Centro (75%).

I dati mancanti sono legati a: mancata risposta (questionario non restituito, promessa di un successivo contatto non mantenuta, irreperibilità di infermieri coordinatori, rifiuto di fornire dati), problemi connessi alle linee telefoniche (segreterie telefoniche, numeri telefonici non contattabili).

Il 39% delle centrali operative 118 intervistate (n=32) non dispone di mezzi di soccorso infermieristici; nel 49% (n=41) sono presenti mezzi di soccorso infermieristici con almeno una competenza avanzata tra quelle obiettivo del questionario e nel 12% (n=10) il personale infermieristico ha competenze di base.

Nelle 41 province in cui il personale infermieristico ha competenze avanzate riportiamo:

- Gestione delle vie aeree nell'arresto cardiaco: nessuna nel 47% delle province (n=24), intubazione orotracheale 8% (n=4), tubo laringeo 10% (n=5), maschera laringea 11% (n=6), tubo laringeo + maschera laringea 12% (n=6), intubazione oro tracheale + presidio sovraglottico 12% (n=6), altro in sola una provincia (2%).

- Trattamento dell'insufficienza respiratoria acuta: nulla nel 53% delle province (n=27), CPAP (continuous positive air way pressure) nel 31% (n=16), CPAP e altro (aerosol) nel 14% (n=7) e altro in una sola provincia (2%).

- Gestione del dolore nel paziente traumatizzato: nulla in 30 delle 51 province con infermiere sui mezzi di soccorso (62%); fentanyl in 2 province (4%),

morfina 4% (n=2), FANS 18% (n=9), FANS + fentanyl o morfina 4% (n=2), FANS + fentanyl + morfina 10% (n=5).

- Somministrazione di farmaci per patologie specifiche: ipoglicemia 33 province, intossicazione da oppiacei 30, convulsioni nel bambino 23, convulsioni nell'adulto 21, intossicazione da benzodiazepine 20, sindrome coronarica o STEMI 20, altro (crisi ipertensive, reazioni allergiche) 15, nulla 14.

Dai dati raccolti emerge una condizione molto disomogenea per quanto riguarda le competenze infermieristiche nei servizi 118 italiani, con circa metà delle province in cui l'infermiere gestisce autonomamente la maggior parte delle situazioni di criticità vitale, altre province in cui l'infermiere ha competenze di base, sovrapponibili a quelle di un soccorritore non sanitario, e altre ancora in cui non è prevista la presenza infermieristica sui mezzi di soccorso.

Solamente in 11 province su 83 (13%) l'infermiere è autonomo nella gestione di tutte le competenze avanzate indagate attraverso il questionario.

Riteniamo che i risultati di questo studio debbano essere uno stimolo all'evoluzione dei servizi di emergenza sanitaria preospedaliera che, grazie a infermieri formati e motivati, possano garantire nei confronti dei cittadini assistiti un livello assistenziale elevato, capillare e soprattutto omogeneo sul territorio nazionale.

LA RILEVAZIONE DEI PARAMETRI VITALI INFLUENZA L'ASSEGNAZIONE DEL CODICE COLORE DI TRIAGE?

S. BAMBI, A. FRASI, M. RUGGERI, E. LUMINI, G. BECATTINI

Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi - Firenze

Abstract

stebam@libero.it

Scopo: verificare se la misurazione sistematica del set completo di parametri vitali (AVPU, FC, FR, PA, TC, SpO₂) sui pazienti al triage del dipartimento di emergenza influenza l'assegnazione del codice colore giallo; valutare quanto la misurazione del dolore con VAS (0-10) incida sulla codifica rispetto all'uso di scala di aggettivi verbali (assente, lieve, moderato, intenso).

Metodi: studio osservazionale prospettico su campione di convenienza di 1166 pazienti nel ED dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi dal 28 luglio 2007 al 13 settembre 2007. Ogni paziente veniva valutato dall'infermiere di triage, che assegnava il codice di priorità sulla base del processo decisionale e dei parametri vitali da lui decisi. Subito dopo, un secondo infermiere rivalutava il paziente mediante misurazione del set completo dei PV. Se vi erano valori fuori range normale il paziente era automaticamente codificato giallo. L'analisi sulla valutazione del dolore è stata condotta separatamente.

Risultati: Alla 1° valutazione, tutti i pazienti erano di misurazione del set completo dei PV, perché la FR non è mai stata rilevata, e sono stati suddivisi in: Rossi 14, Gialli 331, and Bianchi + Azzurri + Verdi 821. La 2° valutazione, (set completo di PV), su 1152 pazienti (escludendo i rossi dall'analisi) vede aumentare i gialli dal 28.7% al 40.8% (McNemar test, differenza 0.1216, $p < 0.000001$). La misurazione del set completo dei PV incide sulla rilevazione di codici gialli sia nel sottogruppo con set minimo di PV (AVPU, FC) alla prima valutazione (RR 1.362; 95%IC 1.121, 1.655; McNemar Test differenza 0.0872, $p < 0.000001$), che nel sottogruppo con aggiunta di almeno un altro segno vitale oltre al set minimo alla prima valutazione (RR 1.461; 95%CI 1.271, 1.679; McNemar Test differenza 0.1507, $p < 0.000001$).

Conclusioni: I parametri vitali se misurati nei codici bianchi, azzurri e verdi possono, rilevare codici gialli misconosciuti alla valutazione di triage. La VAS dovrebbe essere implementata nella valutazione del dolore.

COOPER RJ et al., *Effect of vital signs on triage decisions*. Ann Emerg Med. 2002;39:223-232.

NAKAGAWA J et al. *Interobserver agreement in emergency department triage*. Ann Emerg Med. 2003;41:191-195.

SALK ED et al, *Effect of visual cues, vital signs, and protocols on triage: A prospective randomized crossover trial*. Ann Emerg Med 1998;32:655-664

QUALE LIMITE DELLE CURE NELLA RCP PRATICATA IN AMBIENTE EXTRA OSPEDALIERO?

M. BARTOLOMEI⁽¹⁾, I. SANDRETTI⁽¹⁾, S. MUSOLESI⁽¹⁾, R. IACENDA⁽¹⁾,
F. LANDUZZI⁽²⁾, S. PAPPAGALLO⁽³⁾

⁽¹⁾ Servizio Emergenza Territoriale, Az. di Bologna

⁽²⁾ Dip. Med. San. Pubblica, Med. Legale, Università di Bologna

⁽³⁾ Servizio Emergenza Territoriale e Pronto Soccorso, Azienda di Bologna

Abstract

m.bartolomei@118er.it

Scopo: Lo studio proposto si pone l'obiettivo di verificare se le attuali indicazioni ad effettuare una RCP in ambiente extraospedaliero siano corrette; il nostro scopo è di ricercare degli indicatori che siano d'aiuto per i professionisti nel delimitare il limite delle cure.

Materiali e metodi: Sono stati analizzati 1000 casi di ACR verificatisi nel nostro territorio. E' stata ricercata una possibile correlazione tra ROSC e una serie di variabili, al fine di ottenere degli indicatori che ci siano d'aiuto nella nostra realtà lavorativa.

Risultati e conclusioni: Riflessioni dal punto di vista etico e medico legale in merito ad utilizzare degli skills prima d'iniziare una RCP.

LA FORMAZIONE IN EMERGENZA: INDAGINE QUALITATIVA SULL'USO DELLA MORFINA DA PARTE DELL'INFERMIERE DELL'EMERGENZA TERRITORIALE FIORENTINA DOPO EVENTO FORMATIVO SPECIFICO

C. RINNONE

ASL 10 Firenze

c_rinnone@hotmail.com

Premesse: Il dolore è un fenomeno comune e molto complesso ed è una realtà a cui nessuno è totalmente estraneo. L'uomo è da sempre impegnato a cercare di eliminarlo, ma nonostante gli enormi progressi scientifici, il dolore non è adeguatamente conosciuto, valutato e trattato.

Ancora oggi l'Italia è il Paese con il più basso consumo di analgesici oppiacei. In una società moderna, come la nostra, è inaccettabile che la terapia antalgica non venga utilizzata in modo adeguato, sottoponendo le persone, oltre all'evento stressante della malattia o dell'evento traumatico, all'intenso stress di un dolore acuto.

L'infermiere ha un ruolo importante nell'aiutare la persona, innanzitutto superando alcuni pregiudizi, come l'idea che il malato tenda spesso a esagerare il dolore. Tutto ciò, come si evince dalla letteratura, può essere fatta grazie ad un'adeguata campagna di formazione del personale.

Scopi: Questo studio ha come obiettivo:

1. indagare sull'uso della morfina sulle UMS-I del 118 Firenze a seguito di interventi traumatici e non traumatici,
2. ricerca di variazioni significative dei dati a seguito del corso di formazione sul dolore

Materiali e metodi: Sono state analizzate le schede di intervento delle UMS-I del 118 Firenze dal Gennaio 2005 al Giugno 2008, ricercando l'eventuale somministrazione della morfina. Infine, è stato analizzato il corso di formazione per evidenziare i punti di forza dell'evento formativo.

Risultati e conclusioni: Dall'analisi retrospettiva si evidenzia un netto miglioramento nel trattamento antalgico con morfina a seguito dell'evento formativo sul dolore e la relativa terapia. Ulteriori miglioramenti saranno possibili grazie a una formazione continua sul dolore, all'ampliamento della dotazione farmacologia in uso sulle UMS-I e grazie a progetti come il «cardiotelefono» che renderà migliore l'uso dell'oppioidi anche in patologie di tipo medico.

MINUZZO S. (2004), *Nursing del dolore*, Carocci Faber, Roma

DELLA CORTE, OLIVIERI, ENRICHENS (2002), *Manuale di medicina d'emergenza*, McGraw Hill, Milano

Lo studio che ho svolto, si basa sull'analisi di tutte le schede dei servizi effettuati dai professionisti delle UMS-I del 118 di Firenze dal 2005 ai primi sei mesi del 2008 (Gennaio- Giugno).

Dopo l'analisi delle schede di servizio, del periodo che mi interessava, ho iniziato a confrontare i risultati e a evidenziare le percentuali dei casi in cui è stata somministrata morfina.

Nella scheda del servizio di soccorso ho ricercato il motivo della chiamata (a prescindere dal fatto che sia stata o no somministrata morfina), decodificando il codice riportato nell'apposito spazio. Dopodiché, ho segnato i P.V. e i valori della GCS e della RTS della persona soccorsa a cui è stata somministrata morfina.

Ho analizzato sia le schede degli interventi di patologie traumatiche che di quelli su patologie di tipo non traumatico.

Successivamente, ho analizzato l'evento formativo sul dolore creato per i professionisti sanitari dell'azienda sanitaria di Firenze nell'ambito del progetto «Ospedale senza dolore».

Il corso si è svolto nel periodo Gennaio/Maggio 2006 prevedendo un totale di otto edizioni, di due giorni ciascuno. Il totale dei partecipanti è stato di 90 operatori, per un totale di 53% del personale medico e infermieristico in servizio al 118.

Ha partecipato al corso il 59% del personale infermieristico, e il 50% di quello medico.

Le aspettative dei partecipanti sono state messe in evidenza ad inizio corso grazie al circle time e sono riassunte nei seguenti punti:

...

Le edizioni del corso sono state articolate in 13 ore globali ad edizione.

I risultati educativi del corso sono stati molto positivi, infatti, tra pre - test e post - test (il test prevedeva le medesime domande) il miglioramento culturale teorico rilevato è stato, in media, del 30,6%.

I temi trattati nel corso sono:

- Cenni sul progetto «Ospedale senza dolore»
- Definizione di dolore, sofferenza, salute
- Fisiopatologia del dolore
- Dolore e stress
- Aspetti psicologici del dolore
- Trattamento del dolore acuto
- L'analgesia: obiettivi e considerazione
- Farmacologia dei principali farmaci con possibilità d'impiego
- Cambiamenti nel proprio ambito lavorativo
- Tecniche di somministrazione
- Approccio non farmacologico al dolore
- La comunicazione: importanza terapeutica
- Il monitoraggio: controllo degli effetti collaterali
- Considerazioni sul dolore

Le postazioni infermieristiche oggetto dello studio sono:

- INDIA 1: Misericordia di Ponte di Mezzo
- INDIA 2: Misericordia D'Oltrarno
- INDIA 3: Misericordia di Badia a Ripoli
- INDIA 4: Fratellanza Popolare di Peretola
- INDIA 5: Misericordia di Calenzano
- INDIA 6: Misericordia di San Pietro Martire (Paoli) e Fratellanza Militare San Salvi.

Analizzando i dati si denota come il corso rivolto agli operatori sanitari del 118 di Firenze abbia dato risultati soddisfacenti nella maggior parte delle realtà in cui è attiva l'UMS - I, raggiungendo nel 2008, a soli due anni dall'evento formativo in oggetto, una percentuale di somministrazione di morfina negli eventi traumatici pari al 9%.

È stato fatto molto, ma è anche vero che devono essere attuati ulteriori sforzi volti a migliorare il management della gestione del dolore. Infatti, in alcune postazioni dell'UMS - I, la somministrazione di morfina nei traumi è insufficiente alle reali esigenze del cittadino. Fratture esposte, ustioni, politraumi sono alcuni esempi in cui, talvolta, non vi è stata somministrazione di morfina. La valutazione del dolore non sempre viene eseguita o, quanto meno documentata, anche per la mancanza di una voce apposita nella scheda di intervento. Questo fatto rende più difficile anche il trattamento antalgico in un contesto ospedaliero.

Anche per quanto riguarda l'uso della morfina in patologie non traumatiche i dati sono positivi. Qui, nel 2008, l'uso della morfina è stato del 2%. Questo valore nasconde non solo le positive ricadute a livello organizzativo del corso di formazione ma, anche, le innovazioni organizzative istituite dalla mia azienda. Al 118 di Firenze, infatti, è in sperimentazione una nuova documentazione che richiede la valorizzazione del dolore tramite scala VNS o, ove richiesto dalla situazione, tramite altra scala valutativa del dolore. Da poco, inoltre, ha preso il via, dopo un periodo di sperimentazione, il progetto cardiotelefono, col quale l'infermiere, dopo aver effettuato un ECG lo invia in centrale per farlo refertare dal medico e, in base alla diagnosi medica di quest'ultimo, valuta se somministrare o meno i farmaci secondo il protocollo MANO (Morfina, Acido acetilsalicilico, Nitrati e Ossigeno).

Concludendo, si può certamente sperare in un uso della morfina definitivamente migliore grazie anche a corsi di aggiornamento periodici validi, come quello realizzato e in questo lavoro descritto ma, devono essere messi in atto interventi importanti volti a fornire una documentazione valida anche nella valutazione del dolore, considerando quest'ultimo come un P.V. a tutti gli effetti. Molto utile, a tal fine, è certamente il miglioramento delle procedure di approvvigionamento della morfina e l'aumento delle stesse. Infine, ma non meno importante, bisogna inserire nella dotazione farmacologica di ogni operatore del 118 di Firenze ulteriori farmaci per la terapia antalgica (es. paracetamolo, fentanile), come peraltro indicato nel percorso formativo svolto.

PROTOCOLLO PER IL TRATTAMENTO DEL DOLORE DURANTE IL SOCCORSO TERRITORIALE

R. RIDOLFI, D. PAGNUTTI, E. PERESSINI

ASS 4 «Medio Friuli», Dipartimento Emergenza, Ospedale di San Daniele del Friuli (UD)

Abstract

robertaridolfi83@libero.it

Il rationale del presente protocollo può essere così enunciato: «La gestione infermieristica del dolore acuto negli interventi di soccorso territoriale in assenza del medico».

Negli ultimi anni la professione infermieristica si è evoluta e l'abrogazione del mansionario ha introdotto nuove responsabilità e nuove prospettive nell'assistenza. L'analisi della letteratura italiana non registra lavori con casistiche numerose o lavori di grande impatto operativo sull'argomento «gestione del dolore in autonomia» da parte degli infermieri impiegati nelle attività di soccorso territoriale.

La nostra area di competenza per il soccorso territoriale 118, è molto vasta e comprende tre distretti sanitari del Medio Friuli: nell'anno 2008 sono stati effettuati un totale di 6330 interventi, con una durata media per servizio di 45 minuti, producendo quasi 50.000 ore di assistenza/anno a persone che hanno in prevalenza il dolore come sintomo.

Da qui la necessità per l'infermiere di considerare e rilevare il dolore.

Si utilizza la scala numerica verbale NRS (Numeric Rate Scale) per misurare il dolore percepito considerandolo uno dei parametri fondamentali da rilevare in occasione della valutazione iniziale del persona. Di conseguenza, il dolore diventa una priorità da trattare in autonomia, esattamente come gli altri interventi di stabilizzazione dei parametri vitali.

I farmaci che utilizziamo sono la morfina (NRS>6) e il paracetamolo (NRS<6), per le loro caratteristiche farmacocinetiche, farmacodinamiche e di sicurezza. Il protocollo elaborato è di facile comprensione, consultazione ed applicazione e si sostanzia in una flow chart per criteri di inclusione/esclusione e di azioni conseguenti.

Il risultato che ci attendiamo dalla applicazione di questo protocollo è un approccio alla persona con dolore che sia omogeneo, corretto e scientificamente approvato ed applicabile in tutte le situazioni comprese quelle «prima dell'ospedale».

Dal 1 maggio 2009 abbiamo iniziato ad applicare il protocollo sui nostri mezzi di soccorso; a novembre presenteremo i nostri primi risultati.

1. Buona sera a tutti, sono Roberta Ridolfi e lavoro presso il Dipartimento di Emergenza dell'Ospedale di San Daniele del Friuli in provincia di Udine.

In questi anni si parla molto di ospedale senza dolore. Questo obiettivo è più facilmente raggiungibile all'interno dell'ospedale in cui è sempre garantita la presenza del medico.

2. Durante il soccorso territoriale questo non è sempre possibile, in quanto la nostra area di competenza è molta vasta, la durata media per servizio è di 45 minuti e il supporto medico non è sempre garantito.

Per ridurre al minimo l'intervallo di tempo che trascorre dalla chiamata alla somministrazione delle prime cure, le nostre risorse sono distribuite sul territorio nelle seguenti sedi:

- Pronto Soccorso di San Daniele,
- Distretto di Codroipo,
- Distretto di Tarcento.

Equipaggi e mezzi sono coordinati dalla CO 118 di Udine.

3. Da qui la necessità per l'infermiere di considerare e gestire il dolore in autonomia, in assenza del medico, prima dell'ospedale. Dopo due anni di ricerche da parte di un gruppo infermieristico e di ostacoli burocratici finalmente a maggio 2009 siamo riusciti ad applicare sui nostri mezzi un protocollo per il trattamento del dolore.

4. In base alla valutazione del dolore, utilizzando la scala NRS ed a criteri di inclusione ed esclusione, i farmaci che abbiamo deciso di utilizzare sono la morfina e il paracetamolo per le loro caratteristiche farmacocinetiche e farmacodinamiche.

5. Dopo i primi 6 mesi di applicazione del protocollo, abbiamo deciso di raccogliere i primi dati ed analizzarli, quindi abbiamo attuato uno studio di tipo osservazionale retrospettivo analizzando tutte le schede di soccorso territoriale. Abbiamo raccolto ulteriori dati tramite la somministrazione di un questionario a tutta l'equipe infermieristica, che ci ha permesso di identificare i punti che necessitano di maggiore sviluppo e approfondimento, nonché ad individuare situazioni che potrebbero creare disagio.

6. Sono state soccorse un totale di 3013 persone, di cui 715 avevano una patologia traumatica e 2298 una patologia medica.

7. Di quelli con patologia medica 102 rientravano nel protocollo mentre 2196 erano esclusi perché non presentavano i criteri di inclusioni o perché presentavano almeno un criterio di esclusione.

Di quelli con patologia traumatica 412 uscivano dal protocollo e 303 rientravano.

8. Di quelli medici che rientravano 14 sono stati trattati con morfina, 0 con paracetamolo e 88 non sono stati trattati.

Di quelli traumatici 35 sono stati con morfina, 9 con paracetamolo e 259 non sono stati trattati farmacologicamente.

Visivamente colpisce il numero di casi che rientrano nel protocollo ma che non sono stati trattati, questo perché:

- sono state applicate procedure base che hanno ridotto significativamente il dolore (immobilizzazione, postura antalgica);

– è stato sufficiente il supporto psicologico che ha ridotto la componente ansiosa e quindi la percezione del dolore.

9. In tutti i casi in cui è stato trattato il dolore, abbiamo avuto un riscontro positivo da parte della persona e in nessun caso abbiamo avuto reazioni avverse ed effetti collaterali.

10. Limiti

– NRS non viene ancora considerata come parametro vitale di conseguenza non sempre rilevata;

– cultura «morfina = stupefacente»;

– scarso utilizzo del paracetamolo, in quanto considerato dagli infermieri come farmaco di uso comune che la persona può assumere autonomamente;

– altre manovre prima della somministrazione dei farmaci (immobilizzazione, postura antalgica, supporto psicologico);

11. Cosa possiamo fare ...

– Ulteriore verifica del protocollo a distanza di altri sei mesi, da concordarsi in base a dati oggettivabili per un ulteriore approfondimento del protocollo.

– Revisione periodica dei criteri di inclusione per consentire di poter alleviare le sofferenze ad un numero maggiore di persone.

– Verificare ulteriori esperienze all'uso di morfina/ fentanest e trovare dei punti in comune.

12. Grazie per l'attenzione ... e per chi fosse interessato nell'area poster è esposto un poster che rappresenta il protocollo operativo.

Per informazioni contattare:

Roberta Ridolfi

Cell 3386416217

e-mail : robertaridolfi83@libero.it

SESSIONE
TECNOLOGIA PER L'ASSISTENZA

MODERATORI: Rachele Degli Esposti, Gaetano Romigi

NUOVE PROSPETTIVE NELL'IGIENE PERSONALE DEL PAZIENTE IN COMA

A. DE NICOLA, P. RITI

Centro di Rianimazione - Ospedale San Leonardo - ASL Napoli 3 Sud

Abstract

nellodenicola@fastwebnet.it

Il paziente in rianimazione ha bisogno di altri per espletare i suoi bisogni primari come l'alimentazione e l'igiene personale e dipende da macchine che sostengono le sue funzioni vitali. Negli ultimi anni, all'interno della professione infermieristica, si è delineata e diffusa la convinzione che lo sviluppo scientifico, culturale e sociale dell'assistenza infermieristica sia strettamente consequenziale alla piena valorizzazione di una *competenza specifica dell'infermiere* nell'ambito dell'assistenza sanitaria. Nella cosiddetta «epoca del postmansionario», il consolidamento della sfera di autonomia e di responsabilità professionale nell'assistenza impone all'infermiere il possesso di un *articolato bagaglio metodologico, tecnico e relazionale* da utilizzare in ambito clinico ed organizzativo.

Le cure igieniche del paziente impegnano molte risorse di tale bagaglio in rianimazione e possono risultare determinanti nel combattere le infezioni nosocomiali, prevenire le lesioni da decubito e migliorare il rapporto infermiere-paziente. Le metodiche tradizionali impiegate per l'igiene del paziente in coma sono essenzialmente eseguite con i classici strumenti: bacinella, spugna e sapone. Tale metodo è fonte, esso stesso, di infezioni e di lesioni cutanee, procurando ulteriore danni ai pazienti critici e costi aggiuntivi.

Adoperiamo da anni una metodologia d'igiene totale (cavo orale, testa, corpo e genitale/perianale) che impiega speciali materiali preconfezionati e pronti all'uso, a base di detergenti, emollienti, protettivi cutanei ed idratanti che si sono rivelati, in termini di efficacia, superiori (meno infezioni e meno decubiti) al metodo tradizionale, più economici e più pratici (risparmio di tempo).

La riduzione delle lesioni cutanee e delle infezioni respiratorie ha migliorato l'outcome, il tempo risparmiato utilizzando la nuova metodica rende gli infermieri più disponibili per dedicarsi alle altre attività assistenziali, le ricadute farmaco-economiche sono state evidenti.

Inoltre ciò ha reso maggiormente gratificante e bene accetto da parte del personale infermieristico l'assistenza del paziente critico modificando il concetto di igiene personale unicamente legato alla «pulizia» in quello legato al concetto di «terapia».

Negli ultimi anni il consolidamento della sfera di autonomia e di responsabilità professionale nell'assistenza impone all'infermiere il possesso di un *articolato bagaglio metodologico, tecnico e relazionale* da utilizzare in ambito clinico ed organizzativo.

Le cure igieniche del paziente impegnano molte risorse di tale bagaglio in rianimazione e possono risultare determinanti nel combattere le infezioni nosocomiali, prevenire le lesioni da decubito e migliorare il rapporto infermiere-paziente. Ciò è evidente in particolare nel paziente di rianimazione che ha bisogno di altri per espletare i suoi bisogni primari come l'alimentazione e l'igiene personale.

Le metodiche tradizionali impiegate per l'igiene del paziente in coma sono tradizionalmente eseguite con i classici strumenti: bacinella, spugna e sapone. Tale metodo è fonte, esso stesso, d'infezioni e di lesioni cutanee, procurando ulteriore danni ai pazienti critici e costi aggiuntivi.

Attualmente, come in passato, la pulizia e la cura della persona rimangono alla base della sua condizione di benessere psicofisico. Questo perché la superficie cutanea ospita normalmente fino ad un milione di germi per cm² ed inoltre la flora cutanea viene comunque modificata dall'assunzione di farmaci, da variazioni endocrine, da malattie. Dal punto di vista microbiologico la flora batterica cutanea viene differenziata in residente e transitoria.

La flora batterica residente è localizzata negli strati cutanei profondi, è più resistente alla rimozione ed è costituita da batteri aerobi Gram+ (Stafilococco epidermidis, Coagulasi negativi, Corynebacteri); è responsabile in minor misura dell'insorgenza di infezioni ospedaliere e varia per quantità e qualità, da individuo ad individuo, ed anche da una zona corporea all'altra dello stesso individuo. La flora batterica transitoria è presente nello strato cutaneo superficiale, è facilmente rimovibile con il lavaggio routinario della cute ed è costituita da batteri Gram+ (Staphilococcus aureus, Streptococcus); Gram- (Klebsiella, Pseudomonas); è associata all'insorgenza delle infezioni ospedaliere. Questi germi, giungono accidentalmente sulla cute o per contiguità (zone periorifiziiali) e spesso sono responsabili delle infezioni ospedaliere. Veicolati dalle mani degli operatori sanitari che si contaminano durante il contatto diretto con i pazienti o con le superfici contaminate in prossimità del paziente stesso.

La popolazione batterica che alberga sulla cute, è rappresentata da una vasta gamma di microorganismi presenti sia nella flora residente che transitoria (tab.1).

Stafilococco coagulasi neg	+++	
Stafilococco aureo	+	(zone periorifiziiali)
Streptococchi	±	(cute lesa o periorifiziiale)
Corynebacterium	+++	(zone macerative)
Propionebacterium	+++	(zone seborroiche)
Acinetobacter	++	(zone macerative)
Enterobacter	+	(zone macerative)
Pseudomonas	±	(zone macerative)
Candida	+	(zone periorifiziiali)
Malassezia	+++	(zone seborroiche)

Tabella 1: Distribuzione flora batterica cutanea. Modificata da Muller (1)

Inoltre, i batteri presenti sulla cute dei pazienti, spesso contaminano oggetti e superfici nelle immediate vicinanze del paziente stesso (tab. 2).

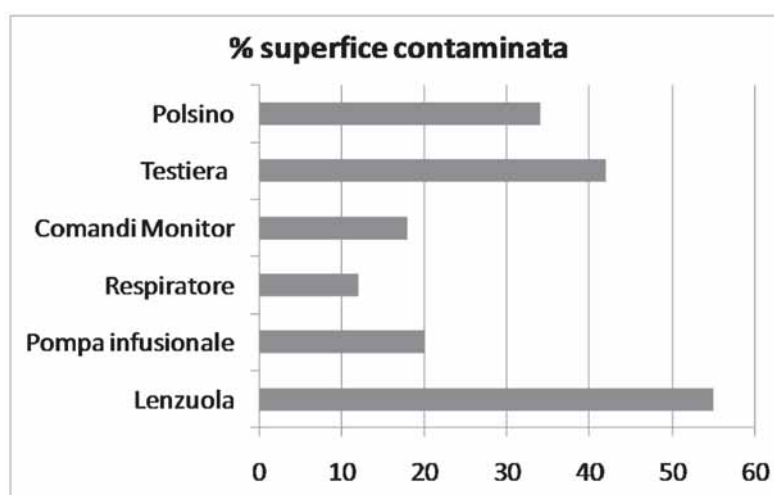


Tabella 2: Superficie contaminata unità paziente

La cute va curata in modo ottimale:

1. con la detersione: grazie all'azione meccanica esercitata dall'acqua, unita ad un detergente applicato con lievi movimenti circolari è normalmente abbastanza efficace, si consiglia l'utilizzo di un detergente poco schiumoso per evitare che troppa schiuma rimuova dalla cute lo strato lipidico protettivo e possa accentuare la secchezza della cute.

2. con l'idratazione: è importante mantenere/riequilibrare lo stato di idratazione della cute, essendo questa già compromessa, fragile ed esposta più facilmente all'azione aggressiva di tutti gli agenti esterni.

3. con la protezione: mediante applicazioni di creme emollienti per il corpo per mantenere elasticità e tono della cute.

Inoltre, l'igiene del paziente è la base fondamentale per la buona riuscita delle cure mediche e rappresenta un momento di contatto prolungato e diretto con il paziente. Però, l'uso dell'acqua richiede delle attenzioni come:

1. controllo della temperatura,

2. impiego di teli per asciugare, con i conseguenti rischi di sfregamento della cute e rottura di capillari (condizioni favorevoli all'insorgenza di piaghe),

3. perfetta asciugatura per evitare le complicazioni dell'umidità residua che è un serio fattore di rischio (aumenta la macerazione della cute, riduce la funzione barriera, aumenta la secchezza e la fragilità della cute e facilita i cattivi odori).

Ancora, altri limiti derivanti dall'utilizzo del sistema acqua sono: a) rischi di bagnare la biancheria del letto e gli indumenti, b) preparazione dei recipienti-

ti, logistica e stoccaggio, c) tempi elevati di preparazione all'igiene e di intervento,

Almeno 29 studi accusano la rete idrica ospedaliera come fonte di gravi infezioni nosocomiali trasmesse attraverso l'acqua. Uno studio la definisce «... la fonte più trascurata, importante e controllabile di patogeni nosocomiali» (2)

Alcuni rapporti raccomandano di minimizzare l'esposizione all'acqua del rubinetto per tutti i pazienti immunocompromessi, con ferite chirurgiche recenti, oppure a rischio maggiore di infezione (4)

È accertato che l'acqua non deterge, ma rappresenta un veicolo di trasporto del detergente e può essere causa di complicanze o di manifestazioni non desiderate. Uno studio del 1999 condotto in un ospedale di Boston (3) con dei test effettuati sui punti idrici dei bagni risulta che: Il 61% aveva conte >105 ufc/ml. Il 60,8% dei campioni era positivo per batteri gram-negativi. Oltre il 35% dei campioni con batteri gram-negativi mostrava conte >105 ufc/ml. L'acqua usata per il bagno, le mani guantate, e gli oggetti maneggiati dal personale infermieristico durante i bagni sono risultati positivi ai test per *S. aureus*, compresi MRSA (*S. aureus* oxacillina-resistente), *Acinetobacter sp.*, *Pseudomonas sp.*, *E. coli* e altri microrganismi. Un altro studio condotto in Italia nel 2002, (6) dove sono state campionate per un anno le fonti di acqua calda in 11 strutture sanitarie italiane. Quattro campioni di ogni struttura hanno incluso i punti di distribuzione in prossimità degli scaldacqua e all'interno dei reparti (rubinetti e docce). Lo studio ha reperito *Legionellae* da tutte le fonti idriche in questione: *Legionella spp.* nell'86,8% dei campioni, *L. pneumophila* nell'82,6% dei campioni.

Nel nostro Centro di Rianimazione adoperiamo da anni una metodologia d'igiene totale senza impiego d'acqua che impiega speciali materiali preconfezionati e pronti all'uso, a base di detergenti, emollienti, protettivi cutanei ed idratanti che si sono rivelati, in termini di efficacia, superiori (meno infezioni e meno decubiti) al metodo tradizionale, più economici e più pratici (risparmio di tempo).

Abbiamo mantenuto, in tal modo, intatti i vantaggi dell'attività di detersione senza i limiti del sistema tradizionale (acqua e sapone). L'adozione di un sistema senz'acqua risulta:

- Facilità e semplicità d'impiego
- Riduzione di arrossamenti cronicizzati
- Progressivo miglioramento dello stato cutaneo
- Sensazione di benessere prolungata nel tempo
- Ottima efficacia del trattamento di pulizia ed igiene
- Scomparsa di cattivo odori dovuti al ristagno microrganismi.

Oltre che ad riduzione dei costi per la lavanderia e per la quantità dei prodotti per l'igiene, l'adozione di un sistema per l'igiene senz'acqua, incide positivamente sulla riduzione dei tempi necessari per l'intervento, permettendoci di ottimizzare le risorse umane, concentrando la nostra attenzione su altre attività di reparto che per mancanza di tempo venivano trascurate (5).

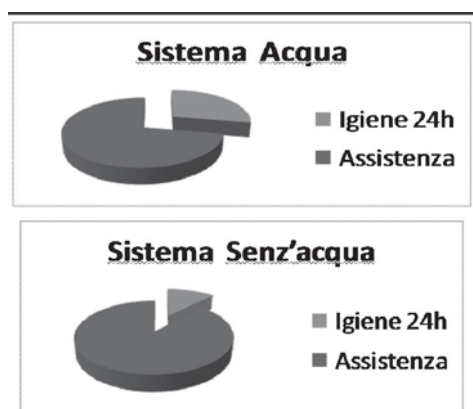


Tabella 3: Comparazione del tempo tra le due tecniche

- Utilizzare un sistema per l'igiene del paziente senz'acqua, significa anche:
1. minor manipolazione di prodotti per l'igiene,
 2. riduzione dei rischi d'inquinamento dei prodotti per l'igiene,
 3. miglior qualità del servizio alla persona,
 4. miglior livello igienico con riduzione delle infezioni ospedaliere.

Metodo impiegato

L'igiene del capo ha lo scopo di :

1. mantenere sani e puliti i capelli,
2. stimolare la circolazione sanguigna a livello del cuoio capelluto,
3. conservare la dignità e l'immagine della persona.

La cuffia Comfort® riscaldabile contiene detergente e balsamo per il lavaggio ad umido dei capelli senza risciacquo, pulisce e ammorbidisce i capelli, minimizzando il lavoro dei metodi tradizionali. Rimuove efficacemente gel, sangue, iodio e molto altro, lasciando i capelli puliti e freschi. Inoltre elimina la sporcizia, la necessità di pulire e di cambiare la biancheria da letto umida e migliora la soddisfazione del paziente sveglio. Lo si pratica al ricovero del paziente, una volta a settimana durante il ricovero, in presenza di sangue, gel per EEG o secrezioni.

L'eliminazione dell'uso dell'acqua corrente, ci consente la riduzione dei tempi, dei costi e del carico di lavoro.

L'igiene del cavo orale ha lo scopo di:

1. mantenere la mucosa orale e la lingua pulite, idratate ed integre,
2. effettuare un massaggio gengivale,
3. prevenire complicanze infettive della mucosa orale e dell'apparato respiratorio.

La cavità orale è una conclamata fonte di polmoniti associate a ventilazio-

ne meccanica (VAP) che comporta un aumento dei tempi e dei costi di degenza e conseguente crescita della mortalità nei pazienti in condizioni critiche (7,8). La colonizzazione batterica dell'area orofaringea e della placca dentale da parte di patogeni respiratori, rappresenta uno dei fattori di rischio dell'insorgenza della VAP. L'igiene del cavo orale va eseguita, se il paziente non si alimenta 3 volte al giorno, se il paziente si alimenta per os., dopo ogni pasto. Il sistema utilizzato per l'igiene del cavo orale ci consente di effettuare:

- a. pulizia con spazzolamento ed aspirazione rimuovendo meccanicamente i biofilm batterici.
- b. rimozione dei detriti con il tamponamento e l'aspirazione con la soluzione Perox-A-Mint aiutano a rimuovere i biofilm morti e allentati.
- c. idratazione del cavo orale, preservando e riducendo l'incidenza delle infezioni ospedaliere.

I vantaggi derivanti dell'uso di questo sistema, ci consente di effettuare manovre di igiene del cavo orale più semplici e veloci, dare un maggior comfort e minor trauma al paziente, standardizzazione della procedura e pianificare i costi.

L'igiene totale o parziale delle varie parti del corpo:

1. favorisce il benessere psico-fisico del paziente,
2. rappresenta un effetto terapeutico,
3. preserva l'integrità della cute.

L'igiene del corpo è importante per mantenere pulito il corpo, evitare la formazione di odori sgradevoli, prevenire le lesioni da decubito, l'insorgenza di complicanze ed infezioni e ci permette la scrupolosa osservazione dello stato generale della cute. Le salviette preinumidite Comfort Bath® :

- forniscono una deterzione igienica in un solo passaggio
- eliminano il rischio di contaminazione derivante dall'acqua di rubinetto
- aiutano ad essere conformi con le linee guida sul controllo delle infezioni dei Centers for Disease Control and Prevention.

La confezione contiene 8 salviette (una per ogni distretto del corpo) analergiche, con vitamina E ed aloe. Con il paziente in posizione supina, si scopre la parte superiore del corpo, si procede alla pulizia in senso cranio caudale; si cambia la salvietta per ogni parte del corpo; si ruota il paziente di fianco per la pulizia dorsale e lombosacrale; si riporta il malato in posizione supina, si copre il tronco e si procede alla pulizia di addome, gambe e piedi.

La cura delle parti intime del paziente allettato allo scopo di:

1. prevenire infiammazioni ed infezioni della zona,
2. evidenziare allergie ed irritazioni,
3. rispettare la dignità del paziente.

Ogni salvietta preinumidita monouso Comfort Shield® fornisce deterzione perineale con un solo passaggio, idratando, deodorando e al tempo stesso trattando e proteggendo la cute con il dimeticone. La convenienza del «tutto in uno» elimina ogni modifica procedurale. In questo modo, viene sempre garantita l'applicazione della barriera. La confezione contiene 3 teli che consentono una rapida pulizia ed idratazione della zona genitale, dando un effetto deodo-

rante, creando una barriera protettiva, prevenendo e trattando le dermatiti perineali.

Conclusioni

La riduzione delle lesioni cutanee e delle infezioni respiratorie ha migliorato l'outcome, il tempo risparmiato utilizzando la nuova metodica rende gli infermieri più disponibili per dedicarsi alle altre attività assistenziali, le ricadute farmacoeconomiche sono state evidenti.

Inoltre ciò ha reso maggiormente gratificante e bene accetto da parte del personale infermieristico l'assistenza del paziente critico modificando il concetto di igiene personale unicamente legato alla «pulizia» in quello legato al concetto di «terapia».

Bibliografia

1. MULLER & KIRK'S, *Small Dermatology*, 6th edition Saunders, W:B, Philadelphia 2001.
2. ANAISSIE EJ, PENZAK SR, DIGNANI C, *Arch Intern Med.* 8 Jul 2002;162(13):1483-92.
3. SHANNON RJ, et al., *J Healthcare Safety, Compliance & Infection Control.* Apr 1999;3(4):180-4.
4. CLARK AP, JOHN LD, *Clin Nurse Spec.* May-Jun 2006;20(3):119-23.
5. SUCRE MJ, DE NICOLA A., *Economic comparison of the traditional bathing method with the basinless bathing method in coma patients.* 29th International Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine, Bruxelles, marzo, 2009.
6. LEGNANI PP et al., *Legionella contamination of hospital water supplies: monitoring of private healthcare facilities in Bologna, Italy.* *J of Hosp Infect.* 2002;50(3): 220- 223).
7. SCHLEDER B, et al., *J Advocate Health Care.* 2002.
8. *CDC guidelines from Preventing Healthcare Pneumonias*, 2003.

BIOTECNOLOGIE E INNOVAZIONE: IL SOTTILE CONFINE TRA ETICA E ACCANIMENTO

K. ROMANO, S. BRAGA, T. MARINO, L. FINI

U.O. di Anestesia e Rianimazione cardiocirurgica, Azienda ospedaliera S. Orsola-Malpighi di Bologna

Abstract

romanokatia@libero.it

Premessa: Data la crescente mancanza di donazioni d'organo si rende sempre più necessario l'utilizzo di dispositivi medici complessi per il supporto dell'emodinamica dei pazienti, in attesa di trapianto. Talvolta, le condizioni cliniche ed emodinamiche dei pazienti portatori di VAD (dispositivi di assistenza ventricolare), possono complicarsi al punto tale da precludere il trapianto, allungando così la permanenza per un tempo non determinato del dispositivo di assistenza.

Materiali e Metodi: Paziente di 55 anni, sesso maschile, dopo 15 gg di dolore toracico con risoluzione spontanea, si presenta in ospedale riferendo comparsa di dispnea ingravescente per sforzi lievi.

Al ricovero viene fatta diagnosi di IMA subacuto in sede anteriore. L'ecocardiogramma transtoracico metteva in evidenza una severa disfunzione ventricolare sx con FE 15% e apposizione trombotica apicale. In seguito il paziente viene sottoposto a coronarografia che evidenzia ostruzione del ramo discendente anteriore su cui viene fatta angioplastica con stent e contemporaneo posizionamento di IABP. Alla luce del quadro cardiologico il paziente viene indirizzato presso il centro trapianti della nostra cardiologia per screening. Inserito in lista d'attesa trapianto. Nei due mesi successivi, non si riscontra alcun miglioramento funzionale, essendo l'emodinamica assolutamente dipendente dal supporto meccanico con IABP, non responsiva alle terapie mediche convenzionali massimali e con frequenti episodi di aritmie maligne. Si decide quindi di posizionare un sistema di assistenza meccanica biventricolare (paracorporea) tipo BERLIN HEART.

Il paziente cosciente, ricoverato da mesi in TI, in cachessia cardiaca, soggetto a infezioni ricorrenti principalmente micotiche e batteriche, tracheostomizzato, presenta numerose LDD di grado avanzato, alimentato attraverso NE e NPT, anurico. Tale situazione rende proibitivo il reinserimento del paziente in lista trapianto.

Conclusioni: L'interrogativo del personale infermieristico è quotidiano e implica problemi etici e deontologici. Quale prerogativa sulla qualità di vita?

Premessa

Data la crescente mancanza di donazioni d'organo si rende sempre più necessario l'utilizzo di dispositivi medici complessi per il supporto dell'emodinamica dei pazienti, in attesa di trapianto. Talvolta, le condizioni cliniche ed emodinamiche dei pazienti portatori di VAD (dispositivi di assistenza ventricolare), possono complicarsi al punto tale da precludere il trapianto, allungando così la permanenza per un tempo non determinato del dispositivo di assistenza.

Materiali e metodi

Paziente di 55 anni, sesso maschile, dopo 15 gg di dolore toracico con risoluzione spontanea, si presenta in ospedale riferendo comparsa di dispnea ingravescente per sforzi lievi.

Al ricovero viene fatta diagnosi di IMA subacuto in sede anteriore. L'ecocardiogramma transtoracico metteva in evidenza una severa disfunzione ventricolare sx con FE 15% e apposizione trombotica apicale. In seguito il paziente viene sottoposto a coronarografia che evidenzia ostruzione del ramo discendente anteriore su cui viene fatta angioplastica con stent e contemporaneo posizionamento di IABP. Alla luce del quadro cardiologico il paziente viene indirizzato presso il centro trapianti della nostra cardiologia per screening. Inserito in lista d'attesa trapianto. Nei due mesi successivi, non si riscontra alcun miglioramento funzionale, essendo l'emodinamica assolutamente dipendente dal supporto meccanico con IABP, non responsiva alle terapie mediche convenzionali massimali e con frequenti episodi di aritmie maligne.

Si decide quindi di posizionare un sistema di assistenza meccanica biventricolare (paracorporea) tipo BERLIN HEART

Il paziente cosciente per quasi tutto il periodo di degenza, rimane ricoverato in TI per 163 giorni, in cachessia cardiaca, soggetto a infezioni ricorrenti principalmente micotiche e batteriche, tracheostomizzato, presenta numerose LDD di grado avanzato, alimentato attraverso NE e NPT, anurico. Tale situazione rende proibitivo il reinserimento del paziente in lista trapianto. Muore in TI con accertamento di morte cerebrale a cuore battente.

Conclusioni

L'interrogativo del personale infermieristico è quotidiano e implica problemi etici e deontologici.

Quale prerogativa sulla qualità di vita?

Grazie ai device di cardioassistenza temporanea, il paziente vigile si trova a vivere in simbiosi con la macchina 24 ore su 24, dalla quale dipende la sua vita, speranzoso di ricevere al più presto un cuore nuovo.

Ecco che il problema psicologico della persona assistita aumenta e si

concentra sulla propria qualità della vita futura e sulla prognosi formulata dal medico.

Sono riconoscibili da parte del personale sanitario e, in prima persona dall'infermiere, le più frequenti manifestazioni comportamentali del paziente : ansia, agitazione psicomotoria non giustificata, aggressività, delirio.

L'infermiere si trova ad incrementare la conoscenza e la consapevolezza del paziente e ha piena facoltà decisionale nel curare l'aspetto relazionale. Il professionista si trova infatti di fronte ad una persona che studia, osserva e controlla ogni minima azione svolta sulla macchina che lo tiene in vita, impara a riconoscere suoni e allarmi e, soprattutto esige risposte rassicuranti.

È richiesta quindi all'infermiere, l'abilità di non trascurare le strategie relazionali, garantendo alla persona la possibilità di aumentare la capacità di comprendere e di scegliere le azioni che lo conducano ad uno stato di stabilità emotiva.

Lo scopo principale di ogni attività infermieristica è quello, infatti, di aiutare il pz o a ritrovare la propria autonomia ed indipendenza o ad adattarsi alla situazione di malattia o a morire serenamente. Lo scopo non può essere raggiunto con delle cure standardizzate, le cure, per essere efficaci, devono essere personalizzate cioè adattate alle necessità del singolo pz.

Nel caso clinico preso in esame, la prolungata degenza in terapia intensiva e la costante incertezza sulle proprie condizioni cliniche hanno fatto sì che, il disagio psicologico, che quasi inevitabilmente si manifesta in questi pz, fosse notevolmente accentuato.

C.T. ha mostrato fin dai primi giorni una crescente difficoltà ad adattarsi alla nuova condizione.

La storia clinica di C.T. è molto complessa ed inizia diversi giorni prima del ricovero in TI, è comprensibile quindi il senso di diffidenza che provava nei confronti del personale sanitario, dopo aver nutrito molte aspettative sistematicamente disilluse dal suo progressivo aggravarsi. La presenza dei familiari inoltre era discontinua a causa della distanza dal loro domicilio, tutto questo aggravava ulteriormente lo stato di prostrazione di C.T. che era consapevole del fatto di dover affrontare questa «sfida» sostanzialmente «da solo».

Al fine di garantire a C.T. un'assistenza il più possibile personalizzata si è deciso di mantenere su di lui il rapporto infermiere - pz 1:1.

Dopo un iniziale periodo di instabilità delle condizioni cliniche, lo stato di salute di C.T., volgeva verso una progressiva stabilizzazione. Dopo diversi tentativi di weaning respiratorio falliti si procedeva al confezionamento di una tracheostomia, che avrebbe permesso nel tempo di renderlo autonomo dal punto di vista respiratorio, della nutrizione, ma soprattutto gli avrebbe permesso di comunicare più facilmente.

Anche durante questa fase l'ansia, la costante agitazione psicomotoria e l'aggressività di C.T. hanno prolungato i tempi di recupero, poiché la costante depressione che lo affliggeva, lo portava a vedere questo nuovo step, non come un passo in avanti verso una progressiva «normalizzazione», ma come una nuova complicanza o un nuovo «fallimento».

Al fine di cercare di controllare lo stato depressivo di C.T. si sono succedute

nel tempo diverse consulenze psichiatriche seguite da progressive variazioni del suo stato psicologico.

Nonostante il suo atteggiamento fosse sempre di costante rifiuto di tutto ciò che gli veniva proposto, dalle semplici cure igieniche, alla seduta di fisioterapia o al tipo di alimenti che desiderava mangiare, C.T. iniziava a mostrare una certa «propensione alla comunicazione» anche se non costante o non quotidiana.

Un ulteriore problema era rappresentato dal delirio che spesso colpisce i pz ricoverati in TI e che in questo caso diventava via via più invalidante per C.T. che di notte si trovava in un costante stato di agitazione psicomotoria difficilmente controllabile, mentre durante le ore diurne riposava quasi senza sosta, rendendo difficile ogni programmazione delle sue attività.

Al termine di un periodo in cui sono state apportate diverse modifiche alla terapia medica, si è deciso in comune accordo con gli anestesisti di somministrare Propofol 2% in infusione continua per favorire il riposo notturno, con grande beneficio per il pz.

Nelle terapie intensive si verifica uno scambio continuo di informazioni fra medici ed IP, che permette un monitoraggio completo dello stato di salute del pz. In questo caso particolare, la comunicazione è passata su un altro livello. Mentre solitamente le «consegne» vertono su aspetti molto tecnici (emodinamica, respiro...), quando si parlava di C.T. erano gli aspetti «emozionali» o di «relazione» i più importanti (cosa ha mangiato, come ha reagito a questa proposta, cosa lo disturba o cosa lo fa sorridere oggi...). Un fallimento per il C.T. a qualunque livello portava un generale senso di sconforto in tutta l'equipè, soprattutto in quella infermieristica.

C.T. era entrato infatti in una fase di sicura stabilità, dalla quale però era diventato difficile uscire.

Varie volte è stata messa in discussione la decisione di mantenere con C.T. un rapporto infermiere-paziente 1:1.

Anche l'equipè chirurgica- anesthesiologica viveva nella consapevolezza di aver raggiunto uno stato di equilibrio che fino a poco tempo prima sembrava impossibile, ma nell'incertezza per quanto riguardava gli obiettivi a medio e lungo termine.

Durante questo lungo periodo, le attività svolte con C.T. erano prettamente infermieristiche finalizzate a: continuare a garantire al pz il maggior livello di autonomia possibile, cercare di prevenire l'insorgere di ulteriori complicanze che avrebbero aggravato il quadro clinico e garantirgli la presenza di un supporto psicologico (anche se non sempre gradito da C.T.).

Aiutarlo nel movimento attivo e passivo in collaborazione con i fisioterapisti, inizialmente con la ginnastica passiva ed i seguito coinvolgendo via via C.T. nel movimento attivo e nella lunga e complessa rieducazione all'alimentazione hanno permesso al pz di recuperare alcune abilità fondamentali.

A dispetto però di una mobilitazione più precoce possibile, sono comparse una serie di lesioni da decubito (sacro ed AAI principalmente) causate dallo stato cachettico che lo affliggeva già dal periodo precedente al ricovero, dall'im-

possibilità di mobilizzarlo nelle prime settimane a causa dell'elevata instabilità ed aggravate dalla perdita di controllo degli sfinteri che in associazione ad una diarrea massiva ha portato al posizionamento di una sonda rettale a lunga permanenza. La cura di tali lesioni occupava gran parte delle attività infermieristiche mattutine ed era vista da C.T. come un momento estremamente sgradevole e doloroso (nonostante venissero impiegati oppioidi durante tali manovre).

Il progressivo, anche se lento «miglioramento» delle condizioni generali di C.T. ha portato ad una decisione importantissima: riesaminare il suo caso e reinserirlo nella lista trapianto (anche se per un «cuore marginale») dalla quale era uscito poiché non aveva tutti i requisiti richiesti, per dargli una possibilità di vivere non connesso ad una macchina.

Questa decisione, vista dal personale della TI, ma soprattutto da CT, come una nuova grande speranza, veniva disattesa quando dopo aver comunicato a CT la disponibilità di un organo, si apprendeva che il trapianto non poteva essere più eseguito per il decesso del donatore a seguito di sopraggiunte complicanze.

Questa nuova speranza disattesa ha gettato CT, i suoi famigliari ed il personale in un profondo stato di prostrazione e delusione. Poche settimane dopo questo episodio, le condizioni cliniche di CT sono peggiorate drasticamente, fino all'accertamento di morte cerebrale a cuore battente 163 giorni dopo il suo arrivo in TI.

Questo caso più di altri già vissuti, ha portato tutta l'equipe medica ed infermieristica a riflettere sul significato del nostro operato e a discutere di questo organizzando in seguito degli incontri tra il personale che ha operato e seguito il paziente.

Ad ogni livello della formazione del personale sanitario viene insegnata l'empatia come una strategia per poter capire veramente l'altro e per poterlo aiutare al fine di riuscire a percepire in modo corretto gli schemi di riferimento dell'altro con le sue armoniche soggettive ed i suoi valori personali che si uniscono. Percepire in modo empatico vuole dire percepire il mondo soggettivo altrui come se si fosse l'altra persona, senza tuttavia mai perdere di vista che si tratta di una situazione analoga «come se». Per riuscire e capire l'altro bisogna mettersi nei suoi panni, bisogna provare ciò che egli sente; divenire come lui continuando ad avere ben chiaro che non si è lui. L'operatore deve accettare la propria irripetibile individualità quella dell'altro. L'empatia è un atteggiamento che nasce dalla considerazione positiva incondizionata. L'atteggiamento empatico è assai diverso da quello simpatico delle relazioni amicali; nella relazioni di amicizia, l'appoggio fornito ha sempre il vincolo della valutazione da parte dell'altro di ciò che si racconta. Non sempre però è possibile avere un atteggiamento empatico, perché in qualunque momento può prevalere la componente umana di ciascuno di noi, con i suoi vissuti e le sue storie.

Sappiamo inoltre, che la malattia conduce nelle persone ad un'esperienza più o meno consapevole di limitazione, impotenza e debolezza e che l'ospedalizzazione è uno dei fenomeni più stressanti della malattia stessa poiché indica che la malattia ha raggiunto una certa gravità.

Nonostante tutto questo però, nonostante la consapevolezza di aver speso il 100% delle nostre energie fisiche e psicologiche e di aver garantito a CT la massima assistenza infermieristica possibile, rimangono dei grandi punti interrogativi:

Quando arriva il momento di dire basta a cure che sanno di accanimento?

Se questo non è un caso di accanimento, cosa è l'accanimento terapeutico?

Ma soprattutto, questa era una vita dignitosa ?

Nella speranza che questo faccia riflettere noi tutti...

Vi ringraziamo della vostra attenzione.

DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA ELETTRONICA IN DEA: ANALISI QUALI-QUANTITATIVA DI IMPATTO E DI GRADIMENTO

I. SARCHIELLI, E. LUMINI

DEA Osservazione Breve, Az. Osp. Universitaria Careggi, Firenze

Abstract

irene.spuck@gmail.com

Premessa: La letteratura evidenzia l'importanza della documentazione infermieristica ai fini di un'assistenza di qualità. Il recente ricorso alla informatizzazione della documentazione clinica può facilitare la compilazione ma persistono carenze legate a assenza o incompletezza delle annotazioni infermieristiche che spesso appaiono inaccurate, inconsistenti, o ripetitive.

Scopi: Il Pronto Soccorso (PS) dell'AOU - Careggi di Firenze utilizza una scheda infermieristica informatizzata. A quattro anni dall'introduzione e implementazione è stato progettato uno studio per valutare:

- Numerosità e qualità della documentazione infermieristica
- Ostacoli percepiti dal personale infermieristico del PS
- Qualità percepita dagli infermieri delle Unità Operative accettanti

Materiale e metodi: Nel 2008 è stato condotto uno studio retrospettivo su un campione casuale di 646 pazienti ed è stata valutata la presenza e l'eventuale qualità della documentazione infermieristica. I dati sono stati completati con la somministrazione di due diversi questionari: uno rivolto al personale infermieristico del PS e l'altro al personale infermieristico di cinque unità operative che accettano più frequentemente i pazienti dal PS.

Risultati e conclusioni: Dall'analisi retrospettiva si evidenzia che la scheda infermieristica viene compilata nella metà circa dei casi e si osserva che per pazienti che necessitano di ricovero o codice di priorità più elevato viene più frequentemente compilata una scheda infermieristica. Le schede compilate sono spesso incomplete in una o più parti, recano errori di omissione e stesura e sussistono numerose discrepanze tra le annotazioni mediche e infermieristiche. Gli ostacoli maggiori percepiti dagli infermieri del PS alla compilazione sono: tempo limitato, codici minori, impegno assistenziale. Gli infermieri delle unità operative ritengono la compilazione della scheda infermieristica fondamentale per garantire la continuità assistenziale ed auspicano una maggiore chiarezza e completezza dello strumento. Nonostante alcuni limiti dello studio è possibile affermare che l'informatizzazione della documentazione infermieristica ne facilita la compilazione ma sono necessari interventi mirati per garantirne qualità e completezza.

- TORNVALL E, WILHELMSSON S & WAHREN LK (2007), *Impact of primary care management on nursing documentation*. *J of Nursing Man*, 15, 634-642.
- OTIENO O G, TOYAMA H, KANAI-PAK M & NAITOH K (2007), *Nurses' views on the use, quality and user satisfaction with electronic medical records: questionnaire development*. *Journal of Advanced Nursing* 60(2), 209-219.
- CHEEVAKASEMSOOK A, CHAPMAN Y, FRANCIS K, DAVIES C (2006) *The study of nursing documentation complexities*. *Int J of Nursing Pract* 2006; 12: 366-374.

Premessa

La scheda infermieristica è uno strumento indispensabile per garantire un'assistenza di qualità alla persona e rappresenta una delle principali fonti informative per la gestione del rischio clinico. È un documento che raggruppa l'insieme delle informazioni riguardanti la persona assistita dal momento della presa in carico fino al completamento delle cure (dimissione). Raccoglie informazioni per la programmazione dell'assistenza considerando l'aspetto preventivo, curativo, educativo e relazionale. È un elemento molto importante del sistema informativo sanitario costituendo, se ben utilizzato, una ricca fonte di informazioni. Se le registrazioni contenute sono effettuate in modo sistematico e organizzato, utilizzando codici condivisi, le schede infermieristiche diventano straordinari contenitori di dati che assumono il valore di informazioni utili per la presa di decisioni di natura assistenziale, organizzativa, formativa e culturale. Ancora oggi risulta estremamente difficile per l'équipe infermieristica predisporre, perfezionare e adottare schede in grado di incidere sulla qualità assistenziale; questa operazione richiede un notevole dispendio di energie e condizioni organizzative e professionali idonee al suo sviluppo come: infermieri con basso turnover, équipe assistenziale integrata, condizioni organizzative favorevoli e all'implementazione di nuovi metodi e strumenti, modalità operative che prevedano tempi per l'analisi dei casi, motivazione del personale, tempi e metodo per reperire e analizzare la bibliografia a disposizione, atteggiamento favorevole da parte della componente medica e infermieristica. L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi ha conosciuto uno sviluppo nel processo di informatizzazione della documentazione integrata medica e infermieristica.

Il suo Pronto Soccorso generale utilizza uno strumento informativo informatizzato, «First Aid», casa produttrice SAGO, attraverso il quale il personale medico e infermieristico ha la possibilità di raccogliere le informazioni principali delle persone in maniera cronologica.

Lo studio

Lo studio è stato sviluppato in due parti: la prima riguarda una ricerca retrospettiva condotta su un campione di 646 schede medico-infermieristiche utilizzate nel Pronto Soccorso generale dell'AOU Careggi di Firenze. Dall'analisi dei dati si nota ancora un numero ristretto di schede infermieristiche compilate; quelle utilizzate sono incomplete, recano errori di omissione e stesura. Sussistono numerose discrepanze tra le annotazioni mediche e infermieristiche riguardanti la diagnostica, la terapia, le procedure e le consulenze.

La seconda parte del lavoro raccoglie i dati di un questionario anonimo offerto al personale infermieristico sia del Pronto Soccorso sia di alcune unità operative che ricevono dal primo le persone e la propria cartella di dimissione. Le domande volevano testare il gradimento ed il giudizio dei professionisti rispetto a tale strumento, lasciando ai colleghi lo spazio per proporre eventuali modifiche e raccogliere informazioni su alcuni punti critici come le difficoltà di utilizzo e/o interpretazione delle informazioni.

1. Parte retrospettiva (prima parte dello studio)

Obiettivi e disegno dello studio

L'obiettivo principale dello studio è quello di valutare, mediante una ricerca retrospettiva, la quantità di schede infermieristiche in formato elettronico compilate e non compilate e l'efficacia della loro compilazione in DEA dell'AOU Carreggi prendendo come riferimento di valutazione dei valori prestabiliti.

L'obiettivo principale è quello di:

1. Conoscere il numero delle schede compilate e non.
2. In caso di schede compilate, conoscere le possibili discrepanze riguardanti la terapia, la diagnostica per immagini, le procedure e le consulenze tra la cartella medica e la scheda infermieristica.
3. Conoscere le discrepanze in termini di orario di apertura e chiusura tra la cartella medica e quella infermieristica.

Materiale e metodi

Criteri di valutazione

Le valutazioni relative all'efficacia di compilazione e di completezza sono state eseguite riportando i dati raccolti su un foglio di lavoro appositamente creato in Excel. Sono stati individuati i campi da utilizzare e raggruppati in tre categorie:

1. *Parte generale*: contiene principalmente i dati anagrafici dei pazienti acceduti in DEA nei giorni prestabiliti.
2. *Parte relativa alla completezza*: contiene tutti i dati che ci permettono di capire quantitativamente la completezza della scheda infermieristica
3. *Parte relativa alla qualità*: si intende registrare i dati relativi all'efficacia della scheda infermieristica, alla modalità della sua compilazione in ogni suo aspetto e alle possibili discrepanze con la cartella medica .

2. Parte qualitativa-prospettica (seconda parte dello studio)

Obiettivi e disegno dello studio

Obiettivo della ricerca è quello di avere un'immagine più reale e chiara sull'utilizzo della scheda infermieristica nella realtà del DEA, individuando, a

distanza di 4 anni, i punti ancora critici; raccogliere suggerimenti dai colleghi delle unità operative che accettano i pazienti direttamente dal DEA, migliorare alcuni aspetti relativi all'efficacia e alla completezza della scheda infermieristica che oggi rimane l'unico strumento in continua evoluzione a disposizione degli infermieri del Pronto Soccorso, e che permette di monitorare e quindi documentare tutta l'attività infermieristica.

Materiali e metodi

La seconda parte dello studio è stata condotta avvalendosi di due questionari: uno somministrato al personale infermieristico del DEA di Careggi che ha l'onere di compilare la scheda, l'altro per il personale infermieristico di cinque unità operative che accettano più frequentemente i pazienti dal Pronto Soccorso e quindi sono quelli che ricevono più schede infermieristiche.

L'obiettivo principale dello studio è quello di capire i motivi di mancata compilazione della scheda, i motivi di incompletezza e le difficoltà, se ci sono, di gestione della cartella, e in secondo luogo, la percezione degli infermieri relativa all'implementazione di un sistema elettronico in DEA a Careggi, le difficoltà, se presenti, relative a ostacoli di compilazione spazio - temporali, di gestione informatizzata, il valore attribuito al documento e le proposte di miglioramento per il futuro.

Risultati salienti della ricerca retrospettiva

Mediante lo studio condotto, abbiamo potuto conoscere il numero delle schede infermieristiche compilate e non compilate. Come possiamo vedere dal grafico seguente (grafico n. 1), su 646 cartelle cliniche analizzate, solo 340 (53%) possiedono la scheda infermieristica (riportiamo il grafico qui sotto). Le altre 306 (47%) no.

Inoltre, dei 208 pazienti ricoverati, 168 (78%) possiedono la scheda infer-

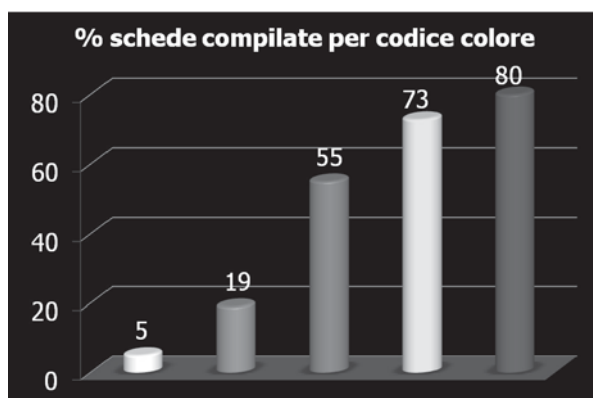


Grafico 1

mieristica: questo significa che la supposizione da parte degli infermieri del DEA del ricovero del malato è un elemento determinante per la compilazione della scheda.

L'ultima parte del database è stata dedicata alla ricerca delle discrepanze presenti nella cartella medica e/ o nella scheda infermieristica. Sono stati così analizzati diversi aspetti, nella loro parziale o totale assenza: la terapia, le consulenze, la diagnostica medica, le procedure assistenziali e gli orari di permanenza in Dea.

Risultati salienti della ricerca prospettica

I risultati dei questionari consegnati in Dea e nelle unità operative si sono confermati di particolare interesse. Sono stati analizzati in maniera approfondita con l'obiettivo di conoscere le opinioni riguardanti la scheda infermieristica, il suo utilizzo, la sua utilità e gli aspetti da modificare sia da parte del personale infermieristico del Dea, sia da parte del personale appartenente alle unità operative. L'analisi dei dati è stata effettuata mediante la costruzione di grafici e tabelle.

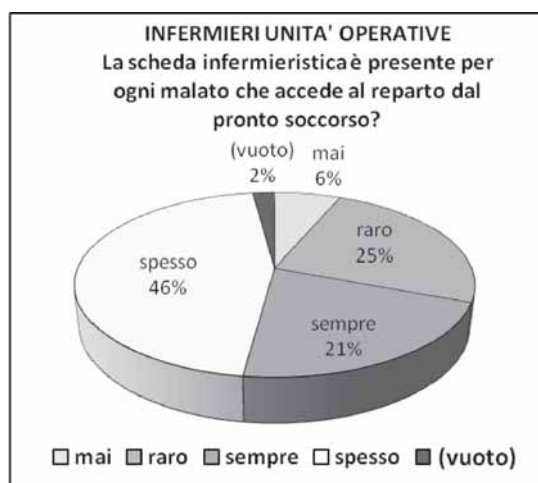
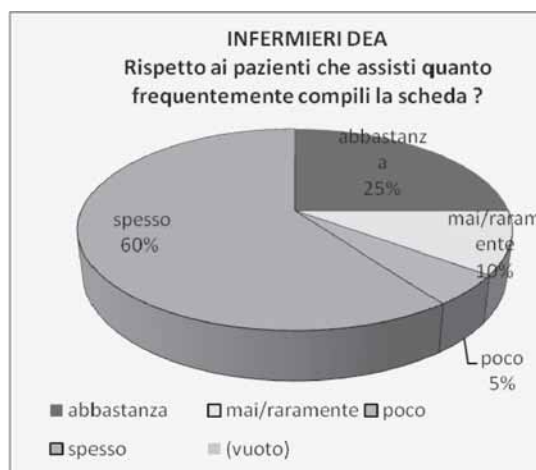
I questionari consegnati nelle cinque unità operative sono stati 134. Quelli compilati e restituiti sono stati 94, cioè il 70%. L'adesione al questionario nelle varie unità operative è stata all'incirca la medesima se pensiamo che in ognuno di essi la percentuale di questionari compilati oscilla tra il 65% e il 75%. Le domande previste erano dieci.

I questionari consegnati in Dea sono stati 35. Quelli compilati e restituiti sono stati 20, cioè il 57%. La scarsa adesione al questionario è stata causata dai diversi trasferimenti. Il personale impegnato da poco nell'attività di Pronto Soccorso è stato escluso dalla compilazione del questionario.

Dai grafici (grafico n.2 e n.3) qui sotto presenti, possiamo osservare sia la percezione quantitativa di compilazione della scheda infermieristica da parte degli infermieri del DEA, sia la percezione quantitativa di presenza delle schede infermieristica per quei malati che accedono alle unità operative dal DEA.

– Gli infermieri del DEA hanno una percezione diversa rispetto alle schede compilate, pari al 53%.

– Si è manifestata una scarsa sensibilità nei confronti della documentazione poiché il 52% del personale infermieristico del DEA ritiene che la scheda debba essere compilata solo per quei pazienti che richiedono elevata complessità assistenziale.

**Grafico 2****Grafico 3**

- Gli infermieri delle unità operative hanno la giusta percezione rispetto alle schede effettivamente ricevute dal DEA, pari al 78%.
- Gli infermieri delle unità operative attribuiscono un'elevata importanza alla scheda infermieristica poiché il 64% di essi dichiara che la scheda infermieristica è uno strumento indispensabile per facilitare il lavoro e garantire la continuità assistenziale.

Conclusioni

Lo studio effettuato ha rappresentato un'occasione importante perché:

1. ci ha permesso di valutare, a distanza di 4 anni dall'implementazione

della documentazione elettronica presente nel Dipartimento Emergenza/Accettazione dell'AOU di Careggi, la sua efficacia e la sua completezza e le discrepanze presenti tra la cartella medica e la scheda infermieristica.

2. ha permesso di valutare le opinioni e le eventuali modifiche da effettuare relative allo strumento da parte del gruppo infermieristico del Dea.

3. ha permesso di valutare le opinioni e le eventuali modifiche da effettuare relative allo strumento da parte del gruppo infermieristico delle cinque unità operative coinvolte nello studio.

4. Rappresenta il punto di partenza di apertura di un dialogo tra il Dipartimento Emergenza/Accettazione e le unità operative.

La letteratura dimostra come, per procedere ad una valutazione sistematica dell'assistenza infermieristica, occorra una documentazione del lavoro svolto. È stato dimostrato che, all'interno degli aspetti organizzativi, la documentazione è un elemento significativo per la gestione e la qualità dell'assistenza erogata. Per entrambe, infatti, la documentazione infermieristica risulta essere il supporto essenziale. La scheda infermieristica, in meno di venti anni è risultata essere un patrimonio condiviso dagli infermieri. Ora occorre lavorare sulla qualità della documentazione per diffondere i criteri di compilazione e di utilizzo dello strumento.

Proposte per il futuro

La valutazione della qualità di compilazione della scheda infermieristica può consentire l'avviamento a un cambiamento organizzativo che può determinare un reale riconoscimento dell'assistenza infermieristica e del suo contributo per la salute e il benessere della persona assistita. Inoltre:

1. occorrerebbe creare, in ogni azienda, una struttura dedicata al controllo della documentazione clinica in uso. Si dovrebbe disporre di professionisti appositamente formati per rivedere lo strumento utilizzato, modificarlo secondo i criteri stabiliti, coinvolgendo ed esortando i colleghi ad una corretta compilazione, all'interno delle uu.oo.

2. per incidere positivamente sulla condizione di salute della persona, risulterebbe indispensabile l'impegno di tutta l'équipe infermieristica per creare i presupposti affinché ogni professionista possa essere posto nelle condizioni di gestire efficacemente la complessità del processo assistenziale.

3. ci dovremmo orientare verso l'adozione di uno strumento unico ed integrato che presenti delle sezioni per documentare sia il lavoro degli infermieri, sia dei medici, ed eventualmente di altri professionisti sanitari. Questo perché, per poter dare risposte adeguate ai bisogni degli utenti, è necessaria la presenza di un coordinamento delle condizioni cliniche/assistenziali e di una integrazione tra tutti gli operatori sanitari.

SESSIONE
PRELIEVI E TRAPIANTI D'ORGANO

MODERATORE: Antonella D'Errico

L'OSSIGENAZIONE EXTRACORPOREA A MEMBRANA (ECMO) VS ASSISTENZA VENTRICOLARE SINISTRA (LVAD) COME PONTE AL TRAPIANTO DI CUORE: ASPETTI ASSISTENZIALI

G. DILETTOSO, C. CANELLI, G. GRAGLIA, A. CRESPI

Cure Intensive Cardio Toraciche, Dipartimento Cardiovascolare «A. De Gasperis», Ospedale Niguarda Ca' Granda - Milano

Abstract

Gianluca.dilettoso@OspedaleNiguarda.it

Premessa: L'assistenza ventricolare sinistra (LVAD) è una delle tecniche di supporto usate per le persone con insufficienza cardiaca, con successo, come ponte al trapianto di cuore (TC). Negli ultimi quattro anni abbiamo eseguito 108 TC, di questi 8 pazienti portatori di LVAD. Nella nostra realtà dal 2008, è stato introdotto l'ossigenazione extracorporea a membrana (ECMO) in 2 casi, come alternativa al LVAD per le persone con insufficienza cardiaca in attesa di trapianto di cuore. Questo ha fatto apparire nuovi aspetti assistenziali per l'equipe infermieristica.

Scopo: Analizzare ed individuare i punti critici assistenziali a cui potrebbe andare incontro la persona con supporto circolatorio in attesa di trapianto.

Materiale e Metodi: Un'analisi della letteratura odierna ha fatto emergere nuove evidenze scientifiche. Questo ha permesso di identificare i passaggi critici assistenziali portando dei cambiamenti alle procedure infermieristiche.

Risultati e conclusioni: L'ECMO è una valida alternativa al LVAD per le persone in attesa di trapianto di cuore, non bisogna dimenticare la situazione particolare che richiede un'analisi dei rischi e complicanze, per permettere alla persona di giungere al trapianto di cuore nelle migliori condizioni cliniche.

BETT P., *Extracorporeal membrane oxygenation: Quo Vadis?* Respir Care, July 2009; 54(7):948-957

CAMBONI D, PHILIPP A, HIRT S. *Possibilities and limitations of a miniaturized extracorporeal life support system as bridge to transplantation in a case with biventricular heart failure.* Interact CardioVasc Thorac Surg 2009;8:168-170

BAUGHMAN KL, JARCHO JA. *Bridge to life-cardiac mechanical support.* N Engl J Med, 2007; 357(9):846-848

EDUCAZIONE TERAPEUTICA PER LA PERSONA CARDIOTRAPIANTATA: PROGETTAZIONE E SPERIMENTAZIONE DI UN PERCORSO EDUCATIVO

E. ZANELLA, R. MARCOLONGO

Terapia Intensiva Post-Operatoria Cardiochirurgica Azienda Ospedaliera di Padova

Abstract

eli.zanella@libero.it

Premessa: L'Educazione Terapeutica nei trapiantati di cuore, rappresenta una valida strategia di cambiamento, caratterizzata «da un vero e proprio trasferimento pianificato ed organizzato di competenze dal curante alla persona assistita e si inquadra in una prospettiva in cui la dipendenza è progressivamente sostituita dalla responsabilità e collaborazione attiva».

Scopo:

1. Favorire l'apprendimento e applicazione di tematiche inerenti al trapianto cardiaco da parte dell'utente.
2. Progettare un programma educativo-pedagogico di educazione terapeutica.

Materiali e metodi:

Lavoro di tipo descrittivo prospettico realizzato nell'U.O. Cardiochirurgia, Azienda Ospedaliera di Padova durante l'anno 2004. Si sono applicati diversi strumenti per la raccolta dati costituiti da questionari somministrati agli utenti e ai parenti per rilevare il livello di conoscenze degli argomenti prima e dopo dell'intervento.

Risultati:

1. Conoscono la funzione degli immunosoppressori prima 20%, dopo 83%.
2. Hanno dimostrato interessamento per la conoscenza della patologia e terapia farmacologica prima 42% dopo 100%.
3. Conoscono i fattori rischio per le infezioni prima 87%, dopo 100%.
4. Hanno dimostrato interessamento per il cambiamento per lo stile di vita prima 49%, dopo 100%.
5. Soddisfazione dell'utente: Ottimo 83.33%, Sufficiente 16.67% e Insufficiente 0%.

Conclusioni:

1. Sviluppo della consapevolezza dell'autogestione della propria malattia durante e nel post ricovero.

Il trapianto cardiaco molte volte è l'unica possibilità di sopravvivenza per una persona affetta da miocardiopatia, per cui è una condizione che «sconvolge» l'esistenza: l'utente ha la possibilità di continuare a vivere, di pianificare progetti di vita anche con i familiari, di riprendere attività che prima dell'intervento aveva smesso in quanto «malato».

Per vivere appieno ed in sicurezza la nuova condizione il cardiotrapiantato deve imparare a collaborare nella gestione della terapia farmacologica, nella prevenzione delle infezioni, ecc.

Questo genere di gestione richiede conoscenze e competenze adeguate. L'autogestione della «nuova situazione» non si acquisisce con una semplice informazione dell'équipe sanitaria, con la lettura di testi medici o navigando in internet, ma necessita di un percorso educativo caratterizzato da un trasferimento pianificato ed organizzato di competenze terapeutiche dai curanti agli utenti. Uno strumento efficace per attuare questo tipo di educazione è: l'educazione terapeutica.

Obiettivi di questo progetto:

- 1) favorire l'apprendimento di tematiche inerenti al trapianto cardiaco.
- 2) Promuovere tra i partecipanti e gli operatori sanitari attività didattiche e di ricerca.
- 3) Favorire incontri dell'utente con la realtà assistenziale esistente dove vengono applicati gli insegnamenti appresi.
- 4) Progettare un programma formale di educazione terapeutica.

Materiali e metodi: lavoro di tipo descrittivo prospettico realizzato nell'U.O. di Cardiocirurgia Trapianti, Azienda Ospedaliera di Padova durante l'anno 2004. Si sono applicati diversi strumenti per la raccolta dati costituiti da questionari somministrati agli utenti ed ai parenti (9 trapiantati e 9 familiari) per rilevare il livello di conoscenze degli argomenti prima ed dopo dell'intervento.

Risultati: I risultati dei test compilati alla fine del corso dimostrano un aumento di conoscenze e competenze e quindi una reale responsabilizzazione dei partecipanti a questo progetto di Educazione Terapeutica.

Si riportano qui di seguito alcuni risultati più significativi:

		<i>Pre-test</i>	<i>Post-test</i>
1.	<i>Conoscono la funzione degli immunosoppressori</i>	20%	83%
2.	<i>Hanno dimostrato interessamento per la conoscenza della patologia e terapia farmacologica</i>	42%	100%
3.	<i>Conoscono i fattori rischio per le infezioni</i>	87%	100%
4.	<i>Hanno dimostrato interessamento per il cambiamento per lo stile di vita</i>	49%	100%
5.	<i>Soddisfazione dell'utente</i>	<i>Ottimo</i>	83.33%
		<i>Sufficiente</i>	16.67%
		<i>Insufficiente</i>	0%

Conclusioni: Questo nuovo percorso implica il riconoscimento della persona in quanto tale e non come semplice «malato con la sua patologia»: significa riconoscere il suo ruolo attivo aiutandolo, con l'educazione, a responsabilizzarsi senza delegare ad alcuno le proprie competenze e la gestione dei propri bisogni.

L'inserimento in questo progetto dei familiari del cardiopiantato li ha resi sostenitori e «guide» nel rispetto dei ruoli e delle competenze di ciascuno senza «sostituirsi» nella gestione «della vita» del loro caro trapiantato.

Dalla pianificazione di questo progetto fino alla sua completa esecuzione sono stati raggiunti questi «punti»:

1. Feed Back di ritorno positivo per alcuni concetti fondamentali.
2. Sviluppo della consapevolezza dell'autogestione della propria malattia nel post ricovero.
3. L'educazione terapeutica mantiene in vita le motivazioni ed i valori professionali.
4. Il corso ha dato la possibilità sia ai cardiopiantati che ai loro familiari, di essere protagonisti e di essere «ascoltati» dall'èquipe sanitaria senza limiti di tempo.
5. Si è elaborato un Project work per l'elaborazione di una Linea Guida Aziendale per l'Educazione Terapeutica nel paziente cardochirurgico Pediatrico.

Bibliografia

- MARCOLONGO R., BONADIMAN L., GAGNAYRE R., *Educazione terapeutica dei malati: una scelta di salute per i curanti*, «*La parola e la cura*», Comunicazione e Counsel(l)ing in ambito Sanitario, primavera 2004, pp. da 35 a 40.
- MARCOLONGO R., BONADIMAN L., *Il percorso continuo della salute*, «*Quale ospedale per il XXI Secolo*», a cura del Comitato di Bioetica degli Ospedali Riuniti di Bergamo, *Quaderno di Janus*, Zadig Editore, Roma 2002, pp. da 77 a 93.
- AA.VV., *Educazione terapeutica - Una risorsa per malati e curanti*, (a cura di ROSSATO E., RIGOLI A.M., BOFFO G., BONADIMAN L., MARCOLONGO R.), Marsilio Editori S.p.A., Venezia 2001.

CONTROVERSIE SULLA DETERMINAZIONE DI MORTE. LIBRO BIANCO DEL CONSIGLIO DI BIOETICA DEL PRESIDENTE USA 2008. NUOVI RAZIONALI, STIMOLI, QUESITI APERTI

N. ZAMPERETTI

Dipartimento di Anestesia e Rianimazione, Ospedale di Vicenza - ULSS n. 6

Abstract

neroe.zamperetti@ulssvicenza.it

Il concetto di morte cerebrale – proposto nel 1968 dallo Ad hoc Committee of the Harvard Medical School – è stato ufficialmente sancito nel 1981 dalla President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioural Research. In quello stesso anno, J. Bernat aveva chiarito il razionale scientifico-filosofico che ne sta alla base, cioè il motivo per cui la morte cerebrale corrisponde alla morte del paziente. Secondo la teoria da lui proposta, il cervello è l'organo integratore centrale dell'organismo, quello che fa sì che il corpo non sia solo un contenitore di tessuti ma un insieme coordinato di organi che lavorano insieme in un tutto armonico. La morte del cervello metterebbe fine a tale ordine e di fatto segnerebbe la fine dell'organismo come tale. Questa teoria è dimostrata nella pratica dall'estrema instabilità dell'organismo in morte cerebrale.

Negli anni, tuttavia, è stata verificata la presenza di un certo grado di integrazione somatica anche negli organismi in morte cerebrale. Inoltre, grazie soprattutto ai progressi delle tecniche di supporto vitale, è stato possibile mantenere vitali tali organismi anche per tempi molto lunghi (mesi o anni).

Tale situazione è stata ufficialmente riconosciuto dal President's Council of Bioethics nel dicembre 2008 (<http://www.bioethics.gov/reports/death/index.html>). Tale testo propone di abbandonare il termine whole brain death in favore di total brain failure, che corrisponde ad uno stato di profound incapacity; ammette la possibile persistenza di funzioni cerebrali residue nella morte cerebrale; ammette soprattutto la persistenza di una integrazione somatica significativa, sconfessando quindi l'idea che la morte cerebrale sia la morte dell'organismo in quanto fine dell'integrazione somatica. E propone la perdita della capacità di assicurare il lavoro fondamentale dell'organismo (the fundamental vital work of a living organism) come diverso e decisivo razionale.

L'accoglienza di tale proposta da parte della comunità scientifica è ancora in fase di verifica.

IL VALORE DELLA PROFESSIONE A FAVORE DELLA DONAZIONE DEGLI ORGANI: DARE SENSO AD UN DECESSO RESTITUENDO LA VITA. IL LAVORO E LA QUESTIONE DEL LIMITE DELL'INFERMIERE DEL CENTRO COORDINAMENTO PRELIEVI CORNEE

C. VENDER

Dottore magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche - Infermiere presso il D.E.A. P.S. e l'Ufficio di Coordinamento Procurement e Donazione di Organi e Tessuti San Camillo - Roma

Abstract

cristianvender@libero.it

L'esposizione di un'esperienza lavorativa nel limite della morte e della speranza di dare vita. Un'esperienza eticamente complessa, sconvolgente e misteriosa. Coraggio e forza di volontà, equilibrio mentale e capacità di relazione sono le principali qualità dell'infermiere che svolge la propria attività in un centro coordinamento prelievi organi e tessuti.

L'infermiere è una delle figure protagoniste e decisive in questo delicato lavoro.

Dalla assidua e delicatissima parte legislativa e amministrativa, alla capacità di comprendere quali soggetti possono donare organi e tessuti, al contatto diretto per chiedere l'autorizzazione ai parenti del deceduto, al trattamento e all'esecuzione di esami strumentali e non sul paziente morto, all'assistenza durante l'esecuzione del prelievo del tessuto da parte del medico, alla sistemazione della salma.

L'esperienza racconta i tanti interrogativi posti del «limite» che interessano gli interventi rianimatori, la diagnosi di morte, la comunicazione e le modalità di trattamento della salma. Un limite che ancora una volta vede l'infermiere protagonista, non più come soggetto passivo ma come soggetto attivo con capacità decisionale e autonomia.

Lo scopo del lavoro è di portare alla luce la figura di un infermiere che va oltre il limite della morte, assistendo e collaborando per dare nuova vita e speranza.

Un altro mattone di crescita professionale da raccontare.

L'infermiere è una delle figure protagoniste e decisive in questo delicato lavoro.

Dalla assidua e delicatissima parte legislativa e amministrativa, alla capacità di comprendere quali soggetti possono donare organi e tessuti, al contatto diretto per chiedere l'autorizzazione ai parenti del deceduto, al trattamento e all'esecuzione di esami strumentali e non sul paziente morto, all'assistenza durante l'esecuzione del prelievo del tessuto da parte del medico, alla sistemazione della salma.

L'esperienza racconta i tanti interrogativi posti del «limite» che interessano gli interventi rianimatori, la diagnosi di morte, la comunicazione e le modalità di trattamento della salma.

Un limite che ancora una volta vede l'infermiere protagonista, non più come soggetto passivo ma come soggetto attivo con capacità decisionale e autonomia.

Valore, donazione e infermiere sono le parole chiave del processo di donazione di organi e tessuti.

La parola «Valore» si riferisce a concetti in uso presso diverse discipline. Ciò che vale, ciò che è degno di stima ed ammirazione; ciò che ha significato all'esistenza umana. Ciò che è utile e fruttuoso per il bene comune. Il termine «Donare» significa regalare, offrire, dare qualcosa di se stesso per gli altri. Infine l'Infermiere è il professionista che lavora in quel limite tra la vita e la morte.

Il principale dilemma è proprio stabilire un confine tra la vita e la morte. Dove si trova questo confine? Ogni confine è tracciato da una linea che divide due aree confinanti. Le aree confinanti sono sempre ben delimitate? La donazione di organi e tessuti presuppone l'identificazione di questo confine: la morte cerebrale. Unico criterio per definire che un essere umano è deceduto. La definizione di Morte ha varie definizioni; noi professionisti della salute identifichiamo la morte cerebrale per delineare quella linea di confine.

Nel 2000, Papa Giovanni Paolo II ha chiaramente appoggiato la tesi della morte cerebrale. Il cardinale Ratzinger (oggi Papa) in occasione dei lavori del Concistoro del 1991 ha invece messo fortemente in dubbio la definizione di morte cerebrale coniato il termine di «cadaveri caldi»

Alla luce di quello detto, a ciel sereno nel settembre 2008 un editoriale pubblicato sull'autorevole Osservatore Romano delinea senza mezzi termini l'insufficiente prova che la morte cerebrale sancisca la fine della vita.

Il Corano (libro sacro dell'Islam) afferma: «Chiunque salverà una vita umana, sarà come se avesse salvato tutta l'umanità». Attraverso il trapianto di organi si realizza questo principio. La violazione di un corpo umano, vivo o morto che sia è contro la religione islamica. Ma la donazione è lecita perché considerata: «necessità per salvare una vita» e «scelta del male minore»: si viola un corpo per salvare la vita di un'altra persona.

Nel 1968 Harvard definisce i criteri per l'accertamento della morte cerebrale che sono poi diventate la base di tutte le legislazioni nazionali. Con questi criteri quindi si fornisce una legittimazione scientifica per poter effettuare i trapianti. I critici di quel tempo affermarono che un problema etico-giuridico è stato risolto con una presunta definizione scientifica.

Il Direttore del Centro Nazionale Trapianti conferma la validità della definizione di morte cerebrale e afferma in un'intervista di qualche tempo fa che i dubbi sono da parte di frange minoritarie che fanno dichiarazioni non scientifiche.

La donazione quindi è un atto di solidarietà che permette, a chi riceve un trapianto, di ricominciare a condurre una vita normale. È la testimonianza di un forte sentimento di altruismo. La campagna nazionale pro trapianti è stata infatti titolata: «un donatore moltiplica la vita».

Paura, disinformazione, confusione sul concetto di vita e morte sono le principali cause della non autorizzazione al prelievo di organi e tessuti. È necessario accompagnare i familiari in questa sofferta decisione.

Il codice deontologico è chiaro e preciso sul ruolo dell'infermiere in questo campo:

L'infermiere è il professionista che ha il dovere di accompagnare la famiglia durante l'esperienza della perdita del proprio caro, durante la richiesta del consenso che deve essere fornito di tutte le spiegazioni scientifiche possibili in modo chiaro e comprensibile insieme all'equipe medica. «La presa in carico della famiglia».

L'infermiere ha il ruolo di avvicinare l'anello del possibile donatore d'organi e tessuti con la donazione. Per fare questo è necessaria una capacità relazionale educativa con la famiglia del donatore.

La rete che coordina le attività di prelievo e trapianto in Italia è concepita su quattro livelli: livello locale (in ogni ospedale), livello regionale (con ogni centro in ogni regione).

Il livello di coordinamento interregionale che si avvale di tre organizzazioni per la copertura totale di tutto il paese. Il livello di coordinamento nazionale denominato CNT che stabilisce le linee guida per i centri regionali e i programmi di trapianto avvalendosi della Consulta Tecnica Permanente per i trapianti. Il centro ha sede presso Istituto Superiore Sanità.

Il Centro nazionale trapianti ha un'area definita per la gestione e il coordinamento di tutte le attività relative alla raccolta e distribuzione di tessuti e cellule. Questa area si occupa di garantire l'immediata rintracciabilità di cellule e tessuti in tutto il loro percorso, garantendo la sicurezza dei pazienti totalmente.

In Italia ci sono 33 banche di tessuti autorizzate dalle regioni, ciascuna specializzata in diverse tipologie di tessuti.

Cosa fa un infermiere di un centro coordinamento prelievi cornee?

Verifica la compatibilità dei decessi per una eventuale donazione analizzando la cartella clinica e le cause del decesso; alcune cause di morte o di malattia sono incompatibili con un eventuale prelievo. Verificata la compatibilità si procede al lavoro più difficile: la richiesta del consenso alla famiglia che deve essere necessariamente scritto e deve essere seguito dalla compilazione di un questionario anamnestico. A consenso avvenuto si procede agli accertamenti diagnostici sul cadavere.

Si contatta la Banca degli occhi per definire la tempistica del prelievo; si

assiste il prelevatore e si fornisce l'assistenza necessaria alla famiglia del donatore.

Le competenze dell'infermiere del centro non terminano con l'esclusiva gestione della donazione ma si occupa, per esempio, del monitoraggio quotidiano di tutti i pazienti con lesioni cerebrali (emorragie, ischemie...) e dell'attività di reporting su programmi informatici del centro regionale oltre che effettuare programmi di educazione sanitaria in diverse modalità e diversi momenti.

Per fare tutto questo serve preparazione, entusiasmo e soprattutto farsi portavoce del recupero della dimensione del morire.

L'accompagnamento alla morte e la relazione di aiuto alla famiglia significa non lasciare in solitudine i cari del malato terminale; durante il periodo del vicino evento della morte offrire un'assistenza umana e dignitosa e dialogare con loro anche per comprendere un'eventuale volontà di donazione.

Il ruolo quindi dell'infermiere nel processo della donazione è efficace se raggiunge l'obiettivo del consenso alla donazione, è efficiente se per raggiungere il consenso utilizza la sola capacità comunicativa e riceve il consenso scritto perché la famiglia è convinta del grande dono che sta facendo ed infine l'intervento è detto appropriato se è effettuato sul giusto paziente (importanza della valutazione della cartella clinica), nella tempistica di legge e nel severo rispetto di tutte le procedure. Lo scopo di tutta l'attività infermieristica nella donazione (mission) è proprio quella del superamento del limite della morte quindi di raggiungere l'obiettivo della donazione.

Il grande impegno emotivo della professione infermieristica viene richiesto dalla società per alleviare il dolore e allontanare la sofferenza. La sofferenza e la morte del malato sono per l'infermiere un momento difficile da gestire: alcuni si sentono soli, altri condizionano la propria vita personale, altri mettono barriere. Ma è proprio quel «limite» che fa crescere la nostra professione fornendo un grande valore.

Quel valore è determinato dalla capacità come uomini e professionisti di superare quel limite mediante il sollievo del peso dello sconforto dei familiari per una morte, peso che diventa ricchezza con il consenso alla donazione.

DALLA REVISIONE DELLA LETTERATURA ALLA STESURA DI UN PIANO ASSISTENZIALE INFERMIERISTICO PER IL MANTENIMENTO DEL POTENZIALE DONATORE D'ORGANI

M. BRACH⁽¹⁾, A. BERINI⁽¹⁾, A. DURÌ⁽¹⁾, S. GIGLIO⁽¹⁾, E. MATTIUSI⁽¹⁾,
E. SBAIZERO⁽¹⁾, M. SCHIFFO⁽¹⁾, A. SEPULCRI⁽¹⁾, A. SOSTERO⁽²⁾,
A. DI SILVESTRE⁽³⁾, F. GIORDANO⁽⁴⁾

⁽¹⁾ Terapia Intensiva Generale

⁽²⁾ Coordinamento Centro Regionale Trapianti FVG

⁽³⁾ Coordinamento di Area Vasta Udine

⁽⁴⁾ Direzione Anestesia Rianimazione - Terapia Antalgica e Centro Regionale Trapianti FVG

Azienda Ospedaliera - Universitaria di Udine

Abstract

moniagian@virgilio.it

Il mantenimento del potenziale donatore d'organi e tessuti viene definito come: "l'insieme delle attività diagnostico-terapeutiche di monitoraggio e di nursing praticate nei reparti di rianimazione su soggetti in morte encefalica dal momento in cui è stata effettuata la diagnosi di morte sino al termine del periodo di osservazione necessario per l'accertamento della stessa."

L'obbiettivo specifico del mantenimento è garantire la migliore funzionalità degli organi ai fini trapiantologici.

In questo processo è cruciale il ruolo dell'infermiere al quale è richiesto di saper riconoscere i segni clinici di morte cerebrale, i principali cambiamenti fisiopatologici che avvengono e gli interventi clinico-assistenziali da effettuare.

Il gruppo infermieristico ha sentito la necessità di elaborare un piano assistenziale per il management del potenziale donatore d'organi utilizzando le diagnosi infermieristiche NANDA.

La stesura di tale piano ha implementato ed uniformato la formazione e le conoscenze del personale infermieristico, esperto e non, coinvolto nel mantenimento del potenziale donatore permettendo la standardizzazione della pratica clinica infermieristica. Questo ha portato a un innalzamento degli standard qualitativi di assistenza richiesti per il mantenimento del potenziale donatore rendendo più tempestivi gli interventi nel momento in cui siano richiesti.

TECNICHE DI COMUNICAZIONE, ASSISTENZA E SUPPORTO CON I FAMILIARI DEL POTENZIALE DONATORE DI ORGANI E TESSUTI

E. D'ANIELLO ⁽¹⁾, C. DI PALMA ⁽²⁾

⁽¹⁾ Psicologia Clinica

⁽²⁾ Rianimazione e Terapia Intensiva Polivalente, P.O. «Mauro Scarlato» di Scafati, ASL Salerno

Abstract

danielloettore@tin.it

Una preparazione sulla corretta metodologia psicorelazionale con i familiari del potenziale donatore di organi e tessuti è di fondamentale importanza per i professionisti infermieri che operano in Terapia Intensiva di Rianimazione. Ciò per innumerevoli aspetti, primo fra tutti l'ottenimento del consenso al prelievo di organi e tessuti nel rispetto dei principi bioetici, costituzionali e medico-legali.

L'infermiere è da sempre il professionista più vicino, relazionalmente, ai familiari e diventa, per loro, un punto di riferimento e nel contempo anche di interfaccia con l'equipe curante.

La comunicazione verbale e non verbale del personale tutto, in Rianimazione, pregiudicano il consenso alla donazione.

Come identificare il leader del gruppo «familiari»?

Come comprendere la sua tipologia caratteriale?

Come comportarsi quando si diventa bersaglio per lo sfogo di rabbia o quando si viene identificati come capri espiatori di situazioni inevitabili?

Gli aspetti comunicativi e comportamentali sono innumerevoli e il Coordinatore Locale per il prelievo di organi spesso proviene da un altro ospedale, quindi da un'altra realtà, e, comunque, non può, da solo, espletare tutte le operazioni previste dalla normativa vigente e dalle linee guida nazionali ed europee.

Inoltre, è indispensabile indurre una buona elaborazione del lutto, oltre alla conoscenza e la gestione di tutte le sue fasi, poiché anche una parola, dettata sicuramente dal buon senso personale dell'infermiere, ma in contrapposizione ai principi delle giuste modalità relazionali, potrebbe generare incomprensioni e bloccare il processo di elaborazione del lutto, o, cosa ancora più grave, far regredire alle fasi precedenti, con conseguente diniego alla donazione.

In pratica, l'infermiere, deve conoscere le condotte relazionali e le modalità comunicative giuste per stabilire un ottimo rapporto empatico, offrire la giusta relazione d'aiuto, cercare di ottenere, o non far cambiare idea ai familiari, per il consenso alla donazione di organi.

Tutto ciò considerando le difficoltà comunicative con persone la cui comprensione è compromessa dal momento di grave cordoglio che vivono.

TAVOLA ROTONDA
LA QUESTIONE DEL LIMITE, LA SALUTE,
I PROFESSIONISTI, LE NUOVE RESPONSABILITÀ

Moderatore: ELIO DRIGO

IL BENE DELLA SALUTE COME CIFRA DELLA RESPONSABILITÀ POLITICA

I.R. PAVONE

Istituto di Studi Giuridici Internazionali ISGI-CNR

Il tema ha delle parole chiavi importanti: bene, salute.

Vedremo che cosa si intende con la parola salute sia nell'ambito del diritto internazionale e sia nel diritto interno; le scelte dei politici e quali sono gli obblighi che ricadono sullo Stato, e che sono previste dai trattati internazionali; e qual è il ruolo del personale infermieristico alla luce del nuovo concetto di salute che si sta affermando e di quelli che sono gli sviluppi della medicina e della scienza con l'avanzare della tecnologia.

Negli stati industrializzati è aumentata l'aspettativa di vita. L'HIV è stata classificata come malattia cronica grazie ai farmaci antiretrovirali, con i quali attualmente è possibile condurre una vita normale per 20-30 anni prima che subentri la fase dell'AIDS; la stessa cosa vale per alcune forme di tumori.

Il riferimento a paesi industrializzati non è casuale perché nei paesi in via di sviluppo non vi è la stessa situazione: la piaga dell'AIDS nei paesi in via di sviluppo è molto diversa. In Africa ci sono 30 milioni di persone che muoiono per questa malattia, di malaria e di tubercolosi. Un primo dato di riflessione è che sostanzialmente nei paesi avanzati si muore molto meno per malattie infettive mentre allo stesso tempo sono aumentate le patologie legate all'invecchiamento: neoplasie o sclerosi. Nei paesi in via di sviluppo si muore per malattie infettive, per problemi legati sia all'assistenza sanitaria non efficiente sia per le popolazioni africane che non hanno accesso ai farmaci. Quello che dovrebbe essere un diritto non viene garantito.

Diverso il discorso per i paesi occidentali, quindi anche l'Italia, dove sono aumentati i costi dell'assistenza sanitaria (dato incontrovertibile). Tuttavia si registra un utilizzo inappropriato di quello che sono i livelli di assistenza, in quanto vi è una sintonia fra quelle che sono le risorse destinate alla diagnosi e alla terapia e quelle che vengono dedicate all'assistenza.

Con questo argomento entriamo a parlare di politici, di chi deve gestire il bene salute, delle molte risorse destinate alla diagnosi, alla terapia ma anche alle poche risorse destinate all'assistenza e, di conseguenza, al ruolo degli infermieri.

Per quanto riguarda la diagnosi, si renderebbe necessario fare un discorso in ambito della bioetica, poiché sono aumentati in maniera esponenziale i test genetici, di quei test cioè che ad esempio permettono di appurare o stabilire se una persona è suscettibile o no a sviluppare una determinata malattia genetica nel tempo. Ci sono implicazioni etiche e giuridiche che hanno permesso di fare passi avanti nel settore della diagnosi, ma la stessa cosa non si può affermare

per quanto riguarda la terapia, dove, per esempio, ancora permangono delle situazioni senza soluzione poiché non esistono terapie per il morbo di Parkinson, o per l'Alzheimer, dove la suscettibilità di una persona può essere diagnosticata preventivamente. Si può forse dire che quindi vi è una maggiore attenzione alla diagnosi in primo luogo, poi alla terapia e infine al discorso dell'assistenza.

I due elementi sostanziali sono: da una parte l'allungamento dell'aspettativa di vita (sempre per i paesi occidentali, perché per i paesi in via di sviluppo è diverso), dall'altra lo sviluppo di nuove tecnologie.

Sostanzialmente si vive più a lungo, c'è una cronicizzazione di alcune malattie, ma allo stesso tempo sono aumentati i costi dell'assistenza sanitaria a carico dello Stato.

Il problema fondamentale della Sanità è quello dell'allocazione delle risorse che spesso sono scarse.

Una delle caratteristiche da sottolineare è che il costo aumenta in misura superiore all'incremento di quello che sono i benefici derivati dall'uso di queste nuove tecnologie, letti in termini di sopravvivenza.

Un'ulteriore riflessione è che si va ormai verso delle strutture ospedaliere cliniche che sono sempre più ad alta tecnologia, facendo aumentare i costi in maniera esponenziale.

Però le risorse se vogliamo sono scarse.

Ci sono due problemi che devono essere affrontati:

– Le terapie antitumorali che apportano benefici in termini di aspettative e qualità di vita, che crescono in maniera più contenuta rispetto a quanto non aumentino i costi.

– L'importanza dell'infermiere in un sistema salute che sta vivendo queste grandi trasformazioni: aumento dei costi e trasformazioni di ospedali e strutture ospedaliere, cliniche e centri ad alta specializzazione che fanno uso di tecnologie sempre più avanzate ma sempre più costose.

Si registra un progressivo invecchiamento della popolazione e il problema è quello dell'allocazione delle risorse per assistere gli anziani.

A chi è demandato questo compito nell'ambito dell'ospedale? All'infermiere.

L'età media nel Policlinico di Roma è di 81 anni. Però nella Regione Lazio sono stati decisi dei tagli alla Sanità. Non si sa come si fa a garantire poi un equo accesso all'assistenza sanitaria a tutta la popolazione con questo taglio continuo dei costi di fronte a delle strutture ospedaliere che richiedono dei costi sempre più elevati per quello che è la diagnosi e la terapia. E allo stesso tempo le risorse destinate all'assistenza sono sempre meno: questo è il problema di fondo.

Le strategie dei politici dovrebbero valorizzare la centralità della figura degli infermieri, in quanto è colui che ha una relazione reale con il paziente, è colui che tutti i giorni nell'ambito della vita dell'ospedale è a contatto con il paziente e con le sue esigenze.

Gli infermieri sono il pilastro del servizio per la salute e si potrebbero connotare come il valore aggiunto di quello che è il sistema salute.

Quindi come linea di riflessione valorizzare sia la figura stessa che il ruolo dell'infermiere nel contesto lavorativo quotidiano.

Diritto alla salute nel diritto internazionale.

Dal trattato internazionale discendono una serie di obblighi a carico degli Stati e dei Governi e quindi di coloro i quali fanno e adottano le decisioni.

Oramai siamo in un contesto attuale (della globalizzazione) in cui non è più il singolo governo, il singolo politico a livello nazionale, che prende decisioni nel campo della salute, ma bisogna ragionare in un contesto più ampio. Quindi un contesto comunitario di Nazioni Unite e di Organizzazione Mondiale della Sanità.

Abbiamo sostanzialmente tre livelli:

- Diritto internazionale da cui discendono obblighi a carico degli Stati e quindi dei Governi e dei Politici,
- Diritto Comunitario
- Diritto di Ordinamento Nazionale.

Per fare una breve rassegna storica, il diritto alla salute rientra nella categoria dei Diritti economici, sociali e culturali che richiedono alla fine della loro attuazione delle azioni positive da parte dei Governi. Il problema sostanzialmente è che i governi nell'andare incontro a questi obblighi internazionali di garantimento del diritto alla salute, agiscono sempre nell'ambito delle risorse disponibili. Questo è un dato che di fatto diminuisce molto la portata di questi obblighi previsti a livello sopranazionale.

Nel 1946 viene adottata la Carta istituita dall'Organizzazione Mondiale della Salute o Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che definisce il diritto alla salute come il godimento del più alto standard di salute. Essa afferma, appunto, che la salute è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano. Sostanzialmente il diritto a godere del più alto standard di salute è uno dei diritti fondamentali di ogni persona, stabilito dalla carta istitutiva dell'OMS.

L'affermazione del 1946 è poi diventato il diritto umano della salute ed è stato poi seguito da numerosi dichiarazioni e trattati che ne proclamavano l'esistenza. Ad esempio con la carta sociale europea del 1961 all'articolo 11, o il patto delle Nazioni Unite sui diritti economici culturali e sociali del 1966 con l'articolo 12, comma 1, che prevede il diritto alla salute a ciascun essere umano.

C'è stato una evoluzione del concetto di diritto alla salute nel diritto internazionale inteso non solo come assenza di malattia fisica, ma anche assenza di malattia fisica e psichica e di condizioni di vita che consentano alla persona di godere di questo standard di salute elevato. Si parla naturalmente di assistenza sanitaria, di accesso a farmaci, di condizioni di vita: quindi la persona non deve lavorare in un contesto dove è a rischio di radiazioni che lo potrebbero mettere a pericolo di contrarre forma tumorali, ecc.

La convenzione dell'Onu sulla disabilità del 2006, è il primo trattato delle Nazioni Unite che è stato riferito espressamente alle persone disabili e anche qui è riconosciuto come un diritto all'assistenza sanitaria per le persone disabili senza alcuna discriminazione: le persone disabili possono essere intese sia come persone portatrici di handicap, ma, nel contesto medico, anche persone

che sono affette da malattie invalidanti. In linea teorica anche questa categoria di persone hanno dei diritti correlati alla sfera della salute che sono quelli di tutte le altre persone.

In quanto diritto alla salute, esso è allo stesso tempo un diritto individuale e un diritto collettivo.

Diritto individuale in quanto attiene a ciascuno di noi, che vuol dire diritto all'integrità fisica, diritto alla privacy e dell'uso fatto dei propri dati genetici. Negli Stati Uniti c'è il problema delle compagnie assicuratrici che utilizzano questi dati genetici a fini discriminatori. Vi sono numerosi casi di giurisprudenza in cui le compagnie assicuratrici non hanno concesso un'assicurazione ad alcune persone, in quanto sono venute a conoscenza di alcuni loro dati genetici, da cui si evinceva che queste persone erano portatrici di alcune malattie genetiche. Quindi non è stata concessa a queste persone l'assicurazione sanitaria.

Quindi il diritto alla salute è un diritto dell'individuo da cui ci sono una serie di diramazioni: integrità, privacy, ecc.

Allo stesso tempo è un diritto collettivo in quanto è un diritto goduto da tutta la collettività. Tuttavia tutto ciò dipende dallo sviluppo economico della società: il livello di assistenza sanitaria in Italia non sarà lo stesso della Svezia, dove il livello è maggiore perché il livello di scelte politiche sono di erogazione di più fondi per quello che è il bene salute, ma naturalmente non può essere paragonato con i paesi in via di sviluppo, dove mancano i fondamenti dell'assistenza sanitaria.

Uno strumento molto importante è il Consiglio d'Europa che è un'organizzazione internazionale a carattere regionale con sede a Strasburgo, che ha adottato nel 1998 una convenzione sulla bioetica. Il titolo esatto è «Convenzione sulla biomedicina e i diritti umani». Un trattato vincolante da cui discendono obblighi per i governi e quindi anche per i politici e quindi per lo Stato e per chi prende le decisioni. All'articolo 3 stabilisce il diritto all'equo accesso ai servizi sanitari primari. Tutti gli stati devono garantire il diritto all'equo accesso. Equo accesso vuol dire accesso all'assistenza sanitaria senza alcuna discriminazione e diritto alla qualità di servizio offerto, cosa che in Italia non sempre succede. Il concetto di assistenza sanitaria espresso in questa convenzione riprende quanto è stato detto dall'OMS e afferma che «l'assistenza sanitaria racchiude un'ampia gamma di servizi comprendenti la promozione, la protezione della salute, la prevenzione delle malattie, diagnosi, trattamento, cura e riabilitazione». C'è un riferimento anche dall'OMS non solo alla diagnosi e alla terapia, ma anche all'aspetto dell'assistenza con il trattamento, la cura e la riabilitazione.

L'articolo 3 del trattato dice che tutti gli stati devono garantire un equo accesso all'assistenza sanitaria, tenendo presenti i bisogni e le risorse disponibili.

Anche se i governi e i politici hanno degli obblighi per garantire un'equa assistenza sanitaria tuttavia vi è il discorso delle risorse. Chi decide quante sono le risorse da destinare al bene salute sono i politici. Inoltre si parla di assistenza sanitaria di qualità appropriata, in linea teorica. Il commentario alla convenzione dice: «Cosa significa equo accesso all'assistenza sanitaria?». Vuol dire assenza di discriminazioni ingiustificate, anche se poi la nozione di equità

non è sinonimo di uguaglianza assoluta. Gli Stati, in conclusione, devono garantire un equo accesso all'assistenza sanitaria senza discriminazioni, tuttavia i Governi adempiono a quest'obbligo sulla base di quello che sono le risorse economiche che decidono di destinare al bene salute.

Il principio della discriminazione è importante venga fatto in una società guidata dalla legge di mercato contro trattamenti preferenziali e disuguaglianze nella gestione di registro di liste d'attesa nelle cliniche e negli ospedali.

Esso è tutelato con il diritto interno:

- articolo 32 della costituzione: «La repubblica tutela la salute che è un diritto fondamentale dell'individuo e della collettività e garantisce cure agli indigenti».

- la legge n. 833 del 1978 istituisce il servizio sanitario nazionale. Qui si esprime un modello di sistema sanitario che si fonda sui principi dell'universalità ed equità d'accesso ai servizi sanitari.

- il diritto sociale e sanitario, si riferisce all'obbligo a carico dei governi di garantire un livello adeguato di assistenza sanitaria, tuttavia il volume e la gamma dei servizi disponibili dipendono da fattori politici, sociali, culturali ed economici.

Le assicurazioni private variano da paese a paese. Ad esempio con paesi come Olanda e Stati Uniti c'è un sistema sanitario sostanzialmente privatistico, e quindi non è garantito un diritto all'equo accesso all'assistenza sanitaria e l'assistenza sanitaria è garantita solo a chi ne ha la possibilità. Attualmente il presidente degli Stati Uniti sta tentando di far passare una legge che preveda non solo assicurazioni private ma anche un sistema pubblico che conceda le cure mediche.

In Italia, Portogallo, Spagna e Regno Unito viene fornito l'assistenza ai cittadini. In Danimarca, Francia e Italia ci sono i ticket per il servizio erogato.

In conclusione, un'ultima considerazione: il nuovo codice deontologico per gli infermieri italiani, in quanto gli infermieri non sono più degli operatori sanitari dotati di diploma, ma professionisti sanitari responsabili dell'assistenza infermieristica. E' una nuova definizione: è un professionista sanitario che in quanto tale assiste la persona e la collettività attraverso l'atto infermieristico che è inteso come il complesso dei saperi, delle prerogative, delle attività, delle competenze e delle responsabilità in tutti gli anni professionali e nelle diverse situazioni assistenziali. Una svolta significativa di questo nuovo codice deontologico per la professione infermieristica si delinea col rapporto infermiere-paziente sostanzialmente, quindi non più rapporto medico-paziente, ma si porta enfasi sul rapporto infermiere-paziente. Due soggetti autonomi indipendenti che interagiscono: un patto sostanzialmente di fiducia che viene stipulato fra l'infermiere e il paziente.

Motivo di riflessione è quali scelte dovrebbero prendere i politici se vogliamo rafforzare il ruolo della figura infermieristica alla luce del diritto internazionale dei trattati visti. Adottare e vedere le dilazioni per cui gli infermieri e l'infermieristica siano centrali nello sviluppo della politica relativa allo stato sociale e alla salute sia in Unione Europea che in Europa. Supportare e facilita-

re un servizio sanitario equo e di qualità e contribuire allo sviluppo di un professionista sanitario, quindi un infermiere, che sia efficiente, competente ma soprattutto motivato. Sostenere la rappresentatività degli infermieri nello stato italiano in quelli che sono poi i luoghi dove si prendono le decisioni, come in Parlamento. Aumentare la consapevolezza della società civile di quello che è il ruolo dell'infermiere nella salute. Ed infine aumentare i poteri del personale infermieristico nelle scelte di fine vita ad esempio nel caso della problematica della sospensione delle cure, tema molto importante in quanto spesso si discute su queste questioni, ma chi decide? Il medico, i familiari, il giudice, ma mai viene fatto riferimento a quello che potrebbe essere un parere espresso dall'infermiere che è invece colui che ha un rapporto concreto e quotidiano con il paziente e quindi sarebbe da valutare e valorizzare il ruolo del personale infermieristico anche per quello che sono le scelte di fine vita.

RISPOSTE ALLE PRIORITÀ, CONSAPEVOLEZZA DELLA NECESSARIA GRADUALITÀ E NUOVI FONDAMENTI PER UNA SALUTE OLTRE I CONFINI

N. DIRINDIN

Torino

Il mio contributo è svolto tenendo conto della complessità del settore sanitario alla luce dei cambiamenti in atto o che potrebbero svilupparsi nel corso degli anni che stiamo vivendo a partire dalle considerazioni del limite che è la parola chiave delle giornate del congresso. Si è sviluppato questo tema cercando di capire cosa vuol dire limite scegliendo un particolare angolo di analisi che dovrebbe essere un contributo per tutti. Partire dal limite come carenze da superare, come difficoltà e rischi a cui dobbiamo far fronte in questo momento, in particolare nella nostra realtà nazionale, i quali vanno tenuti presenti e rispetto ai quali possiamo, forse, offrire qualche elemento di conoscenza e consapevolezza.

Vi sono indicati cinque limiti che esporrò in modo semplice e poi cercherò di approfondire.

Quali sono i limiti più importanti che abbiamo nel nostro sistema sanitario?

– La scarsa considerazione del sistema sanitario nazionale. Tema su cui dobbiamo confrontarci ed assumere atteggiamenti diversi. In Italia non abbiamo l'abitudine a dare valore al sistema che abbiamo. Spesso viene dato valore più dalle analisi internazionali che ci collocano sempre fra i primi posti al mondo come sistema di tutela della salute, ma molto spesso nel dibattito quotidiano, nel dibattito tecnico e nel dibattito politico il sistema sanitario italiano viene guardato per la parte delle carenze che sicuramente ci sono ed è importante che si cerchino di superare, ma non viene diffuso abbastanza la consapevolezza di questo sistema che, appunto, viene giudicata importante. Un primo lavoro che si deve fare è superare questo limite perché da questo possono partire tante azioni e interventi che sono indispensabili. Bisogna che i cittadini italiani siano consapevoli e siano orgogliosi di vivere in un sistema sanitario come il nostro e gli operatori del settore del servizio sanitario nazionale debbano pian piano acquisire sempre di più la consapevolezza di lavorare per la più grande istituzione nazionale, per una istituzione che è stata e continua ad essere dentro l'amministrazione pubblica e nel settore più all'avanguardia: nessun altro settore della pubblica amministrazione ha fatto gli sforzi di ammodernamento e di qualificazione che ha fatto il servizio sanitario negli ultimi 15 anni: non l'ha fatto l'istituzione universitaria, non la giustizia, non la scuola, non la difesa, e tanti altri settori. Certo c'è ancora molto da fare, però credo che dobbiamo imparare a dare valore alle cose fatte dal sistema sanitario nazionale perché non deve essere dato per scontato quello che abbiamo, altrimenti rischiamo di trovarci con un sistema che pian piano cambia.

- Il secondo problema grosso a livello macro che abbiamo di fronte è purtroppo una grande differenza fra nord e sud del paese. Ci sono alcune regioni del sud che sono gravemente in ritardo, però è importante si sia consapevoli che il sistema sanitario nazionale regge se riusciamo a recuperare queste regioni, altrimenti non regge e queste regioni da sole non ce la faranno. È una cosa che stiamo dicendo da tanto tempo in più sedi: c'è bisogno di studiare degli interventi diversi da quelli che con tanta fatica (per altro con qualche piccolo risultato) sono stati messi in atto fino ad adesso. Certo, il sistema non deve lasciare indietro nessuna regione.

- Il terzo punto è legato al secondo: quali rischi corre la sanità in attuazione del federalismo fiscale, quando avverrà l'attuazione. La sanità è stata sicuramente fino ad ora il banco di prova del federalismo perché c'è stata la prima realtà importante che ha decentrato l'autonomia in buona parte verso le regioni. C'è qualche rischio che la sanità sia considerata da coloro che vogliono il federalismo fiscale, uno degli obiettivi per modificare l'impianto e l'organizzazione del sistema.

- Quarto punto. Superare le difficoltà che costituiscono un limite: non avere politiche sociali adeguate che affianchino il settore sanitario. Bisogna che il settore sanitario rivendichi la necessità di avere al fianco un sociale forte perché se solo ha un sociale forte riesce a svolgere meglio il proprio compito. Spesso la sanità svolge un ruolo di supplenza rispetto al sociale che non c'è quasi o c'è molto poco, in maniera molto differenziata da regione a regione. È uno dei settori che nelle comparazioni internazionali ci mettono sempre più ai margini rispetto al resto del mondo sviluppato. Siccome il settore sociale non riesce ad uscire da questa situazione di stallo, forse una strada è quella che sia la sanità a rendersi conto che il suo futuro dipende anche in parte dalla capacità di far crescere l'integrazione con il settore sociale e di avere un settore sociale ugualmente sviluppato.

- Ultimo punto: l'invecchiamento della popolazione.

Per ognuno di questi punti darò degli elementi di conoscenza.

Il primo. La scarsa considerazione del sistema sanitario nazionale. Dobbiamo essere sempre più consapevoli che il problema di cui siamo stati prigionieri nei dibattiti politici e tecnici negli anni '90 e ancora oggi anche se in maniera un po' meno rilevante è quello che va sotto il nome della sostenibilità economica del servizio sanitario che è un falso problema. È un falso problema intanto perché l'Italia non spende più degli altri paesi. I dati disponibili dimostrano che da sempre l'Italia non spende più dei paesi che hanno un livello di sviluppo simile al nostro, non spende più della media dei paesi sviluppati, spende molto di meno complessivamente della Francia, della Germania ma anche della Gran Bretagna che fra l'altro è sempre stato tradizionalmente un paese molto parco nella spesa complessiva.

È un falso problema, perché i dati non lo confermano. Alla fine del decennio scorso e agli inizi di questo decennio, il Canada (che ha un sistema simile al nostro con problemi simili ai nostri) mise in piedi una commissione che si chiamava Commissione Romanov, proprio per studiare il futuro del sistema sanitario canadese. Uno dei temi era capire se il sistema canadese era ancora sostenibi-

le dal punto di vista economico. Questa commissione lavorò molto seriamente e arrivò ad alcune conclusioni riguardo al problema della sostenibilità economica del sistema sanitario canadese e affermò una cosa semplice: «Un sistema sanitario è sostenibile quanto il Paese vuole che lo sia», le decisioni sono decisioni politiche, strategiche non c'è nessuna analisi tecnica che ci dice quanto si può o quanto non si può spendere per la sanità. Sono scelte che fanno i diversi paesi e che fanno nelle sedi più appropriate, più o meno bene. Quindi il problema della sostenibilità anche dal punto di vista culturale, politico è un falso problema che spesso è tirato fuori strumentalmente per ottenere altri risultati.

Mi permetto di richiamare questi temi perché sono sicura che c'è in questo momento un problema di salvaguardare la natura pubblica e nazionale del nostro servizio sanitario, questo è un problema che abbiamo ormai da una ventina d'anni. È ciclico il rischio che si sgretoli una parte di questo sistema che ha tanti difetti ma anche tanti meriti e che porta a pensare che il problema non è la sostenibilità economica: il problema è la sostenibilità culturale. Abbiamo bisogno culturalmente di essere consapevoli di quale sarebbero le alternative; di essere consapevoli che il sistema non può essere dato per scontato, ma deve essere confermata questa conquista giorno dopo giorno.

Mi sono permessa di ricordare il sistema Americano, con quello che Michael Moore ci ha fatto capire anni fa, prima del presidente Obama (che sta iniziando ad affrontare) su che cosa vuol dire non avere una sanità universalistica e solidale. Dobbiamo fare tutto quello che ognuno di noi può fare per mettere in luce il rischio che non sia sufficientemente valorizzato quello che abbiamo. Bisogna migliorare: nessuna nasconde le necessità di miglioramento, ma non dobbiamo rischiare di perdere quello che abbiamo.

Secondo tema: le differenze interregionali. In molte occasioni abbiamo avuto modo di provare a ragionare su quali sono stati i risultati di questi 15 anni di regionalizzazione del servizio sanitario. E se l'esperienza della regionalizzazione che di fatto è un po' un'anticipazione di quello che potrebbe essere il federalismo fiscale, ha prodotto buoni risultati. Un po' tutte le analisi convergono nel dire che la regionalizzazione sino ad ora non è stata capace di accelerare i processi di convergenza fra regioni. Solo in qualche caso questo è avvenuto. In alcuni casi, alcune regioni hanno non soltanto consolidato la loro posizione di arretratezza, ma qualche volta il divario in termini non di spesa (da questo punto di vista i divari si sono ridotti) non è questa la parte più importante che ci interessa; in molti altri casi se pensiamo alla completezza dell'offerta, alla qualità dell'offerta, alla mobilità sanitaria, alla diffusione delle procedure più innovative, all'appropriatezza degli interventi, molti indicatori ci dicono che in qualche maniera questi divari sono aumentati, è un po' come se si fosse polarizzata la situazione: chi è partito da punti più arretrati non è stato capace di correre più velocemente degli altri per recuperare i divari: molto spesso la sua storia, la debolezza delle amministrazioni tecniche e la debolezza degli apparati politici non li hanno messi nella condizione di poter colmare i divari. Questo è un tema sul quale dobbiamo riflettere in questo momento perché probabilmente per recuperare alcune realtà regionali (e vanno recuperati perché o regge il sistema in tutte le regioni o

il sistema rischia di non reggere) c'è bisogno di qualcosa di più di quello che è stato pensato negli anni '90, con l'autonomia e il federalismo. L'immagine che veniva data era «buttiamo il bambino in mare vedrete che impara a nuotare», però non ce l'ha fatta, galleggia soltanto. C'è bisogno di qualche intervento straordinario perché le regioni in difficoltà (alcune regioni sono gravemente in difficoltà: quelle che hanno disavanzi enormi, cui sono messe in continuazione in difficoltà dal governo centrale, che hanno aumentato l'imposizione fiscale e che hanno soprattutto una risposta molto limitata) da sole non ce la fanno, neppure con il commissariamento e con i piani di rientro.

Qualche esperienza positiva c'è stata, ma in molti altri casi bisogna lavorare affinché queste differenze interregionali inizino ad essere superate con un percorso eccezionale.

Sempre più ci si rende conto che il settore sanitario è un settore complesso e ha bisogno di programmazione. Se poi non la si vuole chiamare programmazione per ragioni ideologiche non importa. Però persino regioni che l'hanno sempre rifiutata negli anni, in passato, hanno sostituito la programmazione con altri strumenti di governo.

Da quando è stato istituito il servizio sanitario, le regioni che hanno adottato piani sanitari del centro sud hanno abbandonato a se stesso il settore sanitario. Non hanno fatto programmazione. E così hanno accumulato dei divari che si sono aggiunti al divario di partenza. Hanno consentito al settore sanitario di essere aggredito dagli interessi economici, dagli interessi partitici, dagli interessi politici. E di fatto fanno fatica adesso a recuperare, anche se tutte le regioni si stanno adattando e stanno adottando una programmazione importante. Se si guarda bene è molto illuminante perché anche le regioni del nord che si trovano in difficoltà in questo momento sono le regioni che in qualche modo hanno fatto più fatica a far passare l'idea che un sistema così complesso abbia bisogno di regole. Che stiano dentro un piano sanitario, che siano dentro una delibera di giunta o una legge non è importante, ma è necessario che sia dentro un sistema di regole che siano rispettate da tutti.

C'è poi il limite legato ai rischi dell'adozione del federalismo fiscale che sarà attuato nel corso degli anni: sarà un processo molto lungo. Non sappiamo quanto e come verrà attuato di quello che c'è scritto nella legge 42 che è stata approvata quest'anno. Certo è che siccome il federalismo fiscale riguarda il finanziamento dei bilanci regionali, e siccome nelle regioni a statuto ordinario, la sanità pesa per i 3/4 e qualche volta anche di più (75-80% della spesa del bilancio della regione), il federalismo fiscale ha a che vedere prettamente con il settore sanitario. C'è il rischio che in qualche modo il federalismo porti a forme di attuazione che tocchino sulla capacità di tenere livelli di assistenza (LEA) almeno ai livelli attuali, perché c'è una convergenza di interessi da parte delle regioni ricche, a vedere ridurre i livelli di assistenza, perché così verrebbe meno il dovere di solidarietà interregionale che è implicito nel fondo di perequazione verticale previsto.

Questo è un tema importante. È un trend internazionale quello di andare verso l'autonomia e il federalismo, che in questo momento in Italia è ancora in una fase di definizione molto generale delle regole, ma l'applicazione può essere

fatta garantendo il sistema attuale e anche provocando modifiche che nel medio periodo potrebbero essere particolarmente preoccupanti per la tutela del diritto alla salute.

Abbiamo bisogno di politiche sociali più ambiziose.

La sanità che guarda sempre all'assistenza, all'integrazione socio-sanitaria, al ruolo del sociale con un po' di diffidenza e forse con un po' di superiorità. Credo che si debba imparare che senza una forte alleanza con le politiche sociali, la sanità rischia sempre di trovarsi in difficoltà.

L'Italia è agli ultimi posti fra i paesi sviluppati, quanto a persone ultra sessantacinquenni assistite in qualche modo: o in istituto o a domicilio.

È un terreno sul quale siamo molto indietro rispetto al quale non ci sono prospettive di vedere crescere se non grazie all'azione di singole regioni, ma il problema della non autosufficienza degli anziani, non è un problema di ogni singola regione, ma è un problema del paese. Il provvedimento, gli interventi, i finanziamenti devono essere nazionali. Poi l'organizzazione e il funzionamento potrà essere a livello regionale. Però non è possibile che per un tema così diverso, così importante le regioni siano lasciate da sole in base alla propria sensibilità. Dobbiamo pensare che l'alternativa a invecchiare certamente non è positiva. Chi ha la fortuna di trovarsi in situazioni, magari anche senza merito suo, da accontentare agli individui di raggiungere l'età più anziane e di raggiungerlo sempre più in salute (i dati ISTAT dicono che la cronicità insorge con 5-7 anni di ritardo rispetto a 10 anni fa) ha un dato positivo. Dietro a questo continuo sostenere che l'invecchiamento è il problema del nostro paese ci sta una coltura che guarda le persone solo fino a quando sono produttive, belle, presentabili, efficienti. E che mette in disparte e che considera fra le persone, fra gli ultimi, coloro che non sono in grado essere alla pari delle persone al massimo dell'estetica e dell'efficienza. Dobbiamo recuperare questo valore dell'invecchiamento. Di riconoscere il fatto che sia il risultato di politiche molto importanti che l'invecchiamento della popolazione hanno molto valore. Per esempio il valore di cura, il valore di assistenza nei confronti degli anziani, che è un valore importante e che gli infermieri conoscono molto bene.

Ci sono 2-3 ipotesi sulle quali bisognerebbe lavorare per superare questi limiti, che sono limiti culturali sui quali bisogna fare attenzione:

- promuovere la consapevolezza che il servizio sanitario nazionale non è scontato e che non va denigrato in tutte le sue parti: va criticato dove è necessario criticare, ma va valorizzato tra i cittadini e gli operatori per quello che fin ad ora è stato in grado di fare,

- bisogna che le regioni mettano in campo politiche per rinsaldare quel senso di appartenenza fra gli operatori del servizio sanitario nazionale: è una questione sulla quale si è lavorato troppo poco. Un sistema così grande, come è il sistema sanitario non può pensare di andare avanti senza creare una forte coesione anche visibile nei confronti della sanità,

- si deve fare ogni giorno qualcosa per dare più valore al lavoro di cura e per dare più valore all'attività dell'assistenza dentro e fuori dalle strutture sanitarie, perché altrimenti tutto quello che abbiamo detto sui diritti alla salute delle persone finiscono per essere soltanto diritti che stanno sulla carta,

- c'è infine un altro tema importante che è l'egoismo fra istituzioni, fra territori, fra regioni, in contrapposizione ad anni precedenti in cui invece si aveva più attenzione nei confronti della solidarietà interregionale. Questa è una tendenza pericolosa: ci sono elementi che si possono capire dietro questo egoismo, dovute all'inefficienze di alcune realtà dalle quali non si può continuare a pagare, però è anche vero che queste inefficienze devono essere superate anziché essere semplicemente abbandonate,

- la sanità ha bisogno di politiche sociali molto forti e poi c'è bisogno di continuare a seguire la strada dell'appropriatezza clinica, organizzativa nel garantire i servizi alle persone.

Questi sono alcuni dei limiti sui quali vale la pena riflettere e che possono prefigurare dei rischi importanti per il mantenimento e, anzi, il miglioramento del nostro sistema. Vale la pena discuterne e lavorarci insieme a categorie che sono così vaste e fondamentali per la sanità pubblica e che spesso non valorizzate come abbiamo detto.

LE PROFESSIONI NELLA SOCIETÀ POST-MODERNA: VERSO UN NUOVO PROFESSIONALISMO?

W. TOUSIJN

Università di Torino

La tesi che vorrei sostenere con il mio intervento è che i mutamenti della società e del sistema sanitario che sono stati assolutamente rilevanti e percepiti nettamente rispetto ad una fase precedente hanno portato a trasformazioni molto forti, anche rispetto al modello di professionalismo e del concetto di professione. Quando si parla di passato ci si riferisce al concetto di professione e di professionalismo fondato sostanzialmente sull'autonomia del produttore. Questo significa, dal punto della sociologia del lavoro, il modo di organizzare il lavoro in tutti i settori che è in genere una combinazione di tre logiche:

- una logica di mercato fondata sostanzialmente sul potere dei consumatori: quello di scegliere i prodotti attraverso queste loro scelte che determinano le decisioni che le altre aziende che producono questi stessi servizi adottano,

- una logica di gerarchia, di burocrazia che prevede invece le decisioni fondamentali assunti dalla figura del manager aziendale che determina l'organizzazione del lavoro. Queste due forme sono diventate prevalenti dalla fine dell'800 in tutti i settori produttivi eccetto il settore sanitario. In realtà la terza forma che chiamiamo

- professionalismo consiste sostanzialmente nella capacità, nel diritto che hanno i produttori, i lavoratori che producono beni e servizi di prendere le decisioni fondamentali sul loro lavoro, quello che normalmente rientra nel concetto di autonomia professionale.

Questa autonomia dei produttori nel resto dei settori, cioè in quasi tutti i settori industriali e del terziario dei servizi è scomparso o si è molto ridotto per effetto della diffusione delle altre due logiche della divisione del lavoro.

È rimasto invece nel settore sanitario e in genere negli altri settori dove ci sono le professioni di avvocati, architetti, notai che però sono settori più piccoli e comprendono poche professioni. Invece il settore sanitario è molto grosso e comprende molte professioni, occupazioni organizzate e istituzionalizzate in quanto professioni.

Questo tipo di modello professionale è caratterizzato dall'autonomia del produttore e ha una dimensione tecnica, poiché le decisioni che prende sono basate su competenze tecniche, ma ha anche una dimensione etica. Anche se in questo congresso non vi è tempo per analizzare la radice etica, questo termine sta a significare che i produttori dell'organizzazione del lavoro producono anche norme di comportamento che sono addirittura istituzionalizzate nei codici deontologici, che sono un'altra forma di autonomia delle professioni.

C'è un altro aspetto di questa autonomia che ha una dimensione individua-

le: il singolo produttore è autonomo sul proprio lavoro, prende le decisioni fondamentali; ma c'è anche una dimensione collettiva, cioè l'associazione professionale, l'organizzazione professionale prende anch'essa (sempre più in misura crescente in questi ultimi tempi), una serie di decisioni tecniche (linee guida dell'evidence based medicine, evidence based nursing) che sono forme di intervento in autonomia proprie della professione; sostanzialmente a livello collettivo ma che in qualche misura interferisce con l'autonomia individuale.

La fonte principale di questa anomalia del settore sanitario è una situazione di rapporto fra produttore e consumatore caratterizzata dalla frase «asimmetria informativa» citata dagli economisti, cioè una forma di disequilibrio nelle informazioni fra produttore e consumatore che potenzialmente si traduce in vantaggio o in termini di potere da parte del produttore, e di debolezza da parte del consumatore.

Questa è la situazione che ha dato luogo a questo modello di professionalismo che si è sviluppato e istituzionalizzato in Italia a partire dalla fine dell'800 con la istituzione dei primi ordini professionali e che è andato avanti fino alla fine del secolo scorso (pochi anni fa).

La tesi che sostengo è che questo modello di professionalismo è inadeguato ai cambiamenti che si sono verificati nel sistema sanitario ma più in generale nella società.

L'argomentazione di questa tesi è piuttosto complessa e articolata e vorrei analizzarli brevemente per ragioni di tempo a tre livelli:

- il livello della società che ha dato vita ad una serie di trasformazioni che si sono riflesse sulle riforme sanitarie;
- il livello del settore sanitario;
- le conseguenze a livello di singole professioni.

Incomincio dal livello intermedio perché è quello che conoscete di più e su cui avete ragionato di più: il sistema socio-sanitario ha attraversato dagli anni '90 in poi in Italia, ma anche in altri paesi, una fase di riforme sanitarie che ha avuto secondo gli analisti un carattere epidemico che sono avvenute in tutti i paesi occidentali avanzati.

Ho selezionato alcuni processi che sono più rilevanti ai fini del discorso sulle professioni:

- il processo di aziendalizzazione che dal nostro punto di vista ha una rilevanza notevole sulle conseguenze delle professioni, si tratta di domandarsi se l'aziendalizzazione ha prodotto una riduzione dei poteri dei professionisti (dell'autonomia del professionista) a favore delle decisioni di tipo manageriale;
- diffusione del consumerismo. Il consumerismo è il termine con il quale si indica normalmente una serie di atteggiamenti e comportamenti da parte del paziente che sarebbe il consumatore che fa scelte che ha esigenze molto maggiori rispetto al passato ed è più informato e più «aggressivo», ed è più capace anche, essendo sostanzialmente più istruito, a prendere decisioni importanti. È meno deferente, come si diceva in passato, nei confronti del professionista, ed è più esigente nei confronti delle prestazioni professionali;
- un terzo processo importante di trasformazione è il processo di trasfor-

mazione socio-sanitaria. Tale trasformazione è partita dal '78 che lo poneva fra i propri obiettivi: è un processo che è partito con organizzazioni di equipe multi-professionale sul territorio per molti servizi e questo pone nuovi problemi ai rapporti fra le diverse professioni. Le professioni sono le vecchie professioni caratterizzate da autonomia, cioè da giurisdizioni professionali, perché indica bene il fatto che ogni professione cerca di individuare una propria giurisdizione, un proprio terreno, un proprio territorio, sul quale rivendica il monopolio e dal quale cerca di tenere fuori gli estranei, in una guerra di confine fra le professioni che è senza fine: è sempre stata molto combattuta e ha dato luogo a conflitti piuttosto aspri. Questo problema di confini professionali nell'equipe multiprofessionali generano conflitti o tensioni, generano un modo di organizzare il lavoro che richiede un ripensamento importante perché l'interazione fra le diverse professioni in nome di esigenze del paziente vanno verso il recupero di una prospettiva di tipo olistico sulla cura e sull'assistenza del paziente. Sono sfide importanti per le professioni tradizionali;

– fra le trasformazioni, la più importante è il processo di regionalizzazione, che però al fine delle professioni non è particolarmente rilevante perché le professioni come sapete sono regolate/normate a livello nazionale e non a livello regionale.

Queste cose sono abbastanza note ai professionisti sanitari. Meno attenzione sono state trovate sull'analisi delle cause di queste trasformazioni: la necessità di salire ad un livello «macro» di società per cercare una spiegazione di queste trasformazioni e questo ci dà un'idea delle forze in campo, che spingono per un cambiamento delle professioni. C'è una versione economica di questo cambiamento: alla questione dei costi, che meriterebbe di essere approfondito. La ragione principale che viene evocata per questa ondata di riforme è che la sanità costa troppo, ma è una spiegazione piuttosto semplicistica. In realtà porrei l'accento più in generale sulla diffusione del neo liberismo nei settori dell'economia e nei processi di globalizzazione e in generale sull'idea che la regolazione del mercato debba essere dominante in tutti i settori, e in quelli in cui non lo è ancora: perché è principalmente una forma di regolazione statale nei welfare state, il mercato deve essere introdotto per produrre efficienza in nome della libertà di scelta del consumatore e quindi occorre attuare politiche di empowerment che mettano il consumatore in condizione di scegliere. Sarebbe in condizioni di debolezza ma deve essere rafforzato perché possa scegliere e quindi introdurre meccanismi di concorrenza, di produzione, di efficienza, anche nel settore sanitario. Il settore sanitario ha sempre badato all'efficacia, ma non ha mai posto molta attenzione all'efficienza: oggi deve farlo per entrambe e questo comporta tutta una serie di riforme che abbiamo visto.

Oltre a questo processo c'è una componente più di natura sociologica che pone l'accento su questo concetto di società post moderna, cioè negli ultimi 30-40 anni (grosso modo negli ultimi decenni) un processo che i sociologi chiamano di individualizzazione; con la quale si indica un indebolimento delle appartenenze tradizionali a gruppi sociali che funzionano in maniera intermedia fra l'individuo e la società: ognuno di noi si percepisce come individuo, che però è

inserito in una società. In mezzo fra l'individuo e quella cosa un po' generica che chiamiamo società ci stavano e ci stanno una serie di istituzioni intermedie, per esempio la famiglia, la classe sociale, i movimenti, i partiti politici, le professioni che mediano e funzionano come guide per il nostro comportamento. La famiglia ci forma e ci istruisce, ci da dei valori e dei criteri. Non siamo soli: siamo inseriti dentro le strutture intermedie. Queste strutture intermedie non sono scomparse, ma si sono indebolite: l'indebolimento della famiglia, della classe sociale, dei partiti politici che si sono trasformati. Questo fa sì che un individuo sempre più isolato debba prendere una serie di decisioni importanti per la propria vita e nel nostro caso per la propria salute. Questo è il punto fondamentale. Il consumerismo, l'empowerment del consumatore viene sostanzialmente da questa nuova capacità, ma anche da una nuova volontà dell'individuo di prendere la propria vita nelle proprie mani, prendere le decisioni fondamentali per seguire attivamente la propria salute come è nella definizione dell'OMS (salute come benessere complessivo e non più come assenza di malattia).

Questo individuo viene chiamato riflessivo, infatti si parla di riflessività dell'individuo, nel senso che ha una capacità e un desiderio di intervenire attivamente e di fronte alle scelte fondamentali ha diverse prospettive di comportamento, diverse alternative, ha la prospettiva tradizionale della razionalità della scelta.

Fidarsi degli esperti: tutti noi ci fidiamo degli esperti. Gli infermieri sono esperti per il paziente, il paziente che è un idraulico, è un esperto per noi perché ci ripara il lavandino, ecc. Abbiamo sempre bisogno di esperti. Gli esperti fondono la loro capacità di risolvere i problemi sulla competenza tecnica, quindi su un aspetto di razionalità. Il punto essenziale dei teorici della società post moderna è che questa razionalità va incontro a dei limiti, e i cittadini si sono resi conto dopo di quello che comportava l'evento a seguito di una serie di eventi abbastanza eccezionali: da Chernobil, a il buco dell'ozono, dalle catastrofi climatiche naturali, a quelle industriali ecc. Le possibilità della scienza non sono infinite, o comunque richiedono una valutazione di tipo soggettivo da parte degli utenti della scienza. Il binomio razionalità + soggettività è detto in maniera frettolosa: si tratta di capire qual'è il mix di razionalità e di soggettività.

Un aspetto importante che riguarda proprio le professioni è che queste hanno cercato sempre (soprattutto le professioni mediche) di oggettivizzare il problema: la persona malata è stata ridotta con un doppio riduzionismo alla malattia. Il paziente non è Mario Rossi, ma è un diabete. Poi la malattia si è ridotta al fegato, all'organo. Però il punto essenziale è che oggi questo processo di oggettivizzazione va incontro ad un limite perché le persone incontrano e manifestano nuove esigenze di soggettività. Se l'esperto non dà la soluzione per l'influenza, decido io se vaccinarmi o non vaccinarmi. C'è un recupero di soggettività di cui il professionista deve tenere conto. Il tentativo del professionista è sempre stato quello di percorrere la strada dell'oggettività: i sintomi, le diagnosi, le terapie, i farmaci, che sono tutte strade oggettive. Si tratta di trovare un nuovo equilibrio tra razionalità e soggettività. Questo significa che la fidu-

cia nella scienza è condizionata e il concetto centrale che spiega questa situazione è la accountability che volutamente non ho tradotto perché non mi piace l'uso della parola responsabilità che acquista subito una connotazione giuridica in questo contesto non ha significato. Il professionista oggi deve rendere conto al paziente, al cittadino, all'esterno della categoria. Quando mai i professionisti hanno reso conto a qualcuno? Il potere dei professionisti deriva proprio dalla loro competenza tecnica che li rende inaccessibili dall'esterno. Questa inaccessibilità non c'è più. Dall'esterno spingono per entrare e capire, farsi spiegare e se necessario, prendere le decisioni. Questa è la situazione e credo che si possa una riflessione su un nuovo modello di professionalismo. Questo aspetto ad una platea di infermieri è paradossale: proprio nel momento in cui, negli ultimi 15 anni si sono ottenute una serie di conquiste senza precedenti nella storia (dal profilo professionale, all'abolizione della parola ausiliario, all'istruzione universitaria, all'autonomia professionale), proprio in questo momento che ci sono i pilastri del professionalismo tradizionale, quest'ultimo viene indebolito. Non si tratta solo per i medici di un attacco alla loro professione come loro stessi la percepiscono: è una battaglia in corso. È rivolto a tutte le professioni, compresa quella infermieristica. Si tratta di logiche come quella manageriale, come quella consumerista, che spostano il potere dai professionisti verso altri soggetti. L'incontro di queste diverse logiche ha degli esiti che non sono ancora definiti, che sono o saranno dovuti alle diverse strategie che le professioni, come gli altri soggetti coinvolti in questo processo, sapranno adottare. Però non è una strategia vincente quella di imitare il vecchio modello professionale (per esempio i medici) che è decisamente sotto attacco. Si tratta di costruire un nuovo tipo di professionalismo.

Si trova qualche idea sui limiti della medicina perché tutte le professioni sanitarie attingono da questo grande patrimonio di conoscenza che chiamiamo scienze mediche o scienze sanitarie o in generale medicina. La medicina di oggi fondata sul paradigma biomedico che si è imposto a fine '800 e miete ancora grandi successi, ma sicuramente ripensata ed integrata in termini di grande finalità. Del resto la medicina di fine '800 era adatta a quel tipo di società che era la società industriale con alcuni bisogni sanitari. Forse i bisogni sanitari di oggi sono nuovi, e quindi la medicina deve ripensare addirittura alle proprie finalità che per 150 anni sono state date per scontate. La finalità della medicina è curare una patologia: il paziente deve tornare come nuovo. L'essenza della medicina è questa, ma oggi questo non basta più. Sulla questione dei limiti della medicina abbiamo tre risposte possibili:

- quella delle professioni in senso tradizionale del termine;
- risposta tecnografica, decidiamo noi che cosa è bene e cosa è male. Dove si va e cosa si fa, dove si spendono i soldi per la ricerca, qual'è la tecnologia più appropriata: hanno sempre deciso i tecnici e vorrebbero continuare a farlo. C'è una risposta diversa che oggi acquista sempre più importanza perché le frontiere e i limiti della medicina sono stati spostati di molto in avanti: la genetica, la mappatura del genoma, la questione dell'eutanasia hanno colto i problemi etici. Anche qui i rischi sono di dare una risposta in termini esclusivamente

etici: Englaro l'ha dovuto fare. E così altre persone meno famose di lui hanno dovuto prendere una decisione: una risposta individuale basata su valori morali: decido io se stacco la spina o no. Non posso chiedere al professionista di decidere e posso decidere io. È un rapporto di questo tipo.

- La terza via possibile è una risposta politica. Non sono alternative: tutte e tre vanno tenute sempre presenti. Però sono un po' pessimista, in questo momento, la terza via che è quella di dare una risposta politica in termini di finalità collettive: che cosa vogliamo fare e dove vogliamo spendere i soldi della ricerca: vogliamo smettere di ricercare la mappatura del genoma.

Si tratta di tradurre le istanze professionali e quelle dei cittadini basate su diversi valori morali, perché su questo i cittadini sono spaccati: alcuni la pensano in una maniera altri la pensano in un'altra. Cosa risponde il professionista di fronte a questi dilemmi? C'è bisogno di un livello politico di analisi delle finalità collettive. Gli altri temi sono relativamente banali però già noti: c'è bisogno di processi formativi. L'autoregolazione del professionista sta passando dal modello individuale a quello collettivo (problema di regolazione collettiva, di linee guida e di protocolli), un problema di gestione degli errori, problema ben noto, ma non si fanno grandi progressi, sulla direzione di trasformare un errore professionale in un processo di apprendimento collettivo invece che di ricerca del colpevole e punizione del colpevole come invece è ancora prevalente. Infine c'è il discorso del lavoro di gruppo professionale che sicuramente è una sfida notevole e richiede al professionista la capacità di arroccarsi nella difesa di uno specifico infermieristico finalmente conquistato: siamo autonomi dimostriamolo facciamo il nostro lavoro. Temo non sia più attuale e così facile: non lo è per i medici non vedo perché lo deve essere per gli infermieri, la capacità di difendersi dentro i propri confini se non ci sono più confini.

ESSENZIALE UN NUOVO BILANCIAMENTO TRA DIAGNOSI/TERAPIA ED ASSISTENZA

F. MOGGIA, E. DRIGO

Aniarti

È evidente nel nostro paese, la diffusa concezione di apprezzamento per le possibilità tecnicamente usufruibili della medicina sulle patologie.

Ancora, l'approccio di «meraviglia», anche nel campo della malattia e della vita stessa delle persone, per i superamenti dei limiti intravvedibili in continuazione, rispetto a situazioni precedentemente ritenute insormontabili, dice la stima intatta per il «nuovo» sempre a portata di mano ed accattivante.

Il continuo reclamo di una maggiore qualità di vita ed al rispetto profondo della dignità e dell'autodeterminazione anche nella situazione di malattia, indicano bisogni sempre più elevati, complessi e NON soddisfatti, evidentemente.

Il fenomeno dell'enfatizzazione della «malasanità» anche questo sta a significare: le cose che non funzionano, specialmente nel settore della cura delle persone, devono cambiare.

L'esigenza manifesta una progressiva crescita e maturazione, sicuramente positiva, delle persone e delle società.

Di assistenza si sente molto parlare come di una necessità diffusa, ma è paradossale come venga sempre sorvolato il contenuto dell'assistere, come vengano ignorate le persone che concretamente «assistono», praticano l'assistenza, le danno consistenza, traducono in azioni tanti discorsi. Discorsi molto seri, ma che, se non esistesse chi li traduce in attività rimarrebbero pura «chiacchiera».

È paradossale questo sorvolare sull'assistenza, perché evidenzia uno sfuggire ad un impegno forse inconsciamente percepito come complesso, gravoso, coinvolgente perché fa vedere se stessi nell'altro-da-assistere.

Indicativo e lampante il fenomeno della carenza di infermieri.

Oggi si assiste ad una modesta ripresa dovuta al fenomeno della carenza di lavoro, adesso anche nel nostro paese, in seguito alla crisi economica. Compensazione per motivazioni certamente poco nobili perché spinta dalla necessità, non prevalentemente per scelta.

In una società avanzata, si dovrebbe fare un'operazione di razionalità, se non proprio di responsabilità.

L'assistenza è una necessità molto estesa, le risorse/energie dedicate devono essere di conseguenza, estese.

Oggettive osservazioni evidenziano che gli investimenti di ogni genere nella direzione della diagnosi e cura sono quasi sempre non-negati – quando non spinti all'eccesso – mentre quelli, di ogni genere, per l'assistenza sono ancora scarsamente considerati ed ottenuti a fatica.

Alcuni esempi:

Le sedi di specialità mediche si continuano a moltiplicare al di là di ogni razionalità, e diciamolo, a volte si inventano di sana pianta!

Vengono catalogate patologie e diagnosi del nulla («Sindrome da stanchezza cronica»...) che se hanno l'effetto lenitivo di attribuire importanza al problema del singolo che soffre di alcuni disturbi, a volte hanno lo scopo di trainare lustro al primo coniatore dell'espressione più o meno fantasiosa;

le cronache dicono a sufficienza di attrezzature costosissime ferme, sottoutilizzate, usate in maniera inappropriata, di cui si abusa, che diventano volano di prescrizioni inutili e generatrici del fenomeno delle «code»...

Il paradossale, anche qui, è che non si riesce a ragionare – ragionare! – sulla radice del fenomeno delle code: l'importante sembra essere che qualunque «giocattolo» sia reso disponibile al singolo, a tutti i singoli che lo desiderano. Perché ormai, i malati dicono al medico che esami farsi fare... e naturalmente in un rapporto del tipo «azienda-cliente», il cliente ha sempre ragione e va soddisfatto. Un rapporto clientelare, appunto.

Si potrebbe continuare.

Si deve riuscire a comprendere e far comprendere, che NON sarà possibile una qualità di vita complessiva nella situazione di malattia, se questa qualità viene pretesa per una parte del processo (diagnosi e cura) e quindi praticata solo da una parte del processo e non invece condivisa e resa praticabile a livelli accettabili da tutti gli ambiti che si occupano della vita delle persone (soprattutto l'assistenza diretta alle persone).

È necessario far togliere allo struzzo, a tutti, la testa da sotto la sabbia...

Il problema, complesso, molto complesso, dell'assistenza esiste ed è evidente.

Il problema, questo problema, va affrontato.

Non si intende qui fare un discorso rivendicativo e pretendere, con ottica retrograda, di tagliare altro (medicina, tecnologie, ...).

Certo si deve voler razionalizzare, che significa rendere tutto – tutto – al criterio dell'appropriatezza, ed agire di conseguenza.

Si deve pretendere di far emergere l'assistenza infermieristica alle persone, come fattore determinante per la qualità. Ci sono da anni anche ricerche che dimostrano il rapporto diretto fra quantità di infermieri – solo la quantità – e minore numero di decessi.

L'ambito di competenza dell'infermiere è il più esteso, perché comprende, oltre a tutti gli ambiti dell'attività specificamente clinico-sanitaria, nessuno escluso, anche tutti gli ambiti dell'assicurazione delle attività/necessità di vita per le persone in situazione di malattia (ai suoi diversi livelli di gravità, complessità, variabilità nel tempo).

Non si può pensare che un sistema complesso possa reggersi ancora solo sulla sola clinica.

La consapevolezza di questa situazione oltre che irrazionale ed insostenibile, deve essere fatta emergere a problema sociale.

È una questione di semplice razionalità sul piano organizzativo.

Ma è una questione di drammatico depauperamento squisitamente cultura-

le se non si riuscirà a fare questo passo vincendo l'infantile attrazione per il facile e lo stupefacente per orientare intelligenza ed energia sulle necessità primarie.

La sfida per gli infermieri è voler e riuscire a:

- dimostrare con i fatti e i dati, che l'assistenza comprende al proprio interno la diagnosi e la cura (e non è solo una propaggine semplificata di quella: caso mai è vero l'inverso): le due parti del processo - assistenza e cura - non vanno tenute separate ma devono essere integrate;

- dimostrare che l'assistenza determina buona parte della qualità di vita delle persone e

- determina buona parte della qualità anche dei risultati sanitari complessivi, dunque della medicina in primis.

- Dimostrare che si tratta non tanto di bloccare lo sviluppo dell'evoluzione di diagnosi e cura, quanto di far fare un salto di qualità alle possibilità di cui l'assistenza dispone.

Un riequilibrio complessivo del «peso» reale fra diagnosi, cura ed assistenza (anche a livello di dignità delle competenze e delle responsabilità) è una necessità organizzativa, non una banale rivendicazione di un gruppo professionale in lotta per prevaricare su altri.

Competenze e responsabilità dell'infermiere si estendono anche su alcuni aspetti della diagnosi (garantire le procedure diagnostiche...) e la terapia (assicurare i trattamenti terapeutici...). Gli infermieri devono rendersi consapevoli che non sono «competenti muti» rispetto alla clinica, di cui solo il medico sarebbe autorizzato a parlare; gli infermieri, per poter fare una buona assistenza, hanno studiato anche la clinica, la patologia, ecc... hanno fatto esperienza, hanno acquisito competenze avanzate nel tempo ed in specifici settori dell'assistenza, e allora devono, mettere in gioco la loro competenza anche clinica con gli altri professionisti per le porzioni di responsabilità relative.

Non è un optional ma un dovere!

La sfida per la medicina è di riscoprire il valore della collaborazione rispetto alla prevalenza di una parte, della parità delle competenze rispetto alla superiorità di diritto storico di una sola competenza, della corresponsabilità rispetto alla gerarchia fine a se stessa.

Riscoprire che anche la diagnosi e le terapie acquisiranno altri ed arricchenti parametri di valutazione se sapranno integrarsi con i contributi provenienti dall'assistenza.

La sfida per la società è di interessarsi nel futuro prossimo-immediato in maniera più oggettiva, matura ed equilibrata all'assistenza oltre che alla cura: da questo anche dipende molto la qualità della vita.

Non si potrà pretendere di non attribuire dignità a questo aspetto e volerne ricevere delle prestazioni di qualità.

In sostanza, andranno investite risorse culturali, progettuali, umane ed economiche per trasformare in evoluzione una situazione palesemente sbilanciata in un senso (la medicina) e monca in un altro (l'assistenza).

Le persone più deboli stanno pagando questa incongruenza e questo ritardo culturale.

LA QUESTIONE DEL LIMITE COME NUOVA DIMENSIONE ETICA E RISORSA CULTURALE

D. ZOLETTO

Università di Udine

La questione del limite è questione molto complicata: dovrei parlare bene di una cosa di cui di solito si parla male. Vi parlo da filosofo e quindi cerchiamo di fare qualche capriola o uno sguardo diverso su alcune parole e alcune cose. Il limite richiama sempre il doverlo superare e sicuramente abbiamo bisogno di vedere concretamente alcuni limiti e abbiamo bisogno concretamente di trovare modi per superarli. Abbiamo avuto tanti contributi questa mattina per superarli, però non sempre si devono accettare i limiti. Molte volte i limiti vanno inquadrati, precisati e possibilmente superati. Però voglio mostrare anche come i limiti sono qualcosa da non superare, con cui dobbiamo convivere e sono qualcosa che è decisivo per poter avere una qualità di vita positiva. Questa è un po' una provocazione: non è che devono essere accettati tutti i limiti, però in qualche senso l'idea di limite potrebbe essere qualcosa da riscoprire e con cui dobbiamo prendere confidenza. In qualche modo è quello che chiedo io che voi insegnate a me. Mi sono chiesto preparando l'intervento di oggi che cosa io fra le altre cose vorrei imparare da voi, che cosa vorrei che mi insegnaste, cosa credo che potreste insegnare a me in quanto non professionista in questo ambito e quindi a tutti coloro che non sono professionisti in questo ambito. Che cosa voi potreste insegnare e non solo che cosa potreste fare operativamente, cosa potete costruire come pratiche pensate ed efficaci, ma anche che cosa potete portare come contributo culturale a chi è fuori dal contesto vostro e a chi potrebbe guardare a voi come qualcuno che ha da insegnare qualcosa. Fra le altre cose a me piacerebbe imparare da chi è esperto di assistenza qualcosa su che cosa è un limite, su che cosa c'è attorno ad un limite, come possiamo fare del limite un'occasione importante per crescere dentro al limite.

Ho preparato una riflessione con alcuni passi. Partirei con una domanda che è una domanda su cui alcuni filosofi hanno ragionato di recente, e l'hanno ripresa come domanda centrale.

Farò due riferimenti: uno è di un filosofo-sociologo piuttosto noto e importante Baumann, l'altro un romanziere Wallas altrettanto famoso.

Baumann in un testo che vi suggerisco di leggere perché breve e facilmente rintracciabile ha scritto una cosa molto interessante. È un saggio uscito in un volume che si intitola «Società individualizzata» dell'edizione Mulino 2001. Nel capitolo «Società individualizzata», c'è un sottocapitolo che si chiama «Sono forse io il custode di mio fratello?», che cita la domanda retorica che qualcuno fa a Caino, visto che Abele non si vede più in circolazione. E Caino risponde con questa affermazione.

L'autore riferisce che il più delle volte si risponde in questo modo per poter ci lavare le mani dalle faccende che vogliamo schivare. Questo tipo di domanda retorica dice Baumann è alla base di ogni comportamento immorale. Il comportamento immorale secondo questo filosofo-sociologo precipita nel fatto di chiedere che cosa c'entro io con quella cosa lì: non è compito mio, non c'entro io, non posso farmi carico di Abele. Questa domanda è centrale per vedere come la nostra società diventa sempre più immorale, perché ci chiede di non farci carico di Abele. In sostanza la nostra reciproca dipendenza ci rende esseri etici, cioè sapere che Abele dipende da me e io da lui.

Ma la domanda di Caino è che cosa c'entro io con Abele: «non c'entro niente lasciami in pace». Ma se dico che non c'entro niente, Baumann sostiene che non c'è moralità, addio comportamento etico, addio responsabilità. La nostra società ci invita in realtà a questo oggi: a non farci carico di Abele. A non farci carico della vulnerabilità. In realtà quello che noi non vediamo, perché ci viene chiesto di non vedere e ci viene fatto pensare di non vederlo è che noi siamo dipendenti. La nostra è una società che elogia, idealizza, assolutezza l'autonomia e l'indipendenza e tutti coloro che non sono autonomi e indipendenti sono persone tendenzialmente da lasciare ai margini. Tutti noi siamo dipendenti. L'idea di essere autonomi e indipendenti è un abbaglio. Per una parte della nostra vita pensiamo di essere autonomi, ma in realtà per alcuni mesi e anni dall'inizio, per metà e durante la nostra vita non siamo per niente autonomi in modo vistoso e chiaro: se mi rompo una gamba non sono autonomo. Però tendenzialmente siamo in una società in cui l'autonomia e l'indipendenza sembra la cifra dominante. Caino (io) è indipendente: non chiedermi di Abele. Però dice Baumann se noi non ci chiediamo anche che cosa ne è di Abele, noi non siamo etici e non siamo morali. Però questo è del tutto contraddittorio con la storia contemporanea e noi dobbiamo essere molto chiari e molto lucidi nel sapere che un comportamento morale, in questo senso non è coerente con il contesto in cui viviamo. Chiede una fatica grande che si aggiunge alle fatiche quotidiane del lavoro.

In qualche modo l'idea è che sono quindi i limiti che ci rendono etici. L'idea è che io non sono onnipotente né su me, né su altri. Per molte cose sono nelle mani degli altri praticamente, in alcuni momenti in modo chiaro, in altri in modo meno chiaro, ma questa nostra dipendenza reciproca (uso il termine dipendenza e non interdipendenza per essere più provocatorio, perché interdipendenza ci da un tono. Essere dipendente non si è autonomo). Questi sono i limiti: il fatto che non si è onnipotenti, non ho modo di decidere di tutto e di riuscire in tutto. Questo è quello che ci rende persone morali.

Sempre Baumann dice: «dov'è che allora si vede se una società è civile o incivile?» Si vede da come stanno le persone che stanno peggio: un ponte sta su perché il pilone più fragile non cede. Una società sta su perché le persone più fragili e vulnerabili vivono male. Però queste persone più fragili sono quelle che per come ho ricostruito lo scenario contemporaneo sono insignificanti per il contesto contemporaneo. Noi abbiamo questa cosa contraddittoria per cui se andiamo a vedere se la nostra società è di qualità, dobbiamo andare a vedere

come stanno quelli più vulnerabili, più dipendenti in modo vistoso da noi. D'altra parte costoro sono proprio quelli/e che la nostra società tende a mettere ai margini. Quello che è stato detto stamattina sul sociale è lampante. Lo stato sociale è azzerato, nel mondo contemporaneo ma anche in Italia: non ci si fa carico di Abele. Secondo Walles e States c'è un problema molto semplice che serviva una volta e che adesso non serve più. Serviva quando lo Stato aveva bisogno di tenere in buona salute un buon numero di persone per poter lavorare nelle fabbriche, per andare in guerra e per una serie di cose che oggi non servono perché gli eserciti non ci sono, le fabbriche hanno bisogno di meno manodopera. È facilmente interscambiabile: vedere tanta gente che sta bene non serve. E si privilegia chi è autonomo, chi è indipendente e abbandono l'attenzione ai piloni deboli. La società contemporanea rimuove i limiti, rimuove la dipendenza, ottimizza le procedure, razionalizza le procedure (bisogna razionalizzare naturalmente, però bisogna guardare con modo critico mentre razionalizzo). Le procedure devono ottimizzare in qualche modo e si devono trasformare in modalità tecniche che spezzettano le cose e spezzettandole ti fanno fare una cosa e non l'altra. Parcellizzano: si risponde di una cosa e non del resto, non preoccuparti di dove vai perché ti devi preoccupare solo di certe cose. In tutto questo assolvo ai miei compiti senza vedere dove va a finire la strada. La strada va in questa direzione che nessuno si pone la domanda chi è Abele. Le persone che soffrono di handicap, malate, gli anziani lo abbiamo visto oggi sono in qualche modo messe a margine perché non servono nel meccanismo e modello sociale che caratterizza la società contemporanea e con loro vengono messe a margine anche le persone che stanno con le persone vulnerabili. Le professioni dell'assistenza (infermiere, ma anche altre figure che accompagnano persone vulnerabili) sono professioni che vengono accantonate perché vanno rimosse tendenzialmente insieme a coloro che non sono rilevanti come cittadini.

La direzione è esattamente l'opposto a quella in cui invece vadano tutte le cose dette in mattina al congresso, in cui vada il tentativo lucido, concreto e poco parlato e molto pratico di portare al centro la domanda «sono io il custode di mio fratello?». «Sì, sono il custode di mio fratello», perché un domani qualcun altro così dirà a me.

Questa è la direzione opposta a quella in cui si va. Il fatto è che le professioni d'assistenza (non infermiere, ma altre figure che accudiscono o meglio sono vicine a persone vulnerabili) tendenzialmente sempre di più sono in mano agli immigrati, cioè a figure marginali. Le persone che stanno male a casa (e si spera di avere una buona qualità a casa), scompaiono insieme alle persone che le accudiscono: è la situazione degli anziani e delle badanti. Scomparsi tutti perché sono esterni al modello che vi dico, perché non sono autonomi e vanno tutti emarginati.

L'infermiere è l'unica figura in questo mondo che può tentare di andare in direzione opposta perché può avere la forza di segnalare che il limite, cioè la domanda sulla vulnerabilità degli altri, sul prendersi cura degli altri in modo professionale e professionalizzante va riportata al centro come indicazione eti-

ca. Chi è in stato in assistenza (non di assistenzialismo naturalmente) è esperto dei limiti, della loro importanza della dipendenza di cui tutti noi siamo fatti per pari della nostra vita. È esperto di questo e ha il compito in qualche modo di ricordare agli altri che siamo dipendenti.

Se voi siete esperti di assistenza siete esperti di relazioni con situazioni chiaramente di dipendenza. Siete coloro che possono ricordare e riportare al centro del divarico culturale l'importanza delle relazioni di dipendenza e del farsi carico anche delle persone che sono dipendenti e della vulnerabilità. Questo è un'operazione tecnica e culturale perché un segnale in contrapposizione netta ai segnali culturali dominanti. Chi è esperto di assistenza è esperto di etica. Indubbiamente io riconosco che non è il mio mestiere e non posso in alcun modo toccare, però se accettiamo l'impostazione che vi ho proposto e che spero di condividere con voi per suscitare le proteste vostre o le perplessità vostre, l'etica sta nel essere responsabili, attenti a chi è dipendente e vulnerabile. Questo vuol dire che l'esperto di etica è quella persona lì. Non la persona come il filosofo che vi dice l'etica che cos'è. Ma la persona che mi contesti in modo pensato, professionale, non improvvisato, anche affaticato a volte e si fa carico della relazione con chi è vulnerabile e quindi del limite anche del non superare il limite. L'infermiere non è onnipotente lo sa e lo percepisce. Forse il medico si percepisce come onnipotente perché si allontano di tre passi dal punto in cui l'onnipotenza va in crisi. L'infermiere è lì, nei pressi, nella situazione in cui si capisce che non si è onnipotenti. Percepisce il limite, dovrebbe essere esperto del limite e dovrebbero essere colui che insegna come stare nel limite facendomene carico e facendo in modo che sia una situazione di qualità della vita sia mia sia di chi è in quella situazione di limite. Non so se sono stato troppo lontano dalle situazioni che avete detto. È il mio modo. Il modo che sentivo meno disonesto di assolvere alla consegna datami. Dire perché il limite è una risorsa, è una dimensione etica ed una risorsa culturale. È una dimensione etica perché mi mette a contatto del fatto che io non sono onnipotente, che non sono indipendente, non sono autonomo, sono antartico, ma che devo pendere atto delle mie relazioni di dipendenza. Nelle relazioni di dipendenza sono morale, dicono i filosofi. Non sta in piedi però. D'altra parte è un compito culturale perché una cultura che va in direzione opposta. Chiudo con la frase di uno scrittore famoso, David Consevolland, che è morto nel 2008. Una delle ultime cose che ha scritto è un racconto che si intitola «Come l'acqua» che incomincia con 2 giovani pesci che nuotano e incrociano un pesce anziano. Il pesce anziano chiede «com'è l'acqua oggi?». Risposta «bene, bene». Dopo un po' proseguono e i due pesci giovani si domandano «ma che cos'è l'acqua?». Le cose importanti noi non le vediamo perché ci siamo troppo dentro. Il fatto che siamo dipendenti gli uni dagli altri e che il limite è l'occasione della nostra moralità, non la vediamo perché è come l'acqua. Però voi in quell'acqua ci siete forse con un occhio meno distratti dei giovani pesci e quindi è quello che si vuole imparare da voi.

MOZIONE CONCLUSIVA

L'Aniarti,

a conclusione del suo 28° Congresso Nazionale dal titolo: «Infermieri e la questione del limite», in cui sono state condivise molte esperienze infermieristiche significative rispetto al tema, è stato apportato un approfondito contributo di studiosi, si è sviluppato un confronto con esperti di altre discipline e conoscenze, e dopo molteplici, ampi dibattiti su molte problematiche inerenti alla questione del limite in area critica,

esprime la propria posizione,

in merito ad alcune azioni comuni, che ritiene di assoluta priorità sia per la professione infermieristica che per i cittadini ed i loro rappresentanti ai vari livelli.

Pertanto gli infermieri dell'Aniarti - Associazione nazionale infermieri di area critica -

CONSIDERANO URGENTE:

- riflettere in maniera diffusa, approfondita e con disposizione costruttiva, sui contenuti da attribuire ai concetti di vita, salute, morte, comunità sociale, rinnovati alla luce delle radicali trasformazioni conseguenti ed implicite all'adozione delle tecnologie per il supporto della salute;
- una più attenta considerazione, specialmente in ambito sanitario, nell'accettare i limiti della vita e nel rispettare la dignità e l'autonomia delle persone;
- in quanto infermieri, non giustificare in ogni caso, delle decisioni prese per trattamenti sanitari non sufficientemente valutati, che creano, come conseguenza, le premesse per condizioni di vita estremamente problematiche se non drammatiche per le persone;
- che gli infermieri DEBBANO mettere in gioco la loro competenza anche clinica, per le porzioni di responsabilità relativa. Hanno studiato ed esercitano la clinica, hanno acquisito esperienze e competenze avanzate in specifici settori dell'assistenza; devono passare da una «competenza muta» ad una autorevole «competenza clinica interdisciplinare attiva»;
- la necessità di scelte «politiche» - nell'accezione nobile del termine - che conducano ad un riequilibrio del valore dell'assistenza rispetto al valore normalmente attribuito alla sola diagnosi-terapia, che appaiono ancora troppo sbilanciati. Questa affermazione esclude finalità rivendicative di categoria ma esige di sottolineare i valori deontologici di riferimento ed anche che ad essi venga data concretezza nella operatività;
- la necessità e la responsabilità per gli infermieri, di far acquisire ai cittadini una matura consapevolezza che un'assistenza infermieristica di qualità è cruciale per poter assicurare una qualità della vita alle persone malate. I citta-

dini devono riuscire ad esprimersi quando si tratta di destinare risorse specifiche ed adeguate a questo fine.

L'Aniarti, in quanto associazione di infermieri, che opera con finalità culturali, si impegna fin da ora per mettere in atto tutte le iniziative atte a diffondere le idee e le proposte che consentano di dare attuazione alle dichiarazioni qui formalmente indicate.

L'Aniarti si riconosce nelle posizioni che la rappresentanza istituzionale degli infermieri – i Collegi IPASVI Provinciali e la Federazione Nazionale dei Collegi – ha assunto particolarmente sui problemi del fine-vita – in linea con le indicazioni del rinnovato Codice Deontologico dell'Infermiere.

Bologna, 27 novembre 2009

SESSIONE POSTER

ANALISI DEL CARICO DI LAVORO INFERMIERISTICO E DEI GIORNI DI DEGENZA IN UN REPARTO DI AREA CRITICA: CONFRONTO TRA DIVERSE FASCE DI ETÀ

M.A. FUMAGALLI⁽¹⁾, C. ANELLI⁽¹⁾, M.L. GUALDONI⁽¹⁾, G. DILETTOSO⁽¹⁾, A. COVA⁽²⁾, L. PELUCCHI⁽²⁾

⁽¹⁾ Dipartimento di Cardio-Rianimazione - A.O. «Ospedale Niguarda Ca' Granda» - Milano

⁽²⁾ Servizio Infermieristico di Stabilimento Ospedaliero - A.O. «Ospedale Civile» - Legnano (MI)

⁽³⁾ R.S.A. «S. Pertini» - ASL Prov. di Milano n. 1 - Garbagnate Milanese (MI)

Abstract

Introduzione:

Con il miglioramento della ricerca scientifica nelle patologie cardiache si è evidenziato un incremento dei ricoveri e degli interventi cardiotoracici nelle aree critiche maggiormente nella popolazione pediatrica e geriatrica.

Scopo:

Scopo del lavoro è confrontare il carico di lavoro infermieristico e i giorni di degenza media dei pazienti nelle diverse fasce di età.

Materiale e Metodi:

L'analisi è stata effettuata tra aprile 2008 a marzo 2009 nell'Unità di Terapia Intensiva CardioToracica dell'A. O. Niguarda Ca' Granda di Milano; sono stati valutati pazienti adulti e anziani (operati per patologie cardiache, vascolari e toraciche) e pazienti pediatriche sottoposti ad interventi per correzione di patologie congenite (switch, correzione della Tetralogia di Fallot, Norwood, Glenn, Fontan chiusura DIV e DIA ...), utilizzando la scala di NEMS (Nine Equivalents of nursing Manpower use Score), una scala di rilevazione del carico di lavoro e determinazione del fabbisogno di personale infermieristico e sono stati valutati i giorni di degenza media.

	Età media al ricovero	N. bambini operati	media giorni degenza	NEMS Medio
1 gg – 31 gg	11.8±5.6 gg	14	15.5±14	32.0±4.4
1 mese – 12 mesi	5.5±2.6 mesi	30	7.9±5.7	28±4.4
1 anno – 14 anni	4.9±3 anni	23	5.4±3.2	27.3±4
14 anni – 65 anni	52.9±9 anni	195	3.2±1.4	26.9±3.7
>65 aa	72.9±4	312	4.1±2.4	27.74±3.9
> 75 aa	78.2±2.3	115	4.1±2.3	27.8±3.8
> 80 aa	81.8±1.7	29	3.8±1.76	27.5±4

Conclusioni:

I dati raccolti evidenziano un maggior carico di lavoro e un maggior numero di giorni di degenza media fra i bambini piccoli e i soggetti anziani oltre i 75 anni di età; anche se tali dati riscontrano soltanto una differenza statisticamente significativa se si confrontano i neonati (1 - 31 giorni) e le altre fasce di età (NEMS 1-31 giorni e 14-65 anni $p < 0.001$ e NEMS 1-31 giorni e > 65 anni $p < 0.001$).

VALUTAZIONI ED ANALISI DEL CARICO DI LAVORO INFERMIERISTICO E DEI GIORNI DI DEGENZA IN PAZIENTI CON PATOLOGIE COMPLESSE IN AREA CRITICA

M.A. FUMAGALLI⁽¹⁾, C. ANELLI⁽¹⁾, M.L. GUALDONI⁽¹⁾, G. DILETTOSO⁽¹⁾, A. COVA⁽²⁾, L. PELUCCHI⁽²⁾

⁽¹⁾ Dipartimento di Cardio-Rianimazione - A.O. «Ospedale Niguarda Ca' Granda» - Milano

⁽²⁾ Servizio Infermieristico di Stabilimento Ospedaliero - A.O. «Ospedale Civile» - Legnano (MI)

⁽³⁾ R.S.A. «S. Pertini» - ASL Prov. di Milano n. 1 - Garbagnate Milanese (MI)

Abstract

Introduzione:

Sempre più spesso si ricoverano pazienti che vengono sottoposti a interventi complessi di posizionamento VAD e trapianto di cuore o polmone.

Scopo:

Scopo del lavoro è stato di valutare il carico di lavoro infermieristico e i giorni di degenza media in questa tipologia di pazienti.

Materiale e Metodi:

L'analisi è stata effettuata tra aprile 2008 a marzo 2009 nell'Unità di Terapia Intensiva CardioToracica dell'A. O. Niguarda Ca' Granda di Milano; sono stati analizzati pazienti sottoposti a trapianto di cuore o polmone e posizionamento di VAD o ECMO; a tale scopo si è utilizzata la scala di NEMS (Nine Equivalentents of nursing Manpower use Score), una scala di rilevazione del carico di lavoro e determinazione del fabbisogno giornaliero di personale infermieristico.

Risultati

	Età media	N. operati	Media giorni degenza	NEMS Medio	Deceduti
VAD	15 mesi	1	21	35	1
VAD	49±2.4	5	12±4.16	36.86±4.2	1
VAD	70	1	18	42.56	1
ECMO	27	1	39	45.7	1
ECMO	32	1	13	46.3	
Trapianto polmone	59	1	31	37.1	1
Trapianto polmone	59	1	28	26.5	
Trapianto cuore	44.8±10.7	38	9.16±3.6	31.23±3	3

Risultati**Conclusioni:**

I dati raccolti evidenziano un alto carico di lavoro infermieristico e un notevole numero di giorni di degenza per l'assistenza di questo tipo di pazienti, se paragonati al valore di NEMS medio e alla degenza media dei pazienti ricoverati per altri interventi cardio-toracici (nems medio $28,17 \pm 1,1$ e giorni di degenza media $6.28 \pm 3,1$).

Bisogna considerare anche il care-giveer del personale per l'elevata incidenza di morte dei soggetti ai cui viene impiantato un VAD o ECMO (circa il 16%).

IL QUARTO ANELLO DELLA CATENA DELLA SOPRAVVIVENZA: SCIENZA NON MIRACOLO

C. MANZONI

AUSL «Morgagni - Pierantoni» - Forlì

Motivazione ed obiettivi:

L'obiettivo principale dell'assistenza in Terapia Intensiva è che ogni atto assistenziale non può essere perseguito senza avere solide basi scientifiche.

La motivazione ad analizzare il trattamento dell'ipotermia indotta dopo arresto cardiaco improvviso, è nata dalla necessità di diffondere nell'equipe infermieristica le evidenze presenti in letteratura.

Viene proposto un case report nel quale è stato praticato tale approccio in «Rianimazione».

Materiali e metodi

L'analisi di studi scientifici sul trattamento di ipotermia terapeutica, 32 – 34° C, dopo arresto cardiaco testimoniato/ROSC, da applicare entro le 4 ore, ha evidenziato la necessità di effettuare una neuroprotezione cerebrale, riducendo il metabolismo cerebrale del 6 – 7%.

Il case report è riferito ad un paziente di 37 anni colpito da arresto cardiaco improvviso, con fibrillazione ventricolare sul luogo di lavoro, a Novembre. Sul posto è intervenuta l'equipe del 118, che ha praticato ACLS della durata di 60 minuti con ripresa ROSC.

Il paziente giunge in stato ipotermico a 34°C. Inizia protocollo interno dell'Ipotermia indotta con somministrazione periferica di Ringer Lattato a 4°C, 30 ml/ Kg in 30 minuti, crioterapia, sedazione e curarizzazione in continuo. Dopo 12 h di degenza il paziente aveva una temperatura interna di 32 °C. Durante il protocollo la temperatura non superava i 33 °C. Non si sono verificate complicanze emodinamiche, né aritmie cardiache intra - trattamento.

Dopo 24 h è stato sospeso il trattamento, il riscaldamento è stato di passivo. Dopo 4 h il pz era già in normotermia.

Risultati

Con la sospensione della sedazione dopo ripresa della normotermia, l'agitazione psicomotoria ha reso necessario il coma farmacologico. All'osservazione dello stato di coscienza il paziente risultava apparentemente indenne sotto il profilo neurologico.

La degenza totale è stata di 18 giornate

Il paziente è stato trasferito in «UTIC», dopo rimozione tracheotomia, per il proseguimento delle cure del caso e neurologicamente indenne.

Oggi, il paziente conduce un'esistenza normale insieme alla sua famiglia.

Conclusioni

La nostra professionalità ha offerto al degente una continuità assistenziale efficiente ed efficace.

E la vita.

CURE IGIENICHE IN AREA CRITICA: LA DOCCIA A LETTO

A. CURCURUTO, P. NACCHIA, M.G. D'AMARO, A. STORNAIUOLO,
V. GAUDIANO, R. MARSICANO, L. PISACANE, A. BALDINI, A. VARONE,
G. PAUCIUOLO

ASL Salerno, Rianimazione DEA III livello Nocera-Pagani

Abstract

Le cure igieniche in Area Critica vuoi per la complessità dei pazienti trattati, vuoi per tutte le invasività presenti, rappresentano un momento assistenziale ad alto impatto e soprattutto disomogeneo tra le diverse realtà. L'impiego del sistema Doccia a Letto nel Centro di Rianimazione di Nocera Inferiore è partito in via sperimentale nell'anno 2005 prima ad assoluto appannaggio del servizio Home-care e poi all'interno del Centro stesso. I pazienti trattati in questo quadriennio sono stati circa 1200 in ambito ospedaliero e 40 sul territorio della ASL Salerno.

I risultati ottenuti sono stati una riduzione drastica delle infezioni crociate (documentata dal servizio di microbiologia) con una positività per infezioni dell'apparato respiratorio e uro-genitale ridotta dal 70% al 30% dei pazienti trattati (metodologia di studio microbiologico adottato, prelievi di ingresso: **tampone faringeo, broncoaspirato, urino coltura, controllo a 7gg. e 15 gg.**).

Conclusioni.

Riduzione dell'incidenza di lesioni da compressione, riduzione dei tempi di esecuzione delle cure igieniche, razionalizzazione dei piani di lavoro, controllo dell'uso di saponi detergenti, disinfettanti, salviette e garze. Riteniamo di poter dimostrare con questa esperienza che l'impiego di doccia a letto sia un ottimo ausilio per la gestione corretta di pazienti gravi ed acuti e rappresenti uno strumento di governo di gestione di risorse umane e non, indispensabili ad una moderna assistenza infermieristica in Area Critica.

ANTROPOLOGIA DEL DOLORE

M. PIANI

Azienda Ospedaliero Universitaria S.M. Misericordia - Udine

Il complesso problema della sofferenza in ogni dimensione porta l'uomo a cercare molte risposte circa la propria origine e la propria destinazione, circa il senso della vita e della morte ed in modo particolare sul dolore e sul suo significato.

Il dolore non è una risposta automatica ad uno stimolo nocivo, ma un risultato piuttosto «elaborato», frutto di una valutazione e di una scelta, cosciente o meno.

Dobbiamo cambiare idea sulla guarigione. Non esiste la guarigione fisica, ma la guarigione di tutta la persona; e si ha questa guarigione, quando la persona ha la capacità di gestire la sua situazione difficile.

C'è la necessità di cambiamento: «da una medicina di organo ad una medicina di relazione».

Chi si occupa di salute deve quotidianamente affrontare problemi che insistono ultimamente su questo dato. Ecco la ragione per cui non si può mai separare la domanda di salute del paziente dal suo modo di rapportarsi all'operatore sanitario e viceversa (etica). E questo modo sempre rivela il *chi sono io che curo* e il *chi è colui che mi domanda salute* (antropologia).

Oggi c'è l'angoscia della sofferenza soprattutto quando non porta alla guarigione. Si sta affermando una mentalità che ritiene l'esistenza dignitosa se produttiva e godibile, altrimenti prevale una concezione contro la vita. Il dolore non appare più un'esperienza normale, legata alla vicenda, ai conflitti, alle contraddizioni della vita e della storia umana. Sempre più assume i contorni di un male assoluto da sradicare e da eliminare ad ogni costo.

WEANING DALLA VENTILAZIONE MECCANICA, DALLA PROGETTAZIONE ALLA ATTUAZIONE, UN'ESPERIENZA TUTTA INFERMIERISTICA

R. VIERUCCI, N. PALMIERI, D. TONELLI, L. TRABALLONI

Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana - Anestesia e Rianimazione Dipartimento Cardiotoracico -
Direttore Fabio Guarracino

Premessa: Sino a pochi anni fa, nella letteratura internazionale, il processo di weaning, era culturalmente considerato ufficio e prerogativa dei medici Anestesisti che realizzavano il weaning con procedure non standardizzate. Dalla revisione della letteratura si evince che nessuno dei metodi di svezzamento proposto dalle varie équipes di clinici si è rivelato superiore agli altri. Tutti comunque concordavano che l'uso di protocolli standardizzati poteva ridurre la durata della procedura. Dagli anni novanta nella si propone l'utilizzo di personale non medico come infermieri di area critica e terapisti della riabilitazione respiratoria per attuare gli svezzamenti.

Scopo: Mettere in atto una procedura nursing – driven, per il weaning di pazienti ventilati meccanicamente a breve termine (< 96 ore), dopo una intervento cardiocirurgico in elezione.

Materiali e Metodi: Esposizione del progetto al Direttore della UO e alla Formazione Infermieristica. Ricerca e revisione della letteratura in argomento con l'ausilio di software dedicato. Elaborazione e stesura di una procedura «step – By – step». Richiesta ed ottenimento di autorizzazioni riguardo procedura e modalità operative a: comitato etico, direttore generale e Direttore dell'Assistenza Infermieristica. Reclutamento degli operandi e firma del consenso informato prima dell'inizio dell'intervento chirurgico. Criteri inizio divezzamento: stabilità emodinamica, bassi dosaggi di farmaci vasoattivi, ramsey 2, no dolore, la normotermia, assenza deficit neurologici, assenza disordini coagulazione, non emorragia, radiogramma del torace «pulito». Criteri estubazione: $PaO_2/FiO_2 > 200$, $Fr/VTI < 105$, $P 0.1 - 3/ - 4$ mbar, minima assistenza del ventilatore ($PEEP \leq 5$, $ASB \leq 8$, $Fr \leq 2$). Criteri fallimento: reintubazione a ventiquattro ore.

Risultati e Conclusioni: Dal 13 marzo 2008 al 29 maggio 2009 sessanta casi: bypass aortocoronarici (di cui 10 cuore battente), valvole semplici (3 SVM, 7 SVA), interventi complessi (20). 1 paziente è stato reintubato entro le 24 ore, 1 trattato con NIMV entro le 24 ore e poi reintubato. 1 paziente è stato reintubato dopo 9 giorni ed è deceduto dopo 3 mesi.

Bibliografia

1. SCHULTZ TR, WOODSON., *Weaning children from mechanical ventilation: A prospective randomised trial of protocol-directed versus physician-directed weaning*. *Respir Care* 2001;46(8):772-82.
2. *Evidence-Based Guidelines for Weaning and Discontinuing Ventilatory Support – A Collective Task Force Facilitated by the American College of Chest Physicians, the American Association for Respiratory Care, and the American College of Critical Care Medicine*; *Respir Care* 2002;47(1):69-90.
3. TU, X.; *Application of multi-predictors in the ventilator weaning process*. *ZHONGHUA JIE HE HE HU XI ZA ZHI* – 2004: 27, issue 12: 829-32.

NIV «ESPERIENZE DI VENTILAZIONE NON INVASIVA»

CASTELLANO⁽¹⁾, S. FERRIGNO⁽²⁾, A. ARPAIA⁽³⁾, P. CAPOBIANCO⁽³⁾, S. CERINO⁽³⁾, P. D'AMBROSIO⁽³⁾, T. D'ESPOSITO⁽⁴⁾, M.G. DELL'ANGELO⁽³⁾, C. LAURO⁽³⁾, M. PERRONE⁽³⁾, S. SIMEONE⁽⁵⁾, M.G. MARINELLI⁽⁶⁾

⁽¹⁾ Dott. spec. Anest., ⁽²⁾ Dott. coord. inf., ⁽³⁾ Infermiere, ⁽⁴⁾ Dott. inf., ⁽⁵⁾ Dott. Mag. inf., ⁽⁶⁾ Inf. Clinica Center

U.O. Terapia Intensiva CCH, A.O. U. Policlinico Federico II, Napoli; primario Prof. C. Vosa

Premessa: scopo dello studio è stato quello di valutare l'efficacia terapeutica della ventilazione non invasiva nel trattare ARF.

Scopo: risolvere l'ipossiemia, ridurre la fatica dei muscoli respiratori, ridurre le infezioni, i giorni ed i costi di degenza

Materiale e metodi: Abbiamo usato NIV in 25/90 pazienti operati dal dicembre 2007 al giugno 2008. L'anestesia è stata effettuata per via ev. TIVA (3mg/kg/hr), Remifentanil (0.5-1.0 mcg / kg/min) e besilato cisatracurium. Sedazione postoperatoria realizzata mantenendo l'infusione di propofol fino all'estubazione; l'infusione di remifentanil è continua a 0,03-0,07 mcg / kg / min, dopo l'estubazione. La terapia del dolore è stata realizzata con il tramadolo e ketorolac. Estubazione Fast track è stata effettuata entro 4 ore dalla fine dell'intervento. La ventilazione non invasiva è stata eseguita tramite Maschera viso collegato Ventilatore con il supporto di pressione (10-15 cm H₂O) e PEEP (5-8 cm H₂O). Abbiamo alternato periodi di respirazione spontanea e ciclo di 1-2 ore per un NR 10 media + 5. Abbiamo raccolto campioni di gas del sangue arterioso e la valutazione dei dati clinici.

Risultati: Solo un paziente ha dovuto essere reintubato e successivamente tracheostomizzato. Tutti i pazienti avevano un miglioramento del rapporto tra pressione parziale di ossigeno arterioso e della frazione di ossigeno ispirato (PaO₂: FiO₂) e, entro la prima ora, del pH, PaCO₂ e RR. Non sono stati osservati effetti avversi e la tecnica è stata ben tollerata.

Conclusioni: L'utilizzo della ventilazione non invasiva precoce riduce la reintubazione e previene le complicanze respiratorie, migliora lo scambio di gas e riduce la permanenza in terapia intensiva .

Bibliography

Girault C, Daudenthun I, Chevron V, Tamion F, Leroy J, Bonmarchand G. Noninvasive ventilation as a systematic extubation and weaning technique in acute-on-chronic respiratory failure: a prospective, randomized controlled study. Am J Respir Crit Care

PREVENZIONE DELLA DERMATITE DA INCONTINENZA DEL PAZIENTE IN COMA. NOSTRA ESPERIENZA

P. RITI, A. DE NICOLA

Centro di Rianimazione - Ospedale San Leonardo - ASL Napoli 3 Sud

Premessa: La dermatite da incontinenza si verifica quando urina e/o feci vengono a contatto prolungato con la cute dell'area gluteo-perineale. Lo strato corneo è il principale ostacolo alla penetrazione di sostanze nei sottostanti strati dell'epidermide: più numerosi sono gli strati di cellule che lo compongono e maggiore ne sarà l'impermeabilità. Ciò rende conto di come la cute dell'area gluteo-perineale, sia molto delicata e perciò facilmente aggredibile da stimoli esterni di origine meccanica, biologica, biochimica ed infettiva, specie nel paziente critico.

Scopo: Per i pazienti incontinenti, proteggere la cute è altrettanto importante quanto pulirla e idratarla. In uno studio, il 54% dei pazienti incontinenti ha sofferto di dermatite da incontinenza, mentre il 21% ha avuto due o più lesioni pericutanee. Considerato che circa la metà di tutte le ulcere da compressione si forma sul sacro (37%) e sull'ischio (8%), nei pazienti con incontinenza fecale la probabilità è 22 volte maggiore di avere ulcere da compressione.

Materiale e metodo: Usiamo da anni una metodologia statunitense d'igiene perianale che impiega speciali materiali preconfezionati e pronti all'uso e che contemporaneamente crea anche una barriera protettiva. Ogni salvietta preconfezionata monouso fornisce un'efficace detersione perineale con un solo passaggio, idratando, deodorando, e al tempo stesso trattando e proteggendo la cute con il dimeticone che preserva la cute dalle successive aggressioni irritative.

Risultati: È stato modificato il programma di prevenzione per le ulcere da compressione e l'uso di salviettine preconfezionate, come unico agente detergente e protettivo per la cute, ha migliorato la compliance e ridotto dell'81% le ulcere da compressione del sacro e dei glutei. Contestualmente si è riscontrato un risparmio di tempo del 25% rispetto al metodo classico.

Conclusioni: Le positive ricadute sulla prevenzione delle ulcere ed il tempo risparmiato dagli infermieri suggeriscono che questo metodo è sicuramente vantaggioso e preferibile a quello tradizionale.

L'INFERMIERE E L'INTUBAZIONE OROTRACHEALE: VIDEOLARINGOSCOPIO McGRATH Serie 5[®] Vs. LARINGOSCOPIO MACINTOSH. PRIMI RISULTATI STUDIO SU MANICHINO

F. PIERGENTILI⁽¹⁾, G.D. GIUSTI⁽²⁾

⁽¹⁾ Infermiera AUSL 2 dell'Umbria P.O. 118 Passignano S.T.

⁽²⁾ Infermiere Specialista Area Critica A.O. di Perugia «S. Maria della Misericordia» A.C.U.T.I. (Area Critica Unità di Terapia Intensiva)

Abstract

Introduzione

L'intubazione oro tracheale (IOT) attraverso laringoscopia diretta è una manovra salvavita ed è usata per «mettere in sicurezza» le vie respiratorie. Questa manovra può essere eseguita, dopo training formativo, solo da medici anestesisti e personale sanitario che opera in mezzi di soccorso extraospedaliero. In situazioni di emergenza (intra ed extra ospedaliera), è opportuno che anche l'infermiere, se non è presente un medico, riesca ad effettuare la procedura di IOT.

Obiettivo

Valutare le capacità di intubazione dell'infermiere che opera in Area Critica, utilizzando un simulatore di paziente (Laerdal SimManTM), confrontando se, l'utilizzo di un nuovo presidio per l'intubazione oro tracheale (video laringoscopia McGrath[®] series 5) rispetto all'utilizzo del laringoscopia tradizionale con lama Macintosh, sia più efficace.

Materiale e metodi

35 infermieri hanno provato l'IOT utilizzando il simulatore alternando i due presidi. Sono stati studiati il tempo impiegato per l'IOT ed i tentativi effettuati.

Risultati

Utilizzando il video laringoscopia, in media diminuiscono i tentativi di IOT efficace $p(\text{differenza}>0) = 0,0086$

Valutando il tempo di IOT col video laringoscopia (media 20,78 secondi) rispetto al laringoscopia Macintosh (media 39,91 secondi), questo è minore $p(\text{differenza}>0) = 0,0002$

Conclusioni

Utilizzando il videolaringoscopia McGrath[®] serie 5 vi è una diminuzione dei tentativi e del tempo di intubazione nel manichino.

Bibliografia

1. WAHLEN BM, ROEWER N, LANGE M, KRANKE P., *Tracheal intubation and alternative airway management devices used by healthcare professionals with different level of pre-existing skills: a manikin study.* *Anaesthesia*, 2009 (64) 549-554.
2. SUZUKI A, IWASAKI H. *Video/endoscope assisted intubation: recent advancement in airway management.* *Masui*, 2008 Jun;57(6)680-690;
3. SHIPPEY B, RAY D, McKEOWN D. CASE SERIES: *The McGrath® videolaryngoscope-an initial clinical evaluation.* *Can J Anesth*, 2007,

L'USO DELLA VAC NELLA MEDIASTINITE POST CHIRURGICA IN PEDIATRIA

S. PADRINI ⁽¹⁾, M. ROBERTI ⁽¹⁾, A. PINZARI ⁽²⁾

⁽¹⁾ Inf., Dipartimento Medico Chirurgico di Cardiologia Pediatrica

⁽²⁾ Coordinatrice Infermieristica Dipartimento Medico Chirurgico di Cardiologia Pediatrica

Ospedale Bambino Gesù di Roma

Abstract

susanna.padrini@email.it

Il poster descrive il caso di mediastinite post sternotomia in un paziente pediatrico, trattata con successo con il sistema VAC

Il paziente è un neonato affetto da sindrome del cuore sinistro ipoplasico sottoposto a quattro giorni di vita ad intervento cardiocirurgico di Norwood

Il decorso post operatorio è stato complicato da condizioni emodinamiche instabili che hanno richiesto il mantenimento dello sterno aperto per molti giorni. I primi segni di infezioni sono apparsi 14 giorni dopo l'intervento chirurgico e dopo un consulto con il cardiocirurgo curante è stato deciso di posizionare una VAC a -125 mmHg in modo continuo e successivamente in modalità intermittente

Un nursing accurato ha permesso un adeguato management degli aspetti più critici dell'assistenza post cardiocirurgia in un neonato quali la gestione della ferita sternale, l'alimentazione, lo svezzamento dal ventilatore meccanico ed il confort del paziente.

Vacuum Assisted Closure è un trattamento valido nei casi di mediastinite post sternotomia come dimostrato nelle recenti pubblicazioni scientifiche anche se la letteratura sul management infermieristico nel paziente pediatrico è ancora scarsa.

QUALITÀ PERCEPITA IN CARDIOCHIRURGIA. ESPERIENZA DELL'AO SANT'ANDREA DI ROMA

A. INGRASSIA ⁽¹⁾, K.A. LOPETUSO ⁽¹⁾, A. PIRA ⁽¹⁾, P. GENTILI ⁽²⁾, C. LUCIANI ⁽³⁾

⁽¹⁾ U.O. Cardiocirurgia

⁽²⁾ U.O. Emodinamica

⁽³⁾ U.O. Qualità e Accreditamento

Azienda Ospedaliera Sant'Andrea Roma

Abstract

Introduzione:

Il processo di aziendalizzazione del Sistema sanitario italiano è il quadro di riferimento che ha consentito l'introduzione degli strumenti di customer satisfaction prima e di qualità percepita poi nell'ambito dell'erogazione di servizi sanitari. La qualità percepita è intesa quindi come un indicatore dell'esperienza diretta e concreta del cittadino-utente nella fruizione del servizio di ricovero ospedaliero, riconducibile alle caratteristiche della performance, ma anche alle aspettative e alle attese del soggetto più legate alle opinioni e alle rappresentazioni individuali e quindi alla sua soddisfazione nella valutazione di qualità del servizio. Per questi motivi la UO Qualità e la UO di Cardiocirurgia hanno implementato, sulla base di un progetto di customer satisfaction precedentemente attuato, una serie di attività finalizzate a conoscere tutti quegli aspetti che caratterizzano bisogni e aspettative del paziente cardiocirurgico.

Metodologia:

Somministrazione di un questionario, che valutava diversi aspetti: rapporto con il personale; aspetti organizzativi; aspetti strutturali -ambientali; servizi di supporto. Tempi Novembre 2007-Gennaio 2008.

Campione tutti i pazienti ricoverati con degenza superiore a 2 giorni

Modalità di somministrazione: autosomministrazione in ospedale

Il questionario è stato somministrato in ospedale il giorno che precede la dimissione dal coordinatore infermieristico, non all'inizio del ricovero.

Risultati:

Di 46 questionari somministrati soltanto 30 di questi risultavano perfettamente compilati. I risultati mostrano una percentuale di soddisfazione dei paz. ricoverati molto positiva. Nonostante tali dati si è deciso di implementare un progetto volto a garantire un processo formativo-informativo ed un percorso diagnostico-terapeutico efficace ed efficiente con lo scopo di: permettere ai pazienti e familiari di partecipare in modo più attivo alle cure; costruire un percorso di fidelizzazione utente-fornitore, garantire mediante il coinvolgimento di tutti gli operatori coinvolti mediante un approccio multidisciplinare, la costanza di un miglioramento della qualità graduale e dinamico

TRIAGE INFERMIERISTICO ALLA DONNA VITTIMA DI VIOLENZA: VERSO UNA COMPETENZA MULTIDIMENSIONALE

M. ROMANI, V. AMATUZZI, C. CAPPITELLA, F. CIOÈ, G. DE ANDREIS,
S. DI FLORIO, M. GRECO, I. KASSYMOVA, M. PESOLO, M. GALIZIO

Fondazione Policlinico «Tor Vergata», Roma

Abstract

Secondo la ricerca pubblicata nel 2007 dall'ISTAT, il Lazio è al primo posto della drammatica classifica nazionale, con il 38%, rispetto alla media nazionale del 32%, di donne che nel corso della vita hanno subito violenza fisica o sessuale. Il PS/DEA è un luogo cruciale, non solo nel garantire diritti, dignità ed un appropriato percorso clinico, diagnostico e terapeutico e assistenziale, ma anche nel costituire uno snodo di intercettazione finalizzato ad instradare le vittime verso percorsi di uscita dalle situazioni di disagio. Le questioni a cui dare risposta, sono molteplici: riconoscere il disagio, prendersi cura e supportare le strategie di *coping*; garantire la tutela medico-legale, garantire la continuità assistenziale. Per rispondere ai bisogni creati da questo grave problema, la Fondazione Policlinico Tor Vergata di Roma (da qui PTV) ha avviato alcune iniziative, tra cui:

– un *Tavolo di coordinamento multiprofessionale*, al quale partecipano tutte le professioni e le discipline coinvolte, tra cui rappresentanti del personale infermieristico. Uno dei risultati è stata la definizione di un percorso specifico (formalizzato con un protocollo aziendale) per la donna vittima di violenza.

– un *Gruppo infermieristico di lavoro e di studio*. I/le partecipanti hanno effettuato un percorso di formazione e auto-formazione e di *bench-marking* sui centri di eccellenza italiani specializzati in questo ambito. Tra le risultati, sono stati organizzati e realizzati: un corso di formazione; un appello rivolto alla professione infermieristica; un video. Su questo tema, le competenze infermieristiche da aggiornare sono molteplici e multidimensionali: organizzative, relazionali, tecniche, cognitive ed emotive. Gli strumenti formativi ed educativi devono per questo essere flessibili e specifici al contempo, mirando ad una crescita non solo tecnica ma anche valoriale ed etica, per riuscire a realizzare, anche in questo ambito, le nostre potenzialità di servizio, di relazione d'aiuto e di cura.