

Norme redazionali e raccomandazioni

I lavori ospitati nella sezione riservata ai contributi scientifici debbono essere inediti. La loro accettazione e pubblicazione sono di esclusiva competenza dei Direttori e del Comitato di Redazione. I dattiloscritti vanno inviati a: Tipografia Centrostamp, via Galvani, 81/a - 52100 Arezzo, corredati dell'indirizzo dei singoli Autori e della richiesta di eventuali estratti. Si raccomanda di conservare una seconda copia di lavoro in quanto la Rivista non si ritiene responsabile dell'eventuale smarrimento dell'originale. La correzione delle bozze viene fatta in redazione.

La proprietà artistica e letteraria di quanto pubblicato è riservata alla Rivista.

Struttura dei lavori

Per ottenere una sollecita pubblicazione si suggerisce di inviare i lavori con testo e iconografia significativa. I lavori dovranno essere così presentati: titolo, iniziale del nome e cognome per esteso degli A.A., Istituto Universitario o di Ricerca od Ospedale di appartenenza; riassunto in lingua italiana ed inglese non superiore ad una cartella dattiloscritta a spazio 2, parole chiave.

Il testo dovrà articolarsi in: premessa, materiale e metodo, risultati, considerazioni, conclusioni. La bibliografia deve indicare il cognome per esteso e l'iniziale del nome degli AA, il titolo in lingua originale, l'indicazione della rivista abbreviata secondo le norme internazionali, l'ordine del volume in numeri arabi, la pagina di inizio e fine per l'anno di pubblicazione. Per le monografie e i trattati: cognome ed iniziale del nome dell'A, titolo in lingua originale, editore, anno di pubblicazione, le pagi-

ne di inizio e fine. Le indicazioni bibliografiche vanno poste in ordine alfabetico riferito al cognome del primo A., e numerate progressivamente.

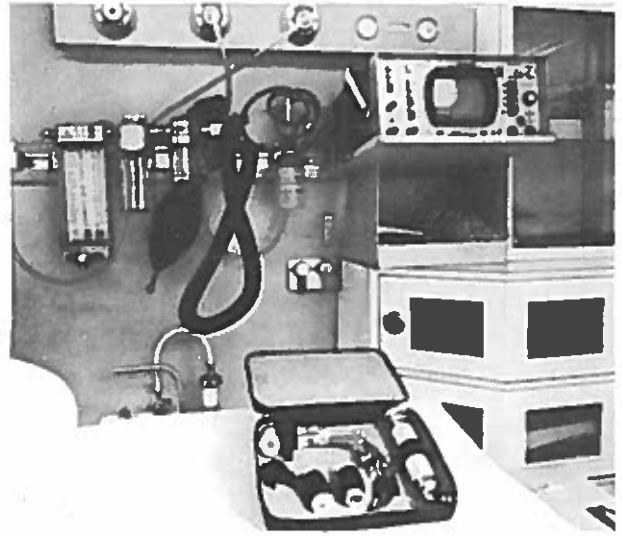
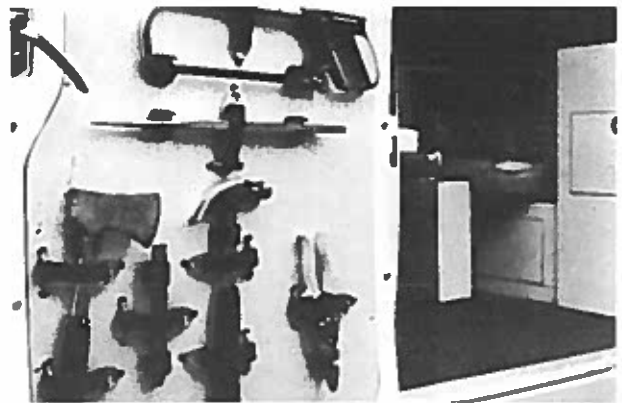
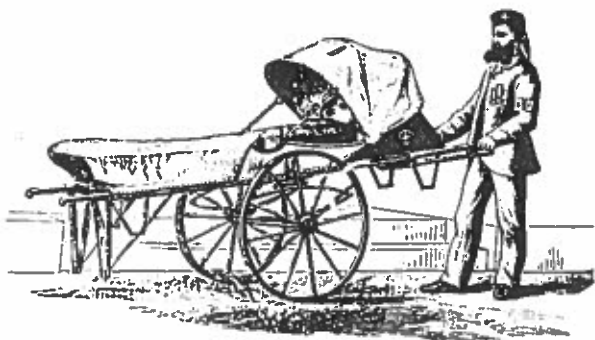
Le citazioni delle voci bibliografiche nel testo sono richiamate con il solo numero corrispondente.

Ogni figura deve essere presentata su singolo foglio, numerata progressivamente in numeri arabi e richiamata nel testo. Le tabelle devono essere chiaramente splicative, numerate in cifre romane; potranno essere risomposte per esigenze tipografiche dalla redazione, ma il relativo costo sarà a carico degli autori. Sul retro delle figure e delle tabelle devono essere riportati il cognome del primo A., il titolo del lavoro e la disposizione da dare alla composizione tipografica. Sul foglio va riportata una breve ma chiara didascalia. I lavori debbono essere dattiloscritti in doppio spazio a margini bilaterali di almeno 4 cm.

Il Comitato di Redazione si riserva di apportare modifiche strutturali al lavoro per uniformarlo alle norme redazionali, senza tuttavia alterarne il significato, la documentazione e gli scopi.

I lavori vengono pubblicati gratuitamente ed integralmente. Chi desiderasse avere estratti della pubblicazione dovrà versare L. 35.000 per ogni pagina per una quantità massima di 100 estratti.

L'importo dovrà essere saldato giro posta dopo comunicazione con la segretaria della rivista Sig.ra Patrizia Grotti c/o Tipografia Centrostamp via Galvani 81/a - 52100 Arezzo.



Programma V° Congresso Nazionale ANIARTI

L'uomo di fronte alla ventilazione artificiale meccanica.

Elio Drigo

Il ruolo del dipartimento dell'emergenza nel soccorso territoriale.

Dott. Giorgio Tulli

L'intervista

Jacopo Comanducci

PRESIDENTE

Degano Simonetta

VICEPRESIDENTE

Schiavon Radames

DIRETTORE RESPONSABILE

Rodolfo Rossi

CAPOREDATTORE

Jacopo Comanducci

DIRETTORE SCIENTIFICO

Dott. Giorgio Tulli

SEGRETARIO

Elio Drigo

Indirizzo della redazione: Centrostampa - Via Galvani 81/a

Tel. 0575/382371 - 52100 - AREZZO

Autorizzazione Tribunale di Arezzo n. 4/48 R.S.

SCENARIO: Il nursing della sopravvivenza.

Abbonamento annuo L. 25.000

Esteri \$ 50

CENTRO CONGRESSI
"Il Leonardo da Vinci"
Via Senigallia, 6 - 20161 MILANO

V° CONGRESSO NAZIONALE - A.N.I.A.R.T.I. 1986

Corso di aggiornamento: "MANAGEMENT INFERMIERISTICO NELL'AREA INTENSIVA"

Associazione Nazionale Infermieri di anestesia - rianimazione e terapia intensiva

Presidente: S. Degano - Segreteria scientifica: Dott. G. Tulli - Prof. E. Borgonovi - C. Cortese - S. Degano - Segreteria organizzativa: C. Bancolini (Milano) - C. Regazzoni (Milano) - G. Slanzi (Milano) - E. Drigo (Udine) - Informazioni organizzative: Claudia Bancolini c/o Rianimazione - Ospedale Fatebenefratelli Milano - Tel. 63631 int. 493 - Informazioni generali: Agenzia A.I.O.C. V.le Boezio, 20 - Milano Tel. 02/315401-342785 Telex 324653 AIOC-MI - Quota d'iscrizione: Entro il 15 ottobre 1986 L. 110.000; Dopo il 15 ottobre 1986: L. 140.000; Nella quota sono compresi: 2 Lunch - la dispensa contenente il testo delle relazioni - l'attestato di frequenza - l'eventuale iscrizione all'ANIARTI per l'anno 1987.

COMITATO ORGANIZZATIVO: A.F.D.: C. BANCOLINI Rianimazione H. Fatebenefratelli Milano; A.F.D.: C. CORTESE - Milano; A.F.D.: S. DEGANO Rianimazione cardiocirurgica, H Udine; A.F.D.: E. DRIGO 1° Terapia Intensiva H Udine; A.F.D.: C. REGAZZONI Unità di cura coronarica, H Fatebenefratelli Milano; A.F.D.: G. SLANZI Rianimazione cardiocirurgica Niguarda Cà Granda - Milano; Dott. G. TULLI Rianimazione - Arezzo.

ELENCO DEI DOCENTI: C.N.O.: B. ATKINSON Southampton Gen. Hosp. U.K. - Inghilterra; I.P.: P. BERTOLINI 2° Rianimazione H. Civile Vicenza; A.F.D.: N. BONI Presidente associazione Regione Lombardia infermiere/i ed altri operatori sanitari e sociali - Milano; Prof. E. BORGONOVÌ Straordinario di economia delle Pubbliche amministrazioni dell'Università L. Bocconi Milano; A.F.D.: A. DAL PONTE Capo dei servizi sanitari ausiliari - H.S. Chiara Trento; A.F.D.: S. DEGANO Rianimazione cardiocirurgica H. Udine; I.P.-I.I.D.: P. DI GIULIO Didattica Scuola I.P.H. Legnano (MI); Dr.: E. DOMENICHINI Primario di anestesia e rianimazione H. Crema; Prof.: A. FARNETI Ordinario di medicina legale e delle assicurazioni presso l'Università Statale di Milano; Prof.: P.P. GIOMARELLI Servizio anestesia e rianimazione - Istituto di chirurgia toracica e cardiovascolare - Policlinico "Le Scotte" - Siena; I.P.-D.A.I.: L. GHINI Dirigente Capo Servizio Personale strutture sanitarie settore sanitario e d'igiene Regione Lombardia; A.S.V.: M. MANTICA Presidente collegio IPASVI - Provincia di Milano; I.P.-D.A.I.: M. OTTONE Direttrice scuola I.P. - H. Policlinico di Milano; I.P.-I.I.D.: P. PASCHINI - H. Pordenone; A.F.D.: V. PELLIZZOLI Presidente associazione nazionale infermiere/i neochirurgia; A.F.D.-I.I.D.: L. PREIATA Vice presidente collegio nazionale IPASVI - Assessorato alla sanità Regione Lombardia Milano; A.F.D.: L. SAIANI Responsabile formazione infermieristica permanente H. S. Chiara Trento; R.N.-MA: S. SANFORD - Overlake Hosp. - U.S.A.; A.F.D.-I.I.D.: A. SILVESTRO - H. Udine; A.F.D.-I.I.D.: C. VIDOTTI - H. Udine; Dr.: G. TULLI Rianimazione - Arezzo.

P R O G R A M M A

Giovedì 13 novembre 1986: ore 9,30 - Inizio registrazione

Pomeriggio: ore 15,00 - Discorso d'apertura della Presidente S. Degano. Saluto delle Autorità della Regione Lombardia / Saluto della Presidente del collegio IPASVI della provincia di Milano M. Mantica.

1° Sessione - Moderatore: E. Domenichini;

ore 15,30 - Concetti generali di amministrazione. / Amministrazione del personale nell'area intensiva (E. Borgonovi).

ore 16,20 - Discussione.

ore 16,30 - Intervallo.

ore 16,45 - Revisione dei sistemi di calcolo del fabbisogno di personale qualitativamente e quantitativamente (G. Tulli).

ore 17,15 - Realtà italiana relativamente a turni, personale, malati, problemi: risultati di una ricerca nazionale (P. Bertolini).

ore 17,45 - Discussione.

Venerdì 14 novembre 1986

Mattino: 2° Sessione-Moderatrice: L. Ghini

ore 9,00 - Problemi medico-legali relativi al lavoro dell'IP in area intensiva (A. Farneti)

ore 9,30 - Metodologia del lavoro. Applicazione del processo di Nursing in area intensiva (A. Dal Ponte).

ore 10,00 - Ricerca sulla metodologia assistenziale in terapia intensiva (P. Paschini).

ore 10,30 - Discussione.

ore 10,40 - Intervallo.

ore 11,00 - Ipotesi di cartella clinica infermieristica in terapia intensiva (C. Vidotti).

ore 11,30 - Discussione.

ore 12,45 - Lunch.

Pomeriggio: 3° Sessione - Moderatore: P.P. Giomarelli

ore 15,00 - Presentazione dei lavori finalisti e premiazione vincitore del concorso I.V.A.C.

ore 16,00 - Assemblea annuale dei soci ANIARTI per rinnovo consiglio direttivo e delle cariche associative.

ore 16,30 - Intervallo.

ore 16,45 - Votazioni / Spoglio delle schede.

Sabato 15 Novembre Mattino:

4° Sessione - Moderatrice: S. Degano

ore 9,00 - Valutazione iniziale per l'assegnazione del personale nell'area intensiva. Valutazione periodica (P. Di Giulio).

ore 9,30 - Standards professionali: Significato e possibili applicazioni pratiche. Introduzione ai protocolli (A. Silvestro).

ore 10,00 - Significato di cambiamento determinato dall'applicazione degli standards (S. Sanford).

ore 10,30 - Intervallo.

ore 10,50 - I pericoli legati alla mancata garanzia dei requisiti qualitativi e quantitativi del personale (B. Atkinson).

ore 11,20 - Discussione.

ore 12,45 - Lunch.

Pomeriggio: 5° Sessione

ore 15,00 - Tavola rotonda: la crescita professionale nelle aree intensive. Moderatrice: M. Ottone.

Componenti: N. Boni / S. Degano / V. Pellizzoli / L. Preiata / L. Saiani. N.B. Sono invitate personalità politiche attente ai problemi infermieristici.

ore 17,00 - Discussione.

L'uomo di fronte alla ventilazione artificiale meccanica

Elio Drigo I.P.S. - Unità Sanitaria Locale n. 7 "Udinese" - Stabilimento ospedaliero S. Maria della Misericordia: Udine

Il presente elaborato costituisce parte di un corso di aggiornamento sulla Ventilazione Artificiale Meccanica (VAM) per infermieri operanti nelle aree intensive.

Nella realtà vissuta dagli infermieri italiani le necessità di aggiornamento sono sentite con sempre maggiore urgenza. Ciò è dovuto a molti fattori, fra cui l'evoluzione socio-culturale con i conseguenti cambiamenti nella "gestione" della salute, il progresso tecnico-scientifico con le relative ripercussioni nell'assistenza. Tali problemi si acquiscono per quegli infermieri che operano in ambienti in cui entrambe questi aspetti vengono resi di importanza vitale per la particolare situazione in cui si trova il malato.

La programmazione di un aggiornamento efficace deve quindi prevedere da un lato l'acquisizione di novità tecnico-scientifiche o la riorganizzazione delle stesse, dall'altro uno studio dei fattori socio-culturali che interagiscono nell'assistenza di tipo intensivo.

In seguito a questa visione, il corso di aggiornamento prevede la trattazione di argomenti tecnico-pratici fondamentali per la gestione della VAM ed argomenti che consentono una più globale comprensione dell'unità dell'uomo implicato nello specifico "fenomeno-VAM".

Il tema trattato è: "l'uomo di fronte alla Ventilazione Artificiale Meccanica"; vengono prese in considerazione le implicanze di tipo psicologico, di rapporti interpersonali, di reazioni che l'applicazione della VAM comporta.

Partendo da un'esposizione dell'attuale concezione dell'uomo e del nursing, viene preso in considerazione l'ambiente della Terapia Intensiva (T.I.) come fattore notevolmente condizionante. L'uomo malato, il personale ed i familiari sono i soggetti che interagiscono in questa problematica e che molto frequentemente concorrono a determinare condizioni di vita difficili in particolare per l'elemento più vulnerabile del "gruppo": il malato.

Sulla base della concezione bio-psico-sociale dell'uomo del nursing, viene individuata nel rapporto interpersonale la possibile fonte di soluzione per alcuni problemi. La comunicazione è sostanzialmente costitutiva della professione infermieristica e si rivela determinante nell'assistenza a quei malati il cui equilibrio vitale è estremamente labile.

La metodologia seguita per la preparazione dell'elaborato ha previsto una fase iniziale di concettualizzazione della problematica, della individuazione degli elementi principali cui porre attenzione e delle ipotesi di indicazioni pratiche. È seguita una ricerca bibliografica nella letteratura nazionale ed internazionale la cui utilizzazione ha avuto un duplice obiettivo:

A) suffragare le affermazioni fatte sull'argomento, B) fornire indicazioni di contenuti e di metodologie per sti-

molare la ricerca infermieristica nel campo psicologico e della comunicazione umana negli ambienti intensivi.

Il problema

"Immagina un ingombrante tubo che esce dalla tua bocca e collegato ad una macchina che sistematicamente ti somministra ritmicamente la tua inspirazione e modula la tua espirazione. Immagina di dipendere da questa macchina proprio per questa tua vita attuale, e quindi di dover porre la tua fiducia totalmente nell'infermiere che si prende cura di te". (13)

Il problema che affrontiamo nell'assistenza ad un paziente in Ventilazione Artificiale Meccanica (VAM) è complesso e richiede non solo delle capacità tecniche ma anche una smisurata quantità di pazienza ed empatia. La nostra assistenza può rendere l'esperienza della ventilazione meccanica, che a volte è disumanizzante, un po' più tollerabile. Prima di avventurarsi a pianificare l'assistenza al malato in VAM ci si deve impegnare a conoscere bene il ventilatore e si deve essere in grado di sentirsi tranquilli a lavorarci. Una volta che sappiamo riconoscere gli allarmi che squillano, le luci che lampeggiano e gli spirometri che ondeggiavano, è molto più facile porre la nostra maggiore attenzione sul paziente e sui suoi bisogni e parametri in continuo cambiamento, anziché sulla macchina.

Forse la più grande sfida nell'assistenza al paziente in ventilazione artificiale è quella di aiutarlo a sentirsi unico ed integro, nonostante il suo essere attaccato ad una macchina.

In un reparto intensivo molto affaccendato l'infermiere rischia facilmente di cadere nella trappola di fare assistenza alla macchina e di non farla al malato. (13).

Questa indagine sulle problematiche vissute dall'uomo di fronte alla VAM non può essere per ovvi motivi un esame limitato unicamente alla VAM in sé. Un malato in ventilazione artificiale ha anche una serie di altri problemi fisici, è inserito in un ambiente di tipo intensivo, può avere problemi di livelli di coscienza, ecc....

L'approccio umano al malato in VAM ovviamente si riferisce di preferenza al malato cosciente.

Non è da dimenticare comunque che il malato in coma può non essere stato adeguatamente valutato o può essere in fase di risveglio dal coma e necessitare quindi di un supporto psicologico particolarmente accurato.

La VAM è uno degli elementi che costituiscono un problema per il paziente in T.I. Sarà necessario quindi un'analisi globale alle problematiche facendo attenzione in particolare a quei fattori che la VAM contribuisce ad acuire.

“È stato tremendo: ... il respiratore mandava l'aria calda dentro, mi dava noia il tubo che mi faceva male nella gola, non ce la facevo più ... quando mi aspiravano con il sondino mi facevano paura ... mi mancava l'aria ... mi facevano male le ferite ... tutte le ferite del corpo”. (4)

L'intervista ad un ricoverato in T.I. ci potrebbe far scoprire molti aspetti della sua esperienza che non ci sono noti, a volte solo perché non ci si pensa.

Il confronto diretto con il malato ci rivela così che il nostro ruolo di infermieri non è un ruolo di stretta competenza tecnica sia pure specifica, né solo un ruolo di esecuzione di alcune attività terapeutiche.

Il confronto con un malato implica per l'infermiere la percezione che il proprio intervento terapeutico non può prescindere dal rapporto umano.

Il classico “paziente” diventa quindi un soggetto ben preciso con la sua individualità, con la sua unicità, con il quale ci si deve rapportare.

Il ricoverato non andrà più quindi considerato un “torace che non funziona”, “un polmone che non scambia”, un “trauma cranico” ecc. il cui trattamento è costituito dalle tecniche mediche, infermieristiche, chirurgiche, che la patologia fisica richiede.

“L'operatore sanitario, al fine di fornire una cura completa al paziente ed alla sua famiglia, deve prima comprendere il concetto di uomo come individuo unico e vivente in un sistema aperto. L'uomo ha molti tratti e caratteristiche che vengono influenzati dall'ambiente e dalle cose che lo circondano nella sua vita. Rogers (1970) afferma che “l'uomo è un tutto unificato che possiede la sua propria integrità e che manifesta delle caratteristiche che sono di più e differenti dalla somma delle sue parti”. (12)

Molti fattori indicano che ci sono più “malattie da curare” ma “uomini malati” che devono riacquistare il loro stato di equilibrato benessere globale.

Le nostre idee semplicistiche e meccanicistiche circa il ruolo secondario giocato dalla consapevolezza dell'uomo sulla propria salute devono cambiare; non perché intuitivamente sentiamo che sono sbagliate, ma perché non sono più rispondenti ai dati scientifici.

Di tutti i pregiudizi che noi abbiamo nelle nostre abitudini riguardanti la salute e la malattia nessuno è tanto pericoloso quanto il nostro reale e vissuto concetto della reazione tra corpo e mente derivato. (6) La medicina ufficiale non è ancora tutt'oggi pienamente in grado di vedere l'uomo integrato nell'ambiente che lo circonda e di valutare quegli aspetti che hanno molta incidenza nella vita di un uomo (rapporti sociali, consuetudini, condizioni di vita...).

Stiamo vivendo un momento in cui il concetto di uomo si sta rapidamente modificando in seguito alle teorie della fisica che influiscono nella concezione della realtà quotidiana che ci circonda. Il cambiamento è stato prodotto dalla osservazione scientifica a livello atomico. Quella che si credeva fosse la sostanza, in realtà si rivela soltanto energia in continuo movimento e cambiamento. Se ne deduce che la Natura non può essere ridotta ad unità elementari ma deve essere compresa interamente attraverso l'auto-congruenza. (24)

La visione che attualmente riusciamo ad avere è di inte-

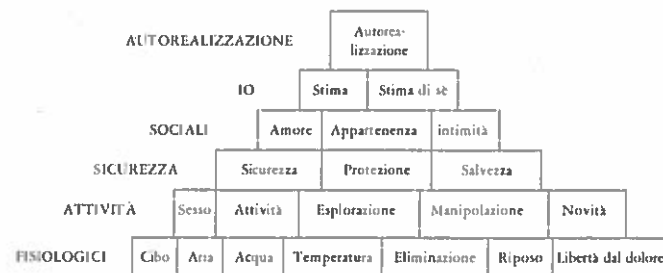
razione; questo fatto genera un'unità tra tutti gli elementi costitutivi al punto che ciascuno perde di significato se (teoricamente) isolato dagli altri elementi. La relazione, il rapporto diventa quindi il fondamento dell'esistenza delle cose e delle persone.

“Questa concezione ha cambiato anche il modo di concepire la salute. Si stanno concretamente realizzando, in seguito ad un movimento di sintesi, integrazioni tra scienze diverse: si assiste alla nascita della “psicofisiologia”, della socio-psico-fisiologia, psico-neuro-immunologia ecc.... Scienze biomediche e scienze comportamentali sono avviate verso una sempre più profonda reciproca integrazione.

Ne deriva che è da ritenere ormai conclusa definitivamente quella fase dello sviluppo della medicina che guardava all'uomo scomponibile in varie parti costituenti il corpo.

Le scienze umane attuali ci indicano quindi l'intero organismo come un'unità funzionale biologica concepita come Sistema Autoregolativo “risultante” da una gerarchia di sottosistemi omeostatici interdipendenti”. (24)

Le funzioni e la fisiopatologia dell'organismo non possono essere quindi confinati nell'organismo stesso: questo interagisce con l'ambiente attraverso moduli comportamentali dettati dai bisogni. È stata teorizzata una scala dei bisogni umani, che va da quelli più elementari, comuni ad altre specie animale, a quelli più evoluti.



La gerarchia dei bisogni di Maslow secondo Kalish.

La classificazione dei bisogni umani secondo Maslow:

- 1) Bisogno di autoconservazione: fame, sete, sonno, ecc. i bisogni fisiologici di base.
- 2) Bisogno di stimolazione, attività, familiarità.
- 3) Bisogno di autorità e di potere per difendersi.
- 4) Bisogno di appartenenza ad un gruppo e non essere esclusi.
- 5) Bisogno di stima di sé, di essere valutati.
- 6) Bisogno di realizzazione di sé, di creatività. (14)

“Vivere a livello dei bisogni più alti significa possedere una maggiore efficacia biologica, una maggiore longevità, una minore predisposizione alla malattia, un sonno ed un appetito migliori, ecc...”

I ricercatori nel campo della psicosomatica, continuano a provare che ansia, mancanza di amore, dominio, ecc. favoriscono l'instaurarsi di effetti fisici e psicologici dannosi. La gratificazione dei bisogni più alti della scala gerarchica, è importante sia per la sopravvivenza che per la crescita. (22)

“Se un paziente è gravemente ammalato, alla sopravvivenza viene data una altissima priorità; quando invece le sue condizioni migliorano i bisogni più in alto nella scala gerarchica acquistano una maggiore importanza, come an-

che quelli a cui prima veniva data una minor priorità. Quando pianificata l'assistenza l'infermiera deve valutare giornalmente il paziente e stabilire le priorità dell'assistenza infermieristica in base alle condizioni del paziente". (29)

L'uomo non potrà più quindi essere visto solo come un insieme di elementi fisici connessi tra di loro, ma sarà comprensibile soltanto se concepito come un sistema dinamico che si integra ed interagisce, attraverso processi fisici e psicologici, con altri sistemi più ampi a livello fisico, sociale, culturale e a livello cosmico.

LE CURE INTENSIVE

Introdurre questi concetti nella realtà delle cure intensive in cui siamo abituati a vivere deve comportare l'adeguamento delle strutture alle esigenze dell'uomo sulla base dei bisogni, dai più elementari ai più elaborati e delle relative reciproche interrelazioni.

L'individuo in condizioni critiche, è e rimane sempre soggetto della propria salute (e non oggetto di manipolazione altrui) in quanto capace di generare processi attivi tendenti al recupero delle funzioni vitali, (21) purché gli venga fornita l'energia necessaria.

Un approccio psicosociale alla malattia implica inevitabilmente l'analisi dei fenomeni connessi alla relazione professionale che si stabilisce fra operatore sanitario e paziente.

È infatti attraverso tale relazione che si realizza un tale trattamento, la cura e, quando ciò è possibile, il ripristino dello stato di salute. "Come sottolineano Friedmann e Di Matteo (1979) il trattamento si caratterizza come un processo di influenza sociale attraverso il quale si raggiunge un obiettivo prefissato.

Ciò che diventa dal punto di vista professionale e scientifico importante non è tanto il fatto che l'operatore della salute si rapporti al paziente connotandolo come persona, quanto piuttosto considerare le relazioni interpersonali come un momento fondamentale del processo di cura.

Ignorare questo dato non significa dunque compiere un errore scientifico. Da questo punto di vista non ha senso valutare gli effetti di certi farmaci, di interventi chirurgici o situazioni pre-post operatore senza che si tengano nel dovuto conto gli aspetti interpersonali connessi a tali situazioni". (10)

Il fatto che un paziente in VAM venga considerato un soggetto attivo a tutti gli effetti, un individuo biopsico-sociale, implica l'esistenza di rapporti con altre persone, e quindi i rapporti di altre persone con il paziente stesso. Le relazioni interpersonali dell'infermiere che fanno parte del processo di cura, saranno relazioni intraprese quindi oltre che con il paziente anche con i suoi parenti, gli amici, le persone significative perché parenti ed amici fanno parte di quel sistema che è la persona del paziente.

L'operatore sanitario e l'infermiere in particolare deve essere quell'elemento di equilibrio necessario a rendere la situazione "dominabile", vivibile, possibilmente risolvibile e, al limite, affrontabile nel caso di un esito infausto della malattia.

L'UOMO OSPEDALIZZATO:

"Ebbene, il nostro presunto malato ha ora raggiunto il pronto soccorso. Sarà circondato da infermiere affaccendate, da inservienti, studenti, assistenti, medici, forse da un tecnico del laboratorio che preleverà del sangue, da un tecnico dell'elettrocardiogramma che farà il cardiogramma. Forse lo porteranno in radiologia e sentirà pareri sulla sua condizione, discussioni e domande rivolte ai membri della sua famiglia. A poco a poco, ma inesorabilmente, si comincia a trattarlo come una cosa. Non è più una persona. Spesso si prendono delle decisioni senza il suo parere. Se tenterà di ribellarsi, verrà trattato a base di sedativi e dopo ore di attesa, in cui ci si domanda se egli ha la forza sufficiente, sarà trasportato nella sala operatoria o al centro di rianimazione e diverrà un oggetto di grande interesse e di grande investimento finanziario.

Egli può ben invocare il riposo, la pace e la dignità, ma avrà medicine, trasfusioni, un cuore artificiale o la tracheotomia, se necessario. Può ben desiderare che una sola persona si fermi un minuto per poterle chiedere una cosa soltanto, ma avrà una dozzina di persone sempre intorno, tutte affaccendate e preoccupate del suo ritmo cardiaco, del polso, dell'elettrocardiogramma o delle funzioni polmonari, delle sue secrezioni o escrezioni, ma non di lui come essere umano. Avrebbe voglia di combattere contro questo modo di fare, ma sarebbe una lotta inutile poiché questo rientra nella battaglia per la sua vita, e si può salvare la sua vita, si prenderà in considerazione la sua persona in un secondo tempo". (17)

Le caratteristiche degli attuali ambienti di T.I. sono la causa dell'insorgenza nei malati di un fenomeno molto ben conosciuto, cui è stato dato il nome di "sindrome da T.I.". L'elemento maggiormente responsabile dell'insorgenza di tale sindrome è stato individuato nella depersonalizzazione. Altri fattori che contribuiscono all'insorgenza della sindrome di T.I. sono la privazione di sonno, la perdita dell'orientamento spazio-temporale, l'immobilizzazione, le terapie, le comunicazioni fra il personale.

Questa sindrome si manifesta con una difficoltà a mantenere l'attenzione, intorbidimento della coscienza, scarsa effettività, difficoltà di memoria, difficoltà di orientamento, agitazione e paranoia temporanea.

In particolare la VAM determina:

- perdita di una funzione autonoma elementare ed essenziale della vita: la respirazione;
- notevole diminuzione della immediatezza della comunicazione dei rapporti sociali in genere;
- frustrazione per le limitazioni fisiche e psichiche implicate in trattamento di VAM;
- depressione e demotivazione;
- dipendenza da una macchina o dagli operatori sanitari per alcune funzioni vitali, per l'attività personale, per le proprie necessità, ecc...;
- diminuzione e carenza di privacy;
- ansietà per la propria sicurezza, per il futuro della propria vita, per la necessità di rapporti personali con molti estranei;
- paura per la propria integrità personale (fisica e psicologica), per la durata e l'esito della propria malattia;
- stress derivante dalla mancanza di sicurezza e tranquillità.

tà;

- insufficienza o inadeguatezza di sonno fisiologico con conseguente affaticamento e rifiuto dell'ambiente circostante.

L'UOMO IN TERAPIA INTENSIVA

Sostanzialmente il principale fattore di stress è considerata la paura della morte, che associata alla necessità di vivere in un ambiente molto limitato e con un disorientamento spazio/temporale e una deprivazione sensoriale porta alla sindrome da T.I..

Risposte teoriche allo stress:

- Ansietà e paura
- Depressione
- Disturbi psicomotori e cambiamenti delle condizioni di coscienza
- Psicosi

Nella realtà:

- Queste condizioni sono frequentemente associate
- Gli operatori possono non avere la preparazione adeguata e comprendere le varie manifestazioni.
- Le classificazioni in psichiatria non sono così facili da definire e ciò rende complesso anche il confronto tra i vari studi che si possono fare.

Kiely W. (1976) ha codificato delle buone descrizioni di reazioni psicologiche dei malati di T.I.:

- Il malato con episodio acuto di paura appare pallido e disgustato ed appare debolissimo ed impotente.
- Tensione ed ansia sono evidenziate da movimenti tremolanti ed a scatti, aumento di attività ed apprensione.
- La depressione si manifesta con malinconia, espressioni con sensi di colpa ed autocondanna. Il sonno è alterato e la debolezza può essere associata ad una forma di resistenza detta "negativismo". Una forma di depressione a più rapida insorgenza può manifestarsi con non-cooperazione, confusione, agitazione, e a volte violenza, e può nascondere un desiderio di morire. (15)

Lee Raud, Ball P. (1975) (19)

Manifestazioni psicologiche di difesa dallo stress.

Significano la protezione della propria identità da una situazione di pericolo.

- 1) **Razionalizzazione:** tentativo di sistematizzazione della situazione non accettata sul piano emozionale, al fine di dominarla.
- 2) **Repressione:** eliminazione dei problemi dal livello di coscienza (che rimangono a livello inconscio). Il paziente appare sicuro e controllato.
- 3) **Dipendenza:** il malato torna "bambino e si pone totalmente nelle mani del personale.
- 4) **Reazione esagerata:** negazione assoluta della paura e della disperazione anche con la scelta di un auto-coINVOLGIMENTO personale nel processo terapeutico.

In questo quadro della massima importanza risultano essere i rapporti che durante la degenza in T.I. il malato riesce ad instaurare con altre persone quali i familiari o il personale di assistenza (Gardner e Stewart 1978). (8)

Molti studi ormai hanno dimostrato che lo stress comporta un'alterazione della funzionalità cerebrale nei pazienti di T.I..

Particolare di rilievo è quello relativo ai malati operati al cuore.

Materazzo et al. (1963) hanno rilevato che il 68% dei malati sottoposti a commisuratomia aveva manifestato alterazioni psichiatriche. (23)

Attualmente da studi comparati risulta che tutti concordano nell'affermare che di per se stessa la cardiectomia rappresenta una forma di aggressione di tipo sia fisico che psicologico.

I problemi con i malati cardiectomizzati si manifestano anche se l'ambiente di una rianimazione cardiocirurgica generalmente è meno saturo di fattori generatori di stress.

Fattori di rischio per l'insorgenza delle reazioni allo stress e delle alterazioni dello stato di coscienza:

Demografici:

- le persone anziane sono rispetto ai bambini più esposte allo stress.

Psicologici:

- i ricoverati in T.I. per intossicazione da farmaci a scopo suicida avranno maggiori complicazioni di tipo psicologico al risveglio;
- i postoperati cardiocirurgici con disturbi psichiatrici manifestano una maggiore mortalità;
- pazienti con storie familiari di disturbi psichici facilmente vanno incontro a delirio dopo interventi di cardiectomia.

Ambientali:

- "sindrome da T.I."
- limitazioni del movimento
- alterazione dei ritmi sonno/veglia
- privazione sensoriale

Interventi e procedure:

- svezamento dalla VAM
- sostituzioni valvolari e trapianti cardiaci
- errori nell'uso dell'attrezzatura
- scarsa comunicazione
- scorretto equilibrio biochimico

Alcuni dei problemi fondamentali che vanno a costituire quella condizione di stress che conduce poi il malato alla "sindrome di T.I." sono stati studiati in modo particolare.

L'isolamento dei malati dalle persone significative.

Alcune ricerche (Cobb 1976) hanno dimostrato che il supporto di un membro della famiglia al letto del malato (si trattava di malati ricoverati in una T.I. cardiologica) nel periodo iniziale della ospedalizzazione è risultato essenziale per la sopravvivenza. Le famiglie hanno dimostrato di essere in grado di sostenere i loro congiunti fornendo loro la forza necessaria a superare crisi di tipo biologico.

Un'indagine di Kirkhoff nel 1982 dimostrò che negli ospedali americani le restrizioni delle visite ai pazienti ricoverati per infarto miocardico erano dettate non da motivazioni derivanti dalla malattia ma da esigenze interne degli ospedali o dei reparti. Si dimostrò cioè che non era l'ospedale al servizio del malato, ma, paradossalmente, il malato al servizio della struttura.

Esiste una grande mole di documentazione e ricerche che dimostrano i benefici derivanti dalla presenza di un familiare come supporto al malato intensivo. In letteratura non si trova invece alcuna documentazione che dimostri la necessità di limitare le visite per favorire il recupero del-

la salute, o per limitare il "traffico" nei reparti. Gli infermieri invece sono fortemente indotti dall'organizzazione della struttura sanitaria ad aderire a tali motivazioni.

È interessante rilevare a proposito di tale problema la storia particolare del nursing delle maternità e delle pediatrie. Questo servirebbe ad umanizzare le T.I. per malati adulti. La storia deve poter insegnare qualcosa anche la nursing, a meno che non si pensi che il nursing non fa parte della vita dell'uomo. (30)

Uno studio di Perrin (1982) ha rivelato come alcuni modi di toccare il malato, la stimolazione delle vie aeree e la ventilazione manuale fossero motivo di innalzamento della pressione intracranica (P.I.C.). Mentre vi erano alcuni fattori che contribuivano a diminuire la P.I.C.; tra questi uno, mai descritto in letteratura, consisteva nella fornitura di una stimolazione verbale da parte di un membro della famiglia.

LE POSSIBILITÀ DI RIPOSO IN T.I.

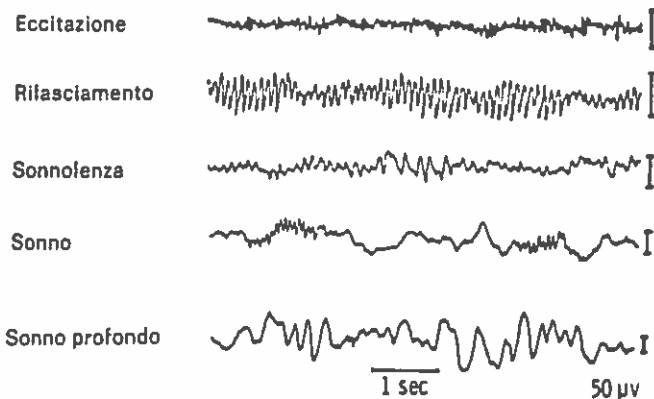
Una ricerca di Rechtschaffen (1982) e collaboratori dimostrò che la privazione di sonno nell'uomo porta a perdita di azoto e nei ratti porta a morte per diffuso deterioramento dei tessuti: questo si verifica "nonostante aumenti l'assunzione di cibo e suggerisce che si verifichi un aumento del rapporto catabolismo - anabolismo".

Le infezioni, lo stress o i traumi aumentano l'attività catabolica e quindi, in ultima analisi, la perdita di proteine. Pazienti sottoposti a tali condizioni devono quindi essere fatti dormire abbondantemente con sonno ininterrotto, la cui durata va registrata. (16)

Che cos'è il sonno?

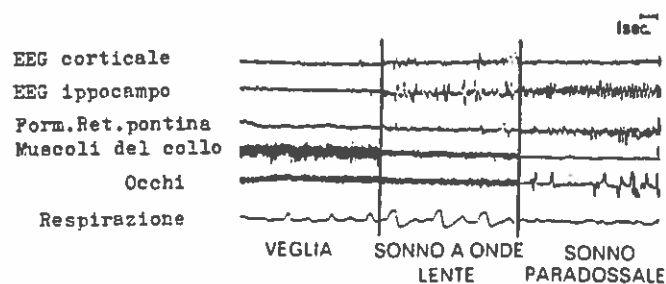
"Esaminando un EEG di un individuo che, rilasciato, si addormenta, si nota che le onde del ritmo alfa diventano più lente e più grandi.

Nel sonno profondo si osservano onde delta, molto grandi ed irregolari, ad una frequenza di 4 meno di 4/sec.



EEG registrato nei vari stadi di veglia e di sonno. Nel 4° tracciato sono evidenziati i fusi del sonno.

Le onde grandi e lente dell'EEG nel sonno, di tanto in tanto sono alternate da onde rigide a basso voltaggio simili a quelle rilevate durante i momenti di attenzione, mentre il soggetto continua a dormire: in questa fase addirittura la soglia del risveglio è innalzata. Questa fase è chiamata "sonno paradossale" ed è caratterizzata da un rapido movimento dei globi oculari (Rapid Eye Movement: R.E.M.). Questa fase corrisponde ai momenti in cui un individuo sogna. Nel sonno REM vi è una notevole diminuzione del tono muscolare. I periodi REM nell'adulto ricorrono circa ogni 90 minuti con una durata di 20 minuti ciascuno circa. Nel bambino il sonno REM va dal 50 al 30% del totale. Un soggetto svegliato nella fase REM diventa irritabile ed ansioso e le fasi REM successive saranno di durata sempre più lunga. Ciò porta a considerare che la possibilità di sognare è indispensabile al mantenimento dell'equilibrio della mente. (7)



Variazioni dell'EEG e di altre attività nella veglia, nel sonno a onde lente e in quello paradossale. Durante il sonno paradossale si notano gli intervalli regolari dei movimenti degli occhi ed il respiro superficiale.

IL RIPOSO IN T.I.

Da una ricerca di Walker BB nel 1972, in una T.I. Cardiocirurgica americana, riguardo al riposo dei malati risultò che, dopo aver motivato la limitazione delle visite dei parenti a 15 minuti per 4 volte al giorno, "per consentire il riposo", gli operatori sanitari erano la causa principale dell'interruzione del riposo dei malati.

Le interazioni tra operatori e paziente di cui il malato si accorse avevano una durata di 2-3 minuti. In un periodo di 8 ore ci furono anche 56 interventi o manipolazioni sullo stesso malato e il numero minimo delle stesse è stato di 25. Chiaramente la limitazione delle visite non aveva raggiunto lo scopo di favorire il riposo! (30)

Le comunicazioni tra il personale costituivano il più grosso impedimento al riposo del malato. La maggior parte delle comunicazioni erano di carattere personale e non professionale; il 60% di queste comunicazioni personali ebbero luogo al letto del malato mentre il 39% avvennero lontano dal letto del malato ma entro le possibilità di percezione dei malati stessi.

Il ricercatore inoltre trovò che nell'assistenza al malato solo il 14% delle comunicazioni furono con il paziente mentre il rimanente 86% furono tra il personale.

L'esperienza clinica degli infermieri inoltre dimostra che la presenza tranquillizzante di un parente al letto del malato serve a fornirgli la sicurezza necessaria a riposare.

Ed appare dimostrato dalle ricerche che è il personale quindi e non i parenti il grande pericolo per il riposo dei malati. (30)

Un'altra indicazione interessante per quanto riguarda il sonno in T.I. ci viene da una ricerca condotta in America tra 190 infermieri esperti di T.I. per i quali, tra 74 problemi individuati nei reparti intensivi e sui quali era importante condurre delle ricerche, quello ritenuto di maggiore rilevanza è risultato il seguente: "Quali sono i metodi più efficaci per favorire nel migliore dei modi gli schemi sonno-riposo nel paziente di T.I. e per evitare la privazione di sonno?" (20)

Evidentemente la impossibilità di dormire dei pazienti è vissuta in modo molto rilevante come fattore stressogeno anche da parte degli infermieri. È dunque un problema molto grave.

I FAMILIARI DEI MALATI IN T.I.

Il ricovero di una persona in T.I. implica necessariamente il coinvolgimento dei familiari. Il coinvolgimento diventa estremamente emotivo per il fatto di vivere la separazione fisica obbligata con il congiunto. Tale condizione deve essere sommata alla percepita latente ostilità della struttura che si appropria della malattia dell'individuo e vive come un disturbo la presenza e il rapporto con i suoi familiari. I parenti giungono così a rispondere a questo stato di privazione di contatti con un sentimento di solitudine, di paura, depressione, ansia e rabbia. (8)

IL PERSONALE DI T.I.: suoi problemi

Se il malato in T.I. va facilmente incontro al fenomeno chiamato "sindrome da T.I.", l'infermiere, è risaputo, va facilmente incontro al fenomeno definito del "burn-out". Questo sta ad indicare come la vita del malato e quella dell'infermiere siano legate più strettamente di quanto si pensi. Il malato in T.I. viene spersonalizzato ("sindrome da T.I.") ma l'infermiere non riesce a resistere a questa minaccia totale alla vita e ne viene bruciato via ("burn-out").

Un'indagine tra gli infermieri che hanno lasciato la T.I. ha rivelato che nel 48% dei casi il motivo era dato dallo stress vissuto in continuazione. (1)

Lo stress può essere considerato come una risposta fisiologica e psicologica complessa ed una serie eterogenea di stimoli fisici, biologici e psico-sociali, interni od esterni all'organismo. (28). Si tratta cioè di un concetto che esprime la reazione e la resistenza dell'organismo nei confronti di agenti che esercitano una pressione o una richiesta su di esso. (21)

Lo stress è dunque da considerare un meccanismo adottivo di difesa nei confronti degli agenti stressogeni.

La stessa indagine tra gli ex-infermieri di T.I. citata più sopra (1), ha posto in evidenza come l'85% degli interventisti aveva definito la T.I. come un ambiente sempre indaffarato ed in emergenza; l'81% lamentavano di dover controllare molto strettamente e documentare con precisione tutte le cure fornite ai malati. Per circa l'80% era stressante il dover fornire un supporto psicologico sia ai pazienti che

ai familiari. L'83% rilevò che erano costantemente coscienti della estrema pericolosità delle conseguenze delle loro azioni, nonostante si fossero dichiarati sicuri della propria professionalità.

Fattori stressogeni:

- mancanza di tempo libero
- rapporti con i parenti
- insufficiente conoscenza delle apparecchiature
- supporto psicologico limitato ed affidato agli altri componenti del gruppo
- ammissioni d'urgenza
- alta percentuale di decessi
- bassa percentuale di dimissioni
- il rapporto col paziente si rinforza con la durata della degenza, la quale però spesso significa prognosi infuista
- dolore o morte sono normalmente presenti
- instaurazione di tecniche di distacco dai malati e dai colleghi per evitare il ripetuto "senso di distacco"
- insicurezza e paura di essere redarguiti
- lavoro implicante sempre il "conflitto"
- continua possibilità di errori fatali
- necessità di rapporti notevolmente impegnativi con i malati (simpatia, fermezza).

IL "BOURN-OUT" IN T.I.

Warner J. e Lopez A. (1985) dopo aver evidenziato che nonostante molto sia stato scritto sul "burn-out" a quella data solo 2 pubblicazioni erano state fatte su ricerche relative agli infermieri di T.I. (31)

Fecero una ricerca tra i soci dell'American Association Critical Care Nurses (AACN) che portò alle seguenti conclusioni:

Motivi favorevoli al "burn-out":

- la giovane età
 - preparazione limitata
 - supporto psicologico inadeguato
 - aumentata competizione tra infermieri
 - limitato tenore morale del reparto
 - inadeguata preparazione psicologica
 - insufficienti discussioni sul lavoro
 - lavoro preminentemente routinario
 - aumentato stress lavorativo
 - insoddisfazione del lavoro
 - mancanza di riconoscimenti
 - leadership autocratica del superiore più immediato
 - leadership autocratica oppure di "laissez-faire" dell'amministrazione infermieristica.
- I ricercatori conclusero quindi che per limitare il fenomeno del "burn-out" erano necessari:
- più lunghe pause nel lavoro
 - la presenza di forme di supporto
 - un tenore morale più alto in reparto
 - un'adeguata preparazione psicologica
 - discussioni di lavoro
 - soddisfazione per il lavoro
 - riconoscimenti per un lavoro ben fatto
 - uno stile democratico nella leadership dei superiori immediati e di quelli più elevati
 - una migliore preparazione.

Dalle interviste della stessa ricerca, risulta che il personale nonostante la disponibilità dimostrata viene sopraffatto da stimoli a volte violenti per l'urgenza degli interventi e responsabilità spesso estremamente coinvolgenti. Tale rapporto con il malato spesso è troppo angosciante e vengono messi in atto i meccanismi di difesa della negazione e della razionalizzazione che permettono una scaricamento dal punto di vista emotivo. Però il coinvolgimento di fondo permane nell'operatore e può condurre a quella condizione descritta da Cherniss (1980) e Shillmann (1974) come la sindrome del "burn-out". (26)

L'infermiere e la VAM: suo ruolo

Non è più tempo di considerare l'infermiere come un operatore assistenziale passivo, ed ormai nemmeno come un elemento tecnico. Vi è certamente nel periodo attuale, una specie di crisi di identità per gli infermieri, con il rifiuto dei vecchi modelli e l'incapacità di individuazione chiara dei modelli nuovi; si vive una specie di ansia di cambiamento ed allo stesso tempo la paura di cambiare.

Anche il nursing italiano si sta orientando sempre più chiaramente verso un modello che implica un approccio globale all'individuo malato. Tale approccio si caratterizza per un'attenzione alla centralità dei bisogni dell'uomo, della salute individuale e sociale e dell'autonomia e responsabilità dell'infermiere.

Tali orientamenti sono stati determinati dalla evoluzione che la storia e la società contemporanea hanno determinato. (25)

Qual'è dunque la figura ed il ruolo dell'infermiere in un ambiente intensivo?

L'infermiere è colui che deve favorire il reinserimento ottimale del malato nel suo ambito naturale di appartenenza come persona, con la propria unicità ed individualità.

Questa concezione del ruolo dell'infermiere richiede un profondo ripensamento degli attuali rapporti e dei "compiti" attualmente svolti. Deve essere fondato su basi nuove, scientifiche il rapporto con i malati intesi come autori

in prima persona della propria salute e non oggetto di cure altrui.

Deve essere ripensata e rimessa in discussione la quotidianità delle mansioni per orientarsi e dare risposte adeguate ai bisogni dei malati.

Sulla base della concezione dell'uomo e del lavoro dell'infermiere di conseguenza, va ripensata l'intera organizzazione dell'ospedale, per adeguarla in modo veramente rispondente ai bisogni terapeutici dell'uomo: anche questo è compito dell'infermiere.

Se l'uomo deve essere considerato un sistema aperto, fondamentale è il concetto di relazione.

La relazione, il rapporto diventa talmente importante che giunge a dare consistenza all'essere stesso dell'uomo fino al punto che non ci sarebbe l'uomo se non ci fosse la relazione.

Da queste considerazioni deriva per l'infermiere l'idea della necessità della comunicazione come elemento che dà consistenza al proprio intervento professionale.

LA COMUNICAZIONE

La comunicazione è quel fattore che permette di applicare alla realtà del malato le conoscenze scientifiche e le abilità tecniche necessarie a mediare il processo di recupero dello stato di equilibrio della salute: la comunicazione è cioè quel fattore che permette il rapporto e nel nostro caso, il rapporto terapeutico infermiere-paziente. La comunicazione è inoltre fondamentale nella trasmissione delle informazioni. (32)

La comunicazione può essere verbale, quella cioè espressa mediante l'uso della parola; ma può essere anche non-verbale ed anzi questa è la forma della maggior parte delle comunicazioni umane e viene recepita attraverso tutti i sensi.

Ad esempio i gesti, le azioni, la scrittura, gli oggetti del contesto della relazione sono tutti messaggi di tipo non verbale.

La cultura, lo stato sociale, l'ambiente sociale, la personalità, l'influenza di altre persone significative e non, hanno la loro influenza nella comunicazione non verbale di una persona e vanno quindi sempre considerati per la comprensione dei messaggi trasmessi da ogni individuo.

La metacomunicazione è invece una specie di chiave di lettura del messaggio; quello cioè che si trasmette unitamente al messaggio e fa parte sia della comunicazione verbale che di quella non verbale.

Secondo Cohen S. (3) il processo di comunicazione è costituito da 5 elementi fondamentali.

- 1) il trasmettitore: colui che con i suoi organi invia il messaggio.
- 2) il messaggio: come contenuto e forma, verbale, non verbale e la metacomunicazione.
- 3) il ricevente: colui che recepisce il messaggio e le relative strutture anatomiche implicite.
- 4) il feed-back: ossia il messaggio di ritorno dal ricevente al trasmettitore e viceversa continuando come un'eco.
- 5) Il contesto: l'ambiente in cui la reciproca comunicazione si verifica.



LA **RELAZIONE** È
L'ELEMENTO FONDAMENTALE
PER LA FORNITURA DELLA
ENERGIA NECESSARIA AL
SOGGETTO MALATO PER
RENDERSI AUTOSUFFICIENTE

**SE NON C'È RELAZIONE
NON C'È L'UOMO**

LA COMUNICAZIONE

- LA COMUNICAZIONE PERMETTE IL RAPPORTO
- LA COMUNICAZIONE TRASMETTE LE INFORMAZIONI



Sempre secondo Cohen (3) vi sono tre operazioni fondamentali per il verificarsi della comunicazione:

- A) la percezione: come assunzione di stimoli significativi e coerenti del mondo;
- B) la valutazione: come capacità di analisi del messaggio ricevuto;
- C) la trasmissione come effettivo passaggio della informazione tra due individui.

La comunicazione umana è un fenomeno estremamente complesso e si rimanda ai riferimenti bibliografici per i necessari approfondimenti in merito. Per lo scopo della nostra indagine esaminiamo invece alcuni aspetti specifici e tentiamo di prospettare delle indicazioni che possano contribuire ad affrontare con maggiore obiettività il nostro rapporto con i malati in ventilazione artificiale e con i loro parenti.

La comunicazione con il paziente

Pat Ashworth (1982), una delle più autorevoli infermiere-ricercatrici inglesi, indica i quattro fattori principali che inibiscono la comunicazione:

- 1) Difficoltà di fondo a comunicare con qualcuno che non è in grado di fornire una risposta di ritorno. "È come parlare ad un muro di cemento" ... "Sarebbe più facile se avesse gli occhi aperti"...
- 2) La pressione della situazione di lavoro: "Quando sei indaffarato tendi a dimenticare" ... "Se non andranno mai a casa, o se vi andranno e non potranno più essere felici, non vedo alcuna ragione per affannarsi a mantenerli in vita - uno tende a staccarsi".
- 3) Mancanza di conoscenza dei pazienti come persone e dei loro bisogni o desideri individuali. Meno si conosce di una persona e più è difficile rapportarsi a lei come persona.
- 4) Mancanza di conoscenze precise del perché o come comunicare con i pazienti nei reparti intensivi. Il fatto di comunicare con malati molto gravi, ansiosi, sottoposti ad esperienze stressanti, forse non in grado di

esprimersi o addirittura di reagire, è un'attività molto difficile. In realtà mentre si spendono molte ore a spiegare all'infermiere come funziona l'attrezzatura, i ventilatori, molto ridotto se non addirittura assente è l'insegnamento relativo ai fondamenti della comunicazione, i canali usati, i tipi di comunicazione necessari per interagire con i pazienti intensivi. Ma ormai iniziano ad essere disponibili degli studi precisi in merito che indicano che può esserci una buona evoluzione di questi aspetti del nursing. (2)

"Una comunicazione verbale e non verbale, raffinata e individualizzata con i malati ricoverati in T.I. è il metodo più importante per portare l'arte del guarire all'interno dell'ambiente altamente scientifico della T.I."

(Obier e Haywood 1973).

È stata rilevata la mancanza della comunicazione terapeutica in particolare nei confronti di quei malati che ne avevano maggiore bisogno, quelli intubati e che avevano quindi perso la possibilità della comunicazione verbale. La comunicazione non-verbale riduce ad uno stato infantile e provoca ansia specialmente nell'adulto già delibitato vulnerabile ed indifeso (Harken 1974).

Una ricerca del 1984 di Salyer e Stuart sull'interazione infermiere-paziente nella T.I. portò ai seguenti risultati:

- In generale: vi è la tendenza a far seguire reazioni positive ad azioni positive e reazioni negative ad azioni negative.
- In particolare:
 - la comunicazione fu iniziata dai malati nei confronti degli infermieri solo 34 volte su 217;
 - delle 30 comunicazioni di tipo positivo iniziate dai malati, 11 (circa 1/3) ricevettero una risposta di tipo negativo da parte dell'infermiere;
 - il fenomeno di azione/reazione più frequentemente rilevante fu la scelta dell'infermiere di "non parlare durante l'assistenza al malato" con "nessuna risposta" da parte del malato stesso. Questo tipo di interazione fu osservato 35 volte su 217.
 - un atteggiamento di critica o disapprovazione da parte dell'infermiere fu notato solo in 5 casi: le reazioni dei malati furono tutte negative: 1 non rispose, 2 si girarono dall'altra parte, e 2 malati piansero.

Nello studio apparve che alcuni infermieri non erano in grado di osservare o accettare i bisogni di comunicazione dei loro malati. Ci possono essere due diverse interpretazioni di questo fatto:

- 1) gli infermieri controllati potevano essere non in grado di riconoscere e/o gestire le reazioni alla malattia e all'ospedalizzazione dei loro pazienti;
- 2) essi potevano non essere in grado di gestire le proprie reazioni nei confronti del paziente o della situazione. (27)

Nel tentativo di focalizzare l'attenzione sul malato ventilato artificialmente S. Janowski Zori (1984) (13) fornisce questi suggerimenti:

Il primo passo per l'assistenza al malato considerato come un individuo nella sua unicità è di stabilire una comunicazione. Il tubo in laringe lo rende incapace di parlare.

Alcuni accorgimenti per favorire la comunicazione e la metacomunicazione

- A) La lettura delle labbra è uno dei metodi, ma è frustrante sia per il malato questo tentativo di parlare che per l'infermiere il tentativo di leggere.
- B) Si può scrivere un alfabeto in un cartello e fare domande che richiedono solo risposte SI o NO.
- C) Mantenere il più possibile il contatto con gli occhi con il paziente.
- D) Un notevole vantaggio è costituito da quel nuovo tipo di tubi che consentono il passaggio dell'aria attraverso le corde vocali per parlare.
- E) È importante includere i familiari e gli amici nel pianificare un sistema di comunicazione. Essi conoscono bene il malato e possono essere in grado di suggerire il metodo migliore.
- F) I malati ventilati per lungo tempo spesso fanno troppe domande. Si può prevenire ciò permettendo al malato di autogestire parte della routine giornaliera, come permettergli di scegliere l'ora per le pulizie personali o insegnandogli ad aspirarsi in bocca o nel tubo.
- G) Aspirazioni frequenti e una buona pulizia orale aiuteranno il malato a sentirsi meglio come pure il fatto di pettinarsi i capelli. Se è possibile sarebbe da incoraggiare anche il "make-up" o l'uso di profumi particolarmente per quelle pazienti con la tracheostomia.
- H) L'infermiere dimostrando empatia, capacità di accettazione, e di confidenza può aiutare a diminuire la paura di morire, di essere incapace di respirare, di comunicare.... Si deve garantire al malato la possibilità di attirare in ogni momento ed immediatamente la nostra attenzione; ciò lo renderà maggiormente sicuro.
- I) Ogni volta che si presta assistenza, si deve spiegare, se necessario anche più di una volta, il significato degli allarmi delle macchine, i progressi fatti dal malato stesso, le intenzioni di nuovi trattamenti o procedure. Per poter fare tutto questo con competenza è ovviamente necessario conoscere molto bene gli elementi della propria professione.
- L) A volte le semplici manovre di risistemazione o lo sfregare la schiena, possono contribuire non poco a calmare un malato agitato. Si deve assicurarlo che sarà in grado di parlare di nuovo non appena sarà tolto il tubo dalla laringe. Esercizi di rilassamento, l'uso di un linguaggio fantasioso o la fornitura di elementi di distrazione, possono contribuire a rilassare il malato.
- M) Di solito, l'orientamento del paziente riguardo al tempo e allo spazio lo aiuta a focalizzare dove si trovi e che cosa stia succedendo attorno a lui. Il malato può essere aiutato a rimanere orientato anche ascoltando la radio o guardando la TV, se possibile.
Ovviamente si deve cercare anche di ridurre al minimo le interruzioni del sonno, di mantenere limitato il livello del rumore, e di spegnere le luci non necessarie di notte.
- N) Una metodica che può essere usata è quella del "bio-feed-back", (= informazione biologica di ritorno), che consiste "nell'acquisizione del controllo volontario delle funzioni fisiologiche, attraverso la presa di coscienza dei segnali del proprio corpo". In sostanza viene fornito al paziente uno stimolo visivo o acustico

delle proprie funzioni (respiratorie, cardiache, ...) e questo costituisce un'informazione precisa su cui può impegnarsi per modificarla. Tale metodo è stato impiegato con notevoli successi nello svezzamento della VAM dei malati più difficili. (18)

- O) Frequentemente dei pazienti ansiosi e agitati non vengono sedati perché si aspetta di tentare una svezzamento. È una credenza estremamente diffusa che la sedazione impedisca una soddisfazione ripresa della ventilazione spontanea. Tale convinzione però non riesce a reggere al confronto di una analisi scientifica. In realtà una blanda sedazione è la chiave risoltrice delle situazioni più difficili. (9)

L'accettazione della sfida di prendersi cura di un malato in VAM non è privo di soddisfazioni. Con una pianificazione sapiente e fatta con competenza, si può rendere un incubo del paziente un po' meno spaventoso.

La comunicazione con i familiari

Abbiamo già parlato dell'importanza del ruolo dei familiari nell'interazione con il processo di cure al malato intensivo.

I familiari sono coloro che spesso più di ogni altro sono in grado di fornire informazioni al malato, tranquillizzarlo, orientarlo, farlo sentire partecipe della vita sociale e mantenere l'identità personale.

Frequentemente in realtà i pazienti sono percepiti come un disturbo, come persone incompetenti, o forse visti inconsciamente come rivali quanto riguarda l'assistenza al malato.

In una visione sistemica dell'uomo i familiari vanno costituire quell'insostituibile elemento che favorisce il rapporto tra gli operatori sanitari ed il malato.

Il rapporto di comunicazione con i parenti da parte degli infermieri spesso è deviato o anche dalla preoccupazione di orientare tutte le proprie energie a salvare la vita del malato.

Devono essere ricordati comunque anche i bisogni delle famiglie. Ci sono problemi reali di conoscenze sul come trattare con i familiari, o di incapacità effettiva di comprensione dei bisogni e di gestione degli stessi una volta individuati.

Gli orari di visita notoriamente limitati riducono ancora i già infrequenti contatti tra i singoli infermieri ed i parenti. Questi si vengono quindi a trovare, con l'avvicinarsi dei turni di servizio, sempre a parlare con persone diverse. I problemi eventualmente recepiti dal personale rischiano di essere solo quelli che interessano il personale stesso e non i familiari. Tutto questo non favorisce certo l'evolvere della situazione del rapporto operatori/familiari con la precisazione e la celerità che sarebbe necessaria. Il tutto porta ad aumentare l'ansia, la paura, la frustrazione, lo stress che già la situazione di un congiunto in gravi condizioni comporta. Dalla revisione della letteratura (11), in definitiva, i bisogni dei familiari nei confronti dei pazienti ricoverati in T.I. si possono così riassumere:

- bisogno di rimozione dell'ansia
- bisogno di informazioni
- bisogno di essere accanto al malato
- bisogno di essere di aiuto al malato
- bisogno di essere aiutato

In realtà, quando l'infermiere riesce ad identificare e ad orientare i bisogni dei familiari, potrebbe scoprire che essi sono una delle più grandi risorse per la cura dei pazienti.

Uno studio di Daley 1984 (5) fornisce alcune indicazioni utili agli infermieri nel sostegno dei familiari dei malati intensivi.

- Essere presente con il medico durante la discussione con i parenti.
- Avere conoscenza diretta di quanto i familiari conoscono del problema.
- Essere in grado di ripetere ai familiari tutte le informazioni quando fosse necessario.
- Mantenere costantemente informati i parenti sulla situazione così da instaurare un rapporto di fiducia.
- Chiedere al medico di parlare con la famiglia anche al solo scopo di limitare lo stato d'ansia.
- Iniziare a cambiare gli orientamenti degli ospedali o dei reparti riguardo agli orari di visita dei pazienti (gli orari attuali sono funzionali alle istituzioni e non alla salute dei pazienti!).

Queste semplici indicazioni serviranno a:

- 1) Diminuire l'ansia della famiglia
- 2) Coinvolgere il medico sulla necessità di fare attenzione ai bisogni della famiglia.
- 3) Informare la famiglia sulle capacità degli infermieri contribuendo così al miglioramento dell'immagine pubblica degli infermieri.

"Chi considera in primo luogo la persona può perdere del tempo prezioso per salvarne la vita. Almeno questo sembra essere l'elemento razionale o giustificativo esistente dietro questo atteggiamento: non è così? È forse questa la ragione per cui avviciniamo i nostri meccanismi di difesa in questo modo sempre più meccanico, spersonalizzato? È questo il nostro modo di affrontare e di reprimere le ansietà che un paziente destinato a morire o particolarmente grave evoca in noi? La nostra concentrazione sull'attrezzatura, sulla pressione del sangue è forse un disperato tentativo di rifiutare la morte che ci sovrasta ed è per noi tanto spaventosa e sgradevole da indurci ad affidare tutto il nostro sapere alle macchine, in quanto queste sono meno vicine a noi del volto sofferente di un altro essere umano, che ci ricorderebbe una volta di più la nostra non-onnipotenza, i nostri limiti e fallimenti, e in fondo anche la nostra mortalità? Forse dovremmo chiederci: stiamo diventando meno umani o più umani? È chiaro che, qualunque sia la risposta, il malato soffre di più, non forse sotto l'aspetto fisico, ma psicologico. E quello che è cambiato attraverso i secoli non sono i suoi bisogni, ma la nostra capacità di soddisfarli". (17)

SENSAZIONI

Sensazioni di una signora ricoverata in T.I. nel 1985.
"Il mio viaggio nell'al di là.

Avevo freddo, ero bagnata un'aria fredda soffiava sul mio viso poi nulla, un tunnel quadrato tutta la pietra grigio chiaro ma calda ed io ci stavo bene, una donna anch'essa in grigio ma parlava strano e mi faceva voglia di ridere, per me stava giocando con bambini ma i bambini non c'erano, poi questa donna mi disse, oh è sveglia? Vuol il

caffè, io giocavo ancora così ho detto, sì. Passò un po' di tempo, tutto era per me strano ma bello affinché dei segni sul soffitto mi fecero rendere conto che ero qui il giorno prima. Questa sarà un'esperienza indimenticabile ma tanto serena".

RIASSUNTO

Questo lavoro tenterà di esaminare gli aspetti psicologici che l'uomo vive nei confronti della Ventilazione Artificiale Meccanica (VAM).

L'uomo che qui viene preso in considerazione è il malato, che costituisce il centro dell'attenzione per questo problema, ma è anche l'infermiere che è elemento importante nel processo di cura e sono anche i familiari del malato, che fanno parte dell'esperienza umana considerata dal nursing come fondante il proprio essere.

L'uomo in rapporto alla VAM è inserito in un ambiente particolare, la Terapia Intensiva, e ne vedremo i problemi connessi.

Infine si è cercato nella comunicazione, nel rapporto umano essenzialmente, una possibile soluzione a tanti problemi di tipo psicologico cui forse ancora non siamo abituati a dare risposte scientifiche.

Si è cercato di vedere l'esperienza di quanti hanno già studiato questi problemi in modo da avere degli orientamenti sulla entità degli stessi ed eventualmente sulla metodologia per ricerche analoghe nel nostro campo di lavoro. Questo ci consentirebbe una conoscenza più precisa ed autorevole di un problema che investe quotidianamente ed in modo particolare noi infermieri.

RIFERIMENTI

- 1 - ALTIERI J.R. et Al.; Why do Critical Care Nurses Leave Intensive Care Units?; in "National Teaching Institute", AACN Anaheim, CA 1982.
- 2 - ASHWORTH P.; Communication, Care and Intensive Care"; in: "International Intensive Care Nursing Conference, London 1982.
- 3 - COHEN P.S.; "La comunicazione" in: "L'interazione infermiere-paziente". Ambrosiana; Milano 1981.
- 4 - COMANDUCCI J.; "L'utente, il personale e le strutture: umanizzazione delle cure". II° Congresso Nazionale dell'ANIARTI; Roma 1983.
- 5 - DALEY L.; "The Perceived Immediate Needs of Families with Relatives in the Intensive Care Setting", Heart and Lung, May 1984; pag. 231-237.
- 6 - DOSSEY B.; "Consciousness in the Critical Care Unit, in "National Teaching Institute", AACN; Anaheim, CA 1982.
- 7 - GANONG W.F.; "Fisiologia Medica"; Piccin Ed. Padova 1975; pagg. 122-123.
- 8 - GARDNER D., STEWART N.; "Staff Involvement with Families of Patients in Critical Care Unit"; Heart and Lung, 1978; 1: 105.
- 9 - GILSTON A.; "Sedation and Mechanical Ventilation"; Anaesthesia, 1983, Vol. 38 pagg. 595-596.
- 10 - GIOVANNINI D! et Al.; "Psicologia e salute"; Zanichelli ED.; Bologna 1982; pag. 134.
- 11 - HICKEY M.; "What are the Needs of Families of Critically III Patients?"; Focus on Critical Care: Feb. 1985, Vol. 12 n.

1: pagg. 41-43.

- 12 - HUSS HODOVANICA B. et Al.; "Family Crisis Intervention Program in the Medical Intensive Care Unit"; *Heart and Lung*, May 1984 Vol. 13 p. 243.
- 13 - JANOWSKI ZORI S.; "Bringing the Patient into Focus"; in *American Journal of Nursing*, Nov. 1984; pagg. 1384-88.
- 14 - KALISH P.A.; "The Psychology of Human Behavior"; Bleumont, Ca; Wadsworth Publ. 1966.
- 15 - KIELY W.; "Psychiatric Syndromes in Critically Ill Patients"; *Jama*, 1979; 235: p. 2759-2761.
- 16 - KIRSTINE A., IAN O.; "Il sonno facilita la guarigione"; *British Med. Ed. Italiana*, Vol. 2; 4/85, pag. 359.
- 17 - KÜBLER-ROSS E.; "La morte e il morire"; Cittadella Ed., Assisi 1984, pag. 17-18.
- 18 - LA RICCI P. et Al.; "Biofeedback and Hypnosis in Weaning from mechanical Ventilators"; *Chest*, Feb. 1985; 87, 2 p. 267-269.
- 19 - LEE R., BALL P.; "Some Thoughts on the Psychology of the Coronary Care Unit Patients"; *American Journal of Nursing*, 1975; 75; 1498-1501.
- 20 - LEWANDOWSKY L.A., KOSITSKY A.M.; "Research Priorities for Critical Care Nursing: a Study by the AACN"; *Heart and Lung* 1/1983, Vol. 12, n. 1 p. 35-44.
- 21 - MAGLI M.; "Stress in Terapia Intensiva"; III° Congresso ANIARTI: Padova 1984.
- 22 - MASLOW A.H.; "Motivation and Personality"; Harper and Row; New York 1970.
- 23 - MATARAZZO et Al.; "Medical Factors Relevant to Psychological Reactions in Mitral Valve Disease"; *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 137: 380-88.
- 24 - PIGAT G.A.; "Il sistema uomo: ultime acquisizioni scientifiche ed il nursing"; Corso di aggiornamento in psicosociologia: Collegio IPSVI UD-PN 1984.
- 25 - PREIATA L.; "La preparazione professionale e l'aggiornamento permanente": II° Congresso di Anestesiologia, rianimazione e T.I.: Crema 1980.
- 26 - RUPOLO G. et Al.; "La sofferenza psicologica in rianimazione"; in *Medico e Paziente*, 9/1985; pag. 149-160.
- 27 - SALYER J., STUART J.; "Nurse-Patient Interaction in the Intensive Care Unit"; *Heart and Lung* 1/1985, Vol 14 n. 1, pagg. 28-24.
- 28 - SELYE H.; "Stress senza paura"; Rizzoli Ed. Milano.
- 29 - SORENSEN K.C., LUCKMANN J.; "Nursing di base: principi psicofisiologici". Ambrosiana Ed. Milano 1981; Vol. I°.
- 30 - STEWART HEATER B.; "Nursing Responsibilities in Changing Visiting Restrictions in the Intensive Care Unit"; *Heart and Lung* March 1985 Vol. 14 n. 2, pagg. 181-186.
- 31 - WARNER J., LOPEZ A.; "Factors Related to Burn-out in Critical Care Nurses"; *Heart and Lung* May 1985, Vol. 14, n. 3 pag. 308.
- 32 - WATZLAWICK P. et Al.; "Pragmatica della comunicazione umana"; Astrolabio Ed.; Roma 1971.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - BOWDEN P. "Psychiatric aspects of Intensive Care" in: "Care of the Critically Ill Patient" Springer-Verlag; Berlin-Heidelberg-New York 1983.
- 2 - CHALIKIAN J. WEAVER T.E.; "Where it's at where it's going"; *American Journal of Nursing*, Nov. 1984; pagg. 1373-79.
- 3 - CHERNISS C.; "The Burn-out Syndrome"; Sage Publications Inc.; Beverly Hills, 1980.
- 4 - COBB S.; "Social Support as a Moderator of Life Stress"; *Psychosom. Med.* 38: 300; 1976.
- 5 - COCKROFF A. et Al.; "Psychological Changes during a controlled Trial of Rehabilitation in Chronic Respiratory Disability"; *Thorax* 1982 Jun 37(6) 413-6.
- 6 - COHEN C.; "Ethical Problems of Intensive Care"; *Anesthesiology* 1977; 47: 217-227.
- 7 - CORSON J.A. et Al.; "Use of Biofeedback in Weaning Paralyzed Patients from respirators"; *chest* 1979; 76: 543-545.
- 8 - DUDLEY D.L., PITTS-POARCH A.R.; "Psychophysiological Aspects of Respiratory Control"; *Clinics Chest Med.* 1980; 1: 131-143.
- 9 - FRIEDMANN e DI MATTEO: "Health Care as an Interpersonal Process"; *Journal of Social Issues* 1979; 35, 1, 82-99.
- 10 - HARKEN D.E.; "Post-operative Care Following Heart Valve Surgery"; *Heart and Lung* 3; 6, 1974.
- 11 - ILLICH I.; "Nemesi medica"; Mondadori, Milano 1976.
- 12 - KRICHHOFF K.T.; "Visiting Policies for Patients with Myocardial Infarction: a National Survey". *Heart and Lung* 1982, 11; 571.
- 13 - KORNFIELD D.; "Psychiatric View of the Intensive Care Unit"; *British Medical Journal*, i: 108-110.
- 14 - NOBEL M.A.; "Communication in the I.C.U.; Therapeutic or Disturbing?"; *Nursing Outlook*, 1979; 27:195.
- 15 - OBIER K., HAYWOOD L.J.; "Enhancing Therapeutic Communication with Acutely Ill Patients"; *Heart and Lung*, 1973; 2:1.
- 16 - PERRIN A.; "Intracranial Pressure Monitoring"; in: "International Intensive Care Nursing Conference" London 1982.
- 17 - RECHTSCHAFFEN A. et Al.; "Physiological Correlates of Prolonged Sleep Deprivation in Rats"; *Science* 1982; 221: 182-184.
- 18 - ROGERS M.; "The Theoretical Basis of Nursing"; Philadelphia, 1970 F.A. Davis Co.
- 19 - ROSSATI A.; "La frustrazione dietro la porta" in "Il Polso" n. 10 1984 pag; 71-73.
- 20 - SKILLMANN J.J.; "Ethical Dilemmas in the Care of the Critically Ill"; *Lancet* 1974, 14; 634.
- 21 - TOMLIN P.; "Psychological Problems in Intensive Care". *British Medical Journal* ii: 441-443.
- 22 - WALKER B.B.; "The Post-surgery Heart Patient: Amount of Uninterrupted Time for Sleep and Rest During the First, Second and Third Post-operative Days in a Teaching Hospital"; *Nursing Research* 1972; 21: 164.
- 23 - WILSON R.F.; "Critical Care Manual: Principles and Techniques of Critical Care". Upjohn 1979, Vol 1° H 22.
- 24 - YARNAL J.R. et Al.; "Routine Use of Biofeedback in Weaning Patients from Mechanical Ventilation"; *Chest* 1981; 79: 127.

Il ruolo del dipartimento dell'emergenza nel soccorso territoriale

Dott. Giorgio Tulli - Aiuto a tempo pieno presso l'unità operativa di Anestesia, Analgesia e Terapia intensiva USL 23 Arezzo

Il pronto soccorso ha cambiato il suo aspetto negli ultimi venti anni. Ciò è dipeso da molteplici cause: una maggiore aspettativa della gente verso l'ospedale con il suo equipaggiamento spesso sofisticato, con il suo personale presente 24 ore su 24; una maggiore apprensione della gente riguardo alle complicazioni conseguenti a malattie anche banali che ha portato a fare riferimento sempre più spesso all'ospedale; la maggiore consapevolezza dei diritti ad usare i servizi pubblici, innanzi tutto l'ospedale, intesa come risposta al pagamento di oneri fiscali sempre più forti.

L'era poi dell'automobile e della motorizzazione in generale ha aumentato drammaticamente il numero di incidenti con conseguenti traumi semplici ma più spesso multipli e gravi con conseguente imprescindibile ricorso all'ospedale.

Il mondo industrializzato conosce anche l'altro flagello delle malattie cardio vascolari con le situazioni dell'infarto e dell'ictus che mettono acutamente in immediato pericolo la vita.

La difficoltà nel trattare adeguatamente i traumi multipli e le gravi insufficienze di organo ma anche i maggiori risultati ottenuti nel trattamento intensivo hanno infatti portato sempre più lavoro al pronto soccorso.

Del resto i medici generici sono diventati più inclini ad inviare i pazienti al pronto soccorso sia per alleggerire il loro carico di lavoro dall'urgenza che di fatto disturba il più redditizio e forse meno impegnativo lavoro ambulatoriale, sia per coprirsi dalle rivalse medico legali, ma anche per aver perduto negli ultimi anni quella tradizione e cultura legate ad una pratica, meno farmacologica, ma più completa sul piano delle manovre diagnostiche e terapeutiche urgenti.

In questa ottica di uso maggiore, spesso di abuso, e di conseguenza di affollamento, inefficienza e confusione di questa porta dell'ospedale, si prospetta una razionalizzazione di questo ingresso.

Questo unico ingresso, oggi mal distinto e confuso dovrà essere per prima cosa diversificato tra ingresso di accettazione ordinaria ed ingresso per accettazione emergente ed urgente. Quest'ultimo viene inteso più appropriatamente come: Dipartimento dell'Emergenza-Urgenza.

Il Dipartimento dell'Emergenza è la parte ospedaliera di un Servizio più vasto sulla emergenza-urgenza che deve comprendere un numero di Organizzazioni sia ospedaliere che territoriali che, pur essendo indipendentemente organizzate, ed offrendo al cittadino diversi livelli di risposta e di capacità operative, hanno l'obiettivo comune di garantire trattamenti medici immediati alle persone acutamente ammalate e/o traumatizzate, insomma una risposta immediata ad un bisogno sanitario emergente o urgente.

Le principali funzioni di un Dipartimento dell'Emergenza devono essere quelle di effettuare una prima diagnosi o una prima valutazione il più possibile accurata, effettuare un trattamento immediato, avviare i presupposti per una cura ulteriore e definitiva su una patologia medico-chirurgica-traumatologica acuta, che metta in immediato pericolo la vita o comunque urgente che richieda intervento immediato.

Con una definizione di questo tipo risulta chiara ancor più la differenziazione tra i due tipi di ingresso in ospedale: quello ordinario e quello per le emergenze e le urgenze.

Riconsideriamo per un momento alcune linee di base del nostro sistema sanitario. Come in altri paesi (per esempio la Gran Bretagna già da molti anni) il nostro modello di Servizio Sanitario Nazionale è focalizzato sulla funzione del medico generico. Tutti i cittadini infatti hanno diritto a scegliersi un medico di loro fiducia che ha la responsabilità della salute dei cittadini a lui affidati per quanto concerne prevenzione della malattia, sua diagnosi e cura.

Il suo ruolo primario è quello della diagnosi, decidendo poi come trattare le condizioni del paziente con le risorse disponibili e se necessario facendo riferimento alle appropriate specialità ospedaliere per definire o modificare la diagnosi e/o per un ulteriore trattamento e/o per una riabilitazione.

All'interno degli ospedali le aree di trattamento medico sono strettamente demarcate, la maggior parte dei dottori hanno oggi la loro conoscenza specializzata entro il loro particolare campo.

Così la principale funzione del medico generico diventa quella di essere il punto di inizio di tutto il trattamento primario e di indirizzare, meglio ancora organizzare l'ingresso del paziente ai servizi ospedalieri, se necessario.

Questo tipo di accettazione in ospedale è appunto quella così detta ordinaria separata funzionalmente, organizzativamente e geograficamente dal Dipartimento dell'Emergenza.

Essa si avvale delle indicazioni date al paziente, dal medico generico per una consultazione specialistica, di secondo livello, ed usa i Poliambulatori delle varie specialità con un orario di lavoro ben definito e predisposto per questo rapporto.

In questa organizzazione, anche se può accadere che qualche ricovero sia inopportuno o addirittura inutile, la funzione di filtro dovrebbe essere effettuata al massimo, con grande beneficio per la salute del cittadino e l'economia del paese.

Il Dipartimento dell'Emergenza sfugge invece a questo sistema ed ha un accesso obbligatoriamente aperto 24 ore su 24 e sette giorni su sette, che permetta a tutti i pazienti di farne uso. È l'altra porta dell'ospedale, ben distinta dalla precedente.

Il Dipartimento dell'Emergenza ha due principali

maggiori caratteristiche distintive: primo è il solo dipartimento ad alta operatività dell'Ospedale in cui i pazienti hanno un accesso diretto al trattamento medico senza alcuna precedente notificazione o foglio di ricovero: secondo il più delle volte il paziente stesso o un comune cittadino di solito effettua la valutazione iniziale della condizione che si presume richieda trattamento immediato.

Lo staff del Dipartimento deve fronteggiare un carico di lavoro non controllato e spesso fluttuante che coinvolge in termini di varietà e gravità, un ampio spettro di condizioni mediche: dalla malattia acuta, ai gravi incidenti del traffico, ai disturbi minori ed i traumi minori che non necessitano della piena disponibilità di un Dipartimento dell'Emergenza.

Un accesso aperto è essenziale, ma come fare perché non se ne abusi?

Negli altri paesi europei, dove da più tempo sono in funzione i Dipartimenti dell'Emergenza, si è visto che il 40-60% dei casi totali osservati in un Dipartimento dell'Emergenza urbano, possono essere casi di competenza del medico generico. In generale la proporzione dei casi seriamente emergenti è circa del 20% mentre la percentuale dei traumi va da un minimo di 30% (nei centri urbani) a circa l'80%.

Proprio per queste osservazioni, in Gran Bretagna, nel 1962, nel Rapporto Platt sui Dipartimenti dell'Emergenza fu riconosciuta ed enfasizzata la necessità di ridurre il numero di chi impropriamente faceva uso del Dipartimento stesso, infatti si dimostrò che i pazienti con disturbi minori abusavano del Dipartimento perché essi avrebbero potuto o dovuto essere trattati dal medico generico.

Il Comitato Platt chiarificò il ruolo dei Dipartimenti e raccomandò di cambiare anche il nome da Pronto Soccorso (Casualty) a Dipartimento dell'Emergenza appunto per cercare di indicare al pubblico che era anche avvenuto un cambiamento riguardo alla politica sui Pronti Soccorsi.

I Dipartimenti dell'Emergenza furono designati ad operare specificatamente per ricevere e trattare i traumi maggiori e le vere emergenze mediche e chirurgiche che mettono in reale pericolo la vita, per le quali il medico generico non ha quelle disponibilità di mezzi o quella esperienza necessaria per questo tipo di trattamento altamente specializzato: il trattamento dei traumi minori e delle condizioni non urgenti fu proposto di nuovo alla attenzione del medico generico e della sua organizzazione di lavoro. L'avvento inoltre delle guardie mediche ha poi aggiunto ulteriori disponibilità per il trattamento dell'urgenza minore a completamento dell'azione del medico generico nella fascia oraria notturna e festiva.

Nonostante il Rapporto Platt, in Gran Bretagna le cose non sono andate meglio, e questo certo funziona da importante osservatorio.

Negli Ospedali di Distretto (provinciali) con popolazioni stabili con un buon servizio di medicina generica ed un buon coordinamento territoriale, la frequenza dei casi inappropriati che si presentano al Dipartimento della Emergenza può essere al meglio del 6%. Ma già in un buon Ospedale di una grande città può salire al 10-15% determinata dalla presenza nelle città di pendolari e di gente che vive fuori di casa (situazioni a carattere sociale).

In un'area residenziale di Londra nel 1976 si vide al Di-

partimento dell'Emergenza un 24% di pazienti che non presentavano né traumi né emergenza alcuna: di questi il 9% non aveva un medico generico ed il 33% non era soddisfatto del suo trattamento.

In alcuni Dipartimenti, situati in zone turistiche, queste percentuali salivano fino al 30%.

In queste situazioni di mancato rapporto con il medico generico, si può arrivare anche al 60% di casi inappropriati, la maggior parte sono persone che vanno di loro iniziativa al Dipartimento dell'Emergenza: in generale questa abitudine della gente di non consultare il medico generico sta aumentando.

In un Dipartimento dell'Emergenza di una grande città inglese la percentuale delle persone che spontaneamente si presentano al Dipartimento della Emergenza per emergenze mediche acute è salita dall'11% nel 1966 al 47% nel 1978, con una percentuale del 40% di pazienti rinvii a casa. Queste percentuali salgono poi durante il week-end.

Sfortunatamente, nonostante le raccomandazioni del Rapporto Platt e tutti i successivi sforzi, non sembra proprio, a tutt'oggi, che in Gran Bretagna si siano potuti realizzare appieno i cambiamenti desiderati.

E di questa grande esperienza certo ne dobbiamo tenere gran conto.

Il numero dei pazienti infatti che si presentano ai Dipartimenti dell'Emergenza continua ad aumentare, sia come persone che si presentano spontaneamente, sia inviati dal proprio medico di fiducia. Il trattamento delle condizioni mediche o la soluzione dei problemi sociali di queste persone, che potrebbe essere effettuato dai medici generici, causa ancora sovraffollamento ed impedisce di fatto che i pazienti con condizioni più serie siano trattati più efficacemente.

La frequenza ed il tipo di paziente inviato dal medico generico al Dipartimento dell'Emergenza differisce, là dove è stato possibile valutarlo, comprensibilmente in funzione dell'equipaggiamento a loro disposizione, il tipo di distretto sanitario o area sanitaria in cui essi svolgono la loro pratica e se la pratica è in un'area rurale o urbana.

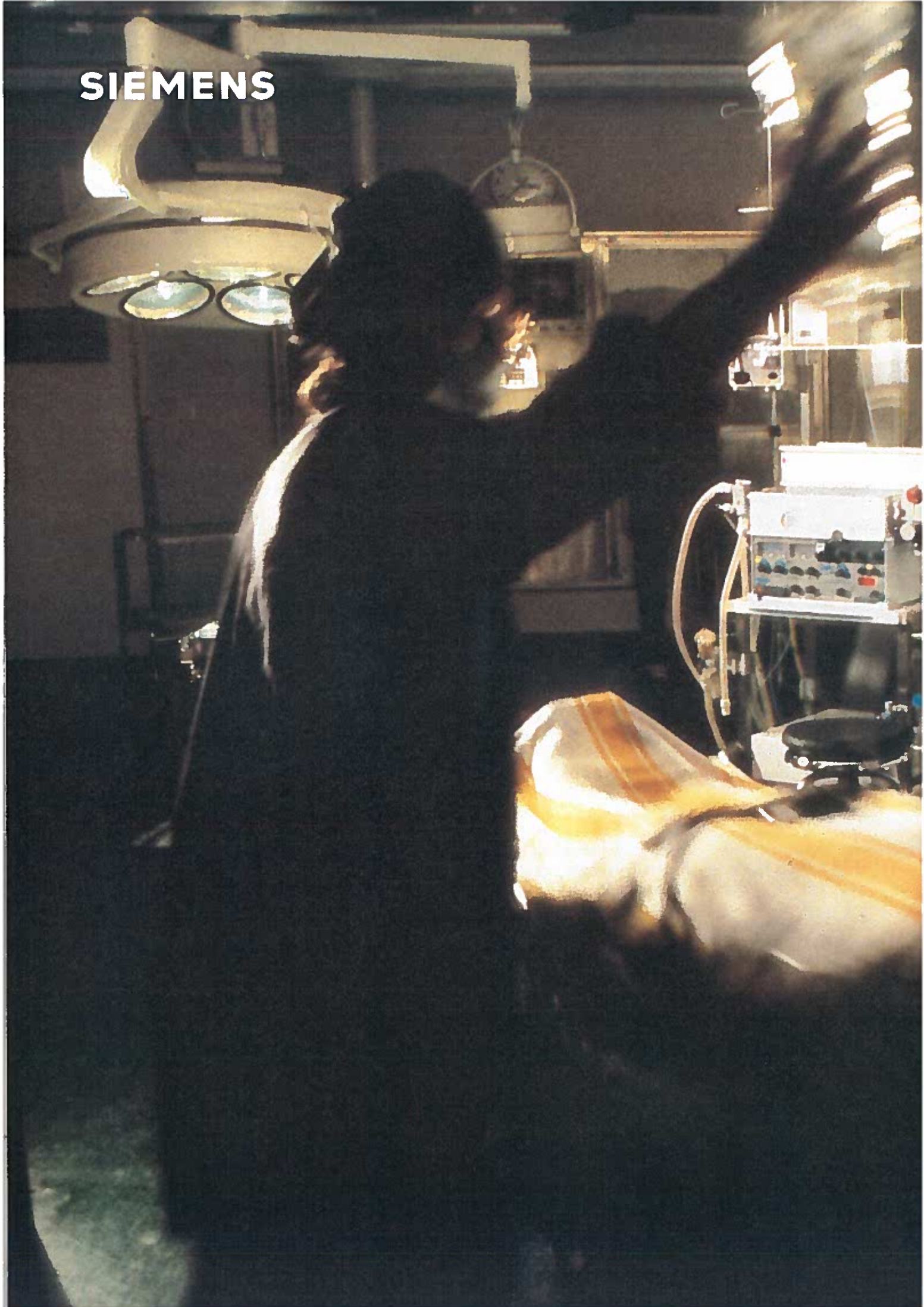
I medici generici nelle aree rurali hanno un minore accesso ai servizi ospedalieri e quindi frequenze minori di invio, anche se essi non necessariamente hanno più equipaggiamento per trattare le emergenze e gli incidenti. Nelle aree urbane o suburbane invece la pratica generica è sempre più caratterizzata da un sistema di appuntamenti e da ambulatori ad orario, chiusi la notte che certamente contribuiscono al fatto che i pazienti vadano di propria iniziativa al Dipartimento.

Così il lavoro dei Dipartimenti dell'Emergenza è aggravato da un'alta percentuale di pazienti con disturbi minori, non urgenti o traumi minori o situazioni sociali e molto del lavoro è fuori dello scopo definito del Dipartimento.

Questo uso corrente dei Dipartimenti è tale che essi duplicano, per un buon tratto i servizi attinenti al sistema della medicina generica e questo porta ad un uso non economico e non efficiente delle risorse ospedaliere con spreco delle già scarse finanze.

C'è però chi soprattutto con argomentazioni medico legali, sostiene che tutti i traumi, o malattie acute che si presentano al Dipartimento dell'Emergenza, non importa

SIEMENS





Quando l'imprevisto deve essere prevenuto

Il Servo Ventilator risponde ad ogni esigenza del medico. Per i prematuri, i bambini e gli adulti. In terapia intensiva, anestesia e per il trasporto del paziente.

Il Servo Ventilator della Siemens è un apparecchio versatile, leader nel campo dei ventilatori ad alte prestazioni.

Servo Ventilator System

**Siemens Elettra S.p.A.
Divisione apparecchi radiologici
ed elettromedicali
20128 Milano - via Vipiteno, 4
tel. 6766.1**

quanto minori essi siano, siano comunque bisognevoli di un trattamento immediato: perché il paziente non può sempre giudicare cosa è serio e che cosa non lo è, né lo può un parente o un comune cittadino sullo scenario dello evento morboso: perché un trattamento pronto ed efficace salva da complicazioni tardive.

Comunque anche se il semplice rassicurare il paziente è certo una funzione legittima, la maggior parte degli studiosi del problema sull'attuale letteratura non è d'accordo su questa linea del Buon Samaritano di trattare anche i piccoli e semplici traumi o i piccoli e semplici disturbi, particolarmente quando sono avvenuti parecchi giorni o magari parecchie settimane prima, oppure perché si è passati per il Dipartimento perché nel frattempo si era fatta visita a qualche amico o parente in ospedale; oppure perché non era stato possibile reperire il medico generico perché sempre troppo indaffarato, oppure perché le ore di libertà dal lavoro non coincidono con quelle di ambulatorio del medico e via discorrendo di questo passo.

Certamente non è pensabile che tutta la pratica generica funzioni in questo modo, ma certo l'esperienza inglese, che sicuramente è una delle più avanzate e sperimentate, ci insegna ad essere prudenti anche di fronte ad asserzioni pure giuste come quella che il medico generico si debba cimentare con l'emergenza e soprattutto con l'urgenza con le sue competenze, il suo equipaggiamento e con tutta la prudenza possibile.

È comunque chiaro che molte disfunzioni possono essere sanate solo attraverso la creazione di un rapporto migliore tra pratica generica e pratica ospedaliera, e certo in Italia questo fatto può passare solo se per prima cosa si fa applicare la legge esistente sulla pratica generica, si omogeneizzano i trattamenti economici e si sviluppa la professionalità ridando al tempo pieno ospedaliero il suo significato originale e non come alcuni politici interpretano, quello di rifugio per prepensionamento, incapacità o invalidità, ridando insomma all'ospedale la sua competenza specifica.

Un medico di famiglia con un sistema di appuntamenti flessibile, ben organizzato per dare una risposta pronta e seria, magari in ogni momento del giorno e della notte è obiettivo ancora troppo lontano ma da perseguire.

Il medico di famiglia ha il grande vantaggio di conoscere il paziente, la sua vita le sue ansie ed i suoi problemi. Un dottore che riscuote la piena fiducia del suo paziente, che è stimato e riconosciuto idoneo a far fronte anche alle emergenze non sarà mai scavalcato e così diminuiranno le iniziative personali ad andare al Dipartimento dell'Emergenza senza consultazione.

Nell'analizzare le funzioni e la funzionalità del Dipartimento dell'Emergenza c'è da considerare anche il fatto che molta gente va al Dipartimento della Emergenza perché è una struttura anonima.

Molti Dipartimenti dell'Emergenza, come del resto fino ad oggi molti Pronti Soccorsi, hanno i loro alcoolisti abitudinari frequentatori, i tossicodipendenti, i disadattati in generale.

L'aspetto sociale ancora oggi è infatti un aspetto importantissimo del Dipartimento dell'Emergenza così come lo è stato del Pronto Soccorso.

Il Dipartimento dell'Emergenza sarà sempre la meta di

girovaghi, senza-casa, persone disturbate che vagano nelle grandi città senza meta, gente che se ne è andata di casa, che è rimasta sola e delusa, gente che ha fame, ha freddo, anche queste sono emergenze, occorre dare una risposta sociale anche a queste particolari situazioni urgenti che questo sistema di vita, libero fin che si vuole, ma certamente spietato e cinico, ha creato specie nel grande circo delle metropoli con i loro disumani consumi e le evidenti diseguaglianze.

È necessaria una risposta organizzata che non intralci il vero lavoro della emergenza e che recuperi (anche nel senso della spesa) operatori sociali troppo spesso, specie in Italia, inseriti in abbondanza o dietro inutili scrivanie o in settori talvolta meno importanti di un Dipartimento dell'Emergenza.

AmMESSO dunque che tali problemi siano inseparabili dal Dipartimento della Emergenza realmente funzionante, come si può, in definitiva, cercare di abbassare i casi inappropriati?

Il metodo più semplice e più umano è sempre quello dell'educazione dei pazienti e dei dottori.

I medici del Dipartimento dell'Emergenza ed anche gli stessi infermieri possono tentare, sempre con il massimo della comprensione e dell'educazione, di persuadere questi pazienti non realmente urgenti ad andare a farsi visitare dal loro medico generico. Spesso specie per un giovane dottore è più facile trattare prima il paziente e poi spiegare al paziente stesso le funzioni del Dipartimento.

Si potrebbe pensare che in questi casi può essere utile dare al paziente un foglio in cui si possa spiegare più in dettaglio questa funzione o un piccolo manuale magari illustrato. Alla gente verrà ricordato con civiltà che il foruncolo dolente, una orticaria, un mal di testa, una influenza etc. non sono compito del Dipartimento dell'Emergenza. È grande lo spreco di risorse in tal senso e le persone devono imparare ad usare correttamente il servizio pubblico se non vogliono poi lamentarne i ritardi o l'inefficienza: per imparare non c'è del resto altra strada che conoscere, studiare, partecipare attivamente.

L'uso della informazione per mezzo della stampa, per mezzo della televisione nazionale e locale dovrebbe sottolineare i compiti delle strutture pubbliche ed uscire dal provincialismo della notizia sensazionale o del grande intervento o della miracolosa terapia per dedicarsi più correttamente al far conoscere, far sapere, far vedere l'organizzazione, la programmazione da ogni ottica possibile. C'è da dire che a tutt'oggi tutto questo non viene fatto e neppure i politici sono capaci ad imporre questo comportamento, e questo è certamente un fatto ancora più grave, visto che sono poi gli stessi politici ad imporre tagli alla spesa pubblica o talvolta sprechi o talvolta non sempre e non da tutti allo stesso modo, a chiedere voti utilizzando il lavoro fatto dai tecnici più consapevoli.

Dunque tutti i vari resoconti dai vari paesi sui Dipartimenti dell'Emergenza hanno puntualizzato che tutte le condizioni cosiddette non urgenti debbano avere una risposta che assolutamente però non interferisca con il lavoro più urgente del Dipartimento e con un margine sempre più basso di errore. La risposta è sempre la stessa: il flusso dei casi minori dovrebbe essere ridotto garantendo un idoneo servizio di pratica generica in ogni momento

del giorno e della notte.

Come, dove? Come: anche qui la risposta torna ad essere sempre la stessa: una maggiore educazione del cittadino all'emergenza, una maggiore educazione ed un maggior controllo del medico generico a rispondere e a confrontarsi con la emergenza, la creazione di una Guardia Medica che funzioni 24 ore su 24 che sia coordinata con il Dipartimento dell'Emergenza e con i medici di famiglia dal Coordinamento Territoriale dell'Emergenza e goda la fiducia del cittadino, nuovi sistemi di self triage computerizzati o sistemi computerizzati ad uso della pratica generica. Dove: i distretti che si andranno a costituire sul territorio devono essere, insieme ai servizi di medicina del lavoro che insisteranno nei luoghi di lavoro, organizzati e resi idonei a rispondere alla emergenza. Il volontariato dovrà essere allenato ma soprattutto coordinato.

Tutto questo insieme di operatori medici e paramedici deve costituire il primo argine, il primo filtro al Dipartimento e ciò potrà essere effettuato tranquillamente e sicuramente solo a certi livelli omogenei di preparazione e di coordinamento. Saranno questa preparazione e questo coordinamento, vicini ai bisogni della società civile più di quanto possano essere "grandi manovre" vicine troppo spesso, nel nostro paese agli interessi di singoli gruppi.

Nell'organizzare la Sanità quello che conta è la comprensione del problema e la discussione e verifica dell'osservazione epidemiologica effettuata con metodi e mezzi scientifici ed in base a questa la razionalizzazione e quindi il cambiamento, il progresso.

Un altro grosso problema del Dipartimento dell'Emergenza è quello di avere dei letti o no. Questo è un problema molto dibattuto. Nel nostro paese questi letti di Pronto Soccorso hanno la triste fama dell'Astanteria.

Certamente tutti gli studi più importanti sui servizi di emergenza hanno raccomandato di avere letti entro il Dipartimento (che sono ovviamente differenziati da quelli intensivi delle Unità di Terapia Intensiva).

Questa situazione ideale è però troppo spesso negletta perfino nei migliori Dipartimenti. I problemi sono quelli o che non c'è personale a sufficienza sia medico che infermieristico oppure che i letti finiscono per essere solo squallidi giacigli per alcoolisti che devono smaltire la sbornia o tossicodipendenti con scimmia addosso, o intossicati per tentativi di suicidio.

Questi letti non dovrebbero comunque servire per più di 48 ore, con successiva dimissione o invio in reparto interessato o in terapia intensiva: dovrebbero essere di osservazione di eventuali complicazioni che possono mettere in pericolo la vita e sempre supervisionati: le cifre indicative del numero sono di non più di 6 letti per gli ospedali provinciali e da 12 a 16 per gli ospedali più grandi delle città. È chiaro che la situazione ideale sarebbe una contiguità geografica e di lavoro tra area intensiva (unità coronarica, rianimazione, recovery rooms delle sale operatorie) e Dipartimento dell'Emergenza in modo che si crei veramente funzionalmente un'area di terapia immediata integrale, comprensiva, totalmente responsabile del paziente.

Io penso che il Dipartimento dell'Emergenza non possa essere tutto per tutti, come potrebbe talvolta apparire, ne è certo nell'interesse del paziente che lo sia.

Ma allora dove va posta l'enfasi? Sull'essere un servizio di rianimazione?

Un servizio specializzato per traumi da incidenti? Un filtro all'Ospedale?

Un paradiso per emarginati? O tutto ciò o ancora di più?

La risposta sta sempre nell'analisi accorta delle circostanze locali e si dovrà modellare sullo studio dell'epidemiologia, non altro se non la risposta razionale ai bisogni reali della gente, non emotiva o peggio ancora sottogovernativa.

In questo senso ogni operatore deve partecipare a questo sforzo collettivo con il massimo delle capacità ed il massimo dell'entusiasmo, tenendo a mente che il Dipartimento è la Porta dell'Ospedale e come tale è uno dei primmi impatti che il cittadino ha con la struttura di diagnosi e cura: stare al Dipartimento della Emergenza non dovrà più essere considerato alla stessa stregua di come si sta oggi nei Pronti Soccorsi, punizione o momento di transizione per ben più interessanti divisioni, ma alta specializzazione, esperimento polidisciplinare di riagggregazione del sapere medico, comprensione totale dei problemi umani e sociali della gente, filtro reale e risparmio su spese di ricovero inutile e dannoso sempre in eccesso nel nostro paese. Ma se agli operatori, soprattutto a quelli a tempo pieno, viene chiesta, in questo esperimento: professionalità, capacità, umanità, collaborazione, sacrificio, i responsabili politici non debbono continuare a chiedere disponibilità solo per arrivare alle elezioni a contare i voti ma occorre che essi predispongano le loro menti ad una operazione culturale che va ben oltre i loro conti o i conti delle legislature in atto.

I politici dovranno farsi carico di comprendere il tipo particolare di lavoro richiesto e modificare la legislazione o crearne di nuova in modo da poter dare impulso a questo lavoro nel segno del progresso e delle nuove tecnologie, prospettiva chiara per il futuro in modo che gli operatori siano invogliati a farlo e farlo bene e non a scappare perché li si è puniti rispetto a settori più remunerati, meno pericolosi anche sul piano legale e certamente meno faticosi.

L'emergenza dunque non si ferma al dipartimento.

L'emergenza è un servizio e come tale va trattato. Se per esempio abbiamo un paziente politraumatizzato grave, è evidente che è molto meglio per lui venir trasportato con cura direttamente dalla scena dell'incidente ad un dipartimento ben equipaggiato, con un buon personale e con alle spalle terapie intensive e chirurgie specialistiche.

È ormai chiaro che si perdono molte vite preziose se tali pazienti sono avviati scoordinatamente verso piccoli inefficienti, anacronistici pronti soccorsi dove non si perde altro che tempo prezioso.

Così non solo è necessario creare il dipartimento ma anche costituire il reticolo territoriale organizzato su base regionale dell'emergenza.

In Gran Bretagna, la concentrazione dei dipartimenti ed il loro reciproco rapporto fu una delle pietre miliari delle raccomandazioni contenute nel famoso Rapporto Platt. Ma come tutte le USL ben sanno, la chiusura dei piccoli pronti soccorsi è problema arduo soprattutto sul piano politico. Inoltre la chiusura dei più piccoli pronti soccorsi

non deve certamente creare disagi alla gente di quel posto, togliendogli quel poco per non dare nulla. I principali centri di dipartimento dovrebbero perciò essere fiancheggiati da servizi adeguati per le urgenze minori, in cui ancora una volta medici generici ben preparati facciano la loro parte nell'emergenza, così come devono essere predisposti e pubblicizzati bene gli accessi organizzati e coordinati per tutte le situazioni più complicate senza spreco di tempo e soprattutto in tempi idonei e con strutture mobili idonee ed unificate per equipaggiamento e personale.

I principali dipartimenti del reticolo regionale devono essere il punto di partenza, il motore, il cervello della organizzazione di questa rete di servizio.

Per creare una rete di dipartimenti su un territorio regionale è necessario stabilire l'eventuale bacino di utenza che un dipartimento dell'emergenza deve avere. Nei rapporti internazionali si legge che tale bacino deve essere di 150.000-200.000 persone, come minimo, tenendo conto che in teoria il dipartimento è inteso come "una unità equipaggiata e dotata di personale in modo da trattare immediatamente traumi minori e maggiori e malattie acute che mettono o no in pericolo la vita ad ogni ora del giorno e della notte e per ogni giorno della settimana (concetto di shock-trauma center).

La commissione inglese decise che queste unità dovessero servire un minimo di 150.000 abitanti ed una inchiesta nel 1970 trovò che 305 ospedali in Inghilterra e nel Galles erano provvisti di un servizio di emergenza 24 ore su 24 (nel 1966 se ne erano contati 335). Assumendo poi che solo gli ospedali più grandi di distretto (assimilabili ai nostri provinciali) ne dovessero avere uno, è stato poi stimato che sempre per l'Inghilterra ed il Galles 250 sarebbe stato il numero giusto.

D'accordo con questo studio il dipartimento medio in un ospedale generale di distretto dovrebbe servire una popolazione di circa 200.000 abitanti ed in un anno avere circa 2.000 traumi gravi o gravi insufficienze d'organo con necessità di ricovero e 2.000 traumi con solo necessità di osservazione qualificata ma non ricovero insieme con circa altre 33.000 visite (incluse le visite di controllo, medicazioni e rimozioni gessi etc.).

Ma poi successivamente in altre studi si osservò che solo circa 200 di questi dipartimenti avevano sopra a 20.000 nuovi casi per anno.

La politica di concentrare i servizi non viene messa assolutamente in discussione dalla professione medica, dai tecnici in generale, tuttavia localmente i politici sono sottoposti a pressioni di vario genere per mantenere tutti i servizi di pronto soccorso anche nei piccoli ospedali che disperdono casi e risorse diminuendo anche le capacità operative del dipartimento principale.

Ancora una volta la conta dei voti fa a pugno con la razionalità.

Perfino senza tale dispersione, una popolazione di 150.000 abitanti si pensa sia troppo piccola per sostenere un dipartimento dell'emergenza poiché si potrebbero avere non più di 18.000 nuovi pazienti all'anno dove invece circa il doppio ne sono necessari per un dipartimento a pieno ritmo ed efficiente anche sul piano dell'economia.

Ancora però una popolazione di 150.000 abitanti viene intesa come uno standard di pianificazione nei paesi svi-

luppato, industrializzati, occidentali.

Nella difficile opera di razionalizzazione è sempre meglio considerare a fondo la realtà che si ha di fronte, valutare appieno le capacità degli operatori, il rapporto con il territorio, la loro storia, come essi possono o non possono essere dapprima disponibili e poi funzionali alle modificazioni strutturali ed operative proposte.

Importantissima è la riflessione sulle caratteristiche geografiche, orografiche nel territorio servito dal dipartimento. Pertanto in una operazione di razionalizzazione, una visione puramente illuminista, troppo tagliata con il coltello, spesso non è la migliore risposta ai bisogni reali della gente e può essere altrettanto dannosa di una visione conservatrice e corporativa.

Oggi è inoltre obbligatorio valutare i bisogni di sanità anche in termini di costi alla comunità rispetto ai benefici ottenuti.

Anche se spesso è difficilissimo in situazioni così ardue come quelle offerte dalla emergenza effettuare una valutazione su piani diversi: umano, morale, scientifico, economico, questo sforzo complessivo va tentato.

Si è inoltre chiaramente evidenziato che la funzione filtro al ricovero è primaria nella economia e gestione di reparto.

Occorrerà dunque un buon rapporto tra dipartimento dell'emergenza ed ospedale inteso come divisioni e servizi (unità operative), per una gestione corretta ed organizzata del ricovero, fino ad arrivare a quanto proposto e per certi versi effettuato in Francia e Germania, per esempio, dove il ricovero non necessariamente deve avvenire nell'ospedale sede del dipartimento che ha per primo valutato il paziente ma in quell'ospedale dove magari sono in quel momento più disponibili letti acuti o dove ci sono delle specifiche risorse perché il ricovero sia più rapido e le cure più efficaci. Ovviamente per effettuare questo è necessario sempre una visione completa ed aggiornata sulla situazione nell'intero reticolo dell'emergenza, in tutte le divisioni dell'intero territorio, ciò si può prevedere come perfettamente realizzabile con il grande sviluppo dell'informatica che in tempi reali dà informazione aggiornata ad un coordinatore territoriale presente in ogni dipartimento di secondo livello che partecipa poi anche alla organizzazione regionale. Comunque la gran parte del controllo sui ricoveri si ottiene dalla corretta pratica generica come definitivamente e chiaramente dimostrato in Germania Occidentale dove il medico generico che non fa bene il suo lavoro e non si rapporta correttamente con l'ospedale viene penalizzato.

Gli obiettivi principali devono essere: migliore diagnosi, migliore cura, ricovero realmente utile e più efficace con minor disagio possibile e minore tempo di degenza, migliore riabilitazione e minori costi rispetto ai benefici ottenuti altrimenti è perfettamente inutile cambiare.

Nell'organizzazione generale del reticolo dell'emergenza devono poi esistere centri regionali a più alto livello che sono al servizio di una popolazione da uno a due milioni di abitanti al massimo e che garantiscono un trattamento per traumi più complicati o insufficienze d'organo che richiedono particolari supporti, questi dipartimenti che la Regione Toscana prevede come dipartimenti di ter-

zo livello fungono da coordinamento generale e guida informativa, di aggiornamento nell'intera regione. Questi dipartimenti di terzo livello oltre ad avere tutta la complessità organizzativa del dipartimento di secondo livello prevedono unità specializzate in neurochirurgia, chirurgia toracica, vascolare, cardiocirurgia, chirurgia plastica, rianimazioni con interessi speciali (es. rianimazioni neonatali e pediatriche etc.)

Non sembra invece necessario, specie dalle esperienze europee, un servizio amministrativo regionale che può finire per appesantire un apparato già talvolta troppo gravato dalla burocrazia. Il futuro sviluppo della informatica applicata e del computing saranno di grande aiuto nella soluzione dei problemi gestionali, per snellirli, renderli comprensibili e facilmente dominabili.

Questo livello superiore di emergenza (che chiaramente deve includere anche unità di riabilitazione) è una parte vitale dei servizi di emergenza. Ma queste unità speciali sono adeguate alla domanda? Per dare una risposta affermativa occorre risolvere due problemi: la ristrettezza dei letti ed i viaggi (trasporta secondari). Un caso molto illustrativo è quello della neurochirurgia. Se allora la diagnostica a livello di dipartimento dell'emergenza fosse più spinta e raffinata, per esempio con una distribuzione delle apparecchiature per la TAC negli ospedali provvisti di dipartimento di 2° livello (magari sono gli ospedali provinciali), oppure della angiografia oggi computerizzata o altre tecniche diagnostiche, certo si eviterebbero inutili affollamenti sui centri regionali di terzo livello.

In una parola ai dipartimenti di terzo livello bisogna andarci possibilmente a diagnosi fatta e fatta bene (ben documentata).

Il problema del trasporto secondario comporta poi un servizio ben coordinato ed attrezzato di ambulanze idonee con collegamento radio per una percorrenza che non superi chi dice una-due ore chi dice due massimo tre ore e di elicotteri con particolari accorgimenti sull'abitacolo per regioni più lontane o di montagna o per le isole, anche se questi ultimi trasporti hanno maggiori limitazioni spesso garantiscono il modo più veloce e sicuro di trasferimento e che si deve sviluppare di più in futuro, sul modello tedesco occidentale, con i costi sostenuti in modo accuratamente verificato dalle autorità regionali piuttosto che dalle autorità locali.

Così anche i centri antiveneni devono avere una organizzazione regionale specie oggi, era in cui ormai l'informatica può attraverso l'uso del telefono e dei terminali garantire una informazione precisa e veloce su una vastissima scala di sostanze tossiche, ed indicare il corretto trattamento e gli eventuali centri idonei per il trasferimento e le loro disponibilità in quel preciso momento di chiamata. Del resto i laboratori degli ospedali provvisti di dipartimento dell'emergenza specie quelli di 2° livello della Regione Toscana devono essere in grado di effettuare un primo utilissimo screening.

Lo stesso discorso può essere sviluppato per i centri ustionati.

Chiaramente nel pianificare la rete dei dipartimenti dell'emergenza e di tutti i vari servizi ad essi legati, sia a livello locale che regionale che nazionale ed infine soprannazionale, i politici devono essere preparati per flessibilità

bilanciando i fattori geografici e sociali con l'efficacia e l'efficienza della diagnosi e della cura sia per le condizioni patologiche più serie che per le meno serie ed anche con l'economia che vuol dire utilizzare al massimo l'esistente (senza eccedere nei due sensi di essere troppo conservatore o troppo innovatore o cedere solo al business della tecnologia.).

La politica sanitaria è certamente, come ogni atto politico, una prova d'orchestra su una partitura un programma perfezionabile, discutibile ma scritto con la finalità di cambiare nel senso di rispondere sempre con onestà ai bisogni del consorzio civile laddove non sia già stato fatto, con costi che siano ragionevoli rispetto ai benefici reali ottenibili ed ottenuti perché verificati.

La politica deve rispondere all'economia ed in economia le risorse sono sempre considerate come finite.

Il presupposto generale, la filosofia è quella di considerare la salute un bene comune e la sua tutela un fondamentale diritto dell'individuo ed un interesse della collettività mediante un Servizio Sanitario Nazionale, come del resto recita il primo comma del primo articolo della legge n. 833 della Repubblica Italiana.

La valutazione della organizzazione di un dipartimento dell'emergenza deve ora spingersi nella ipotesi stessa di gestione del dipartimento; come deve funzionare in pratica? Con quali e con quanti operatori?

Non è questo un problema semplice.

Gli errori e le omissioni sono gli incidenti del mestiere nel lavoro al dipartimento. Le giustificazioni sono quasi tutte attendibili; si è parlato di insufficiente comunicazione tra i vari livelli di intervento, insufficienza nel triage, nello stabilire le priorità nel raccogliere una storia appropriata dal paziente e nel visitarlo adeguatamente, questo è poi spesso un aspetto di mancanza di partecipazione ma soprattutto di supervisione da parte dei medici più esperti. Con una appropriata supervisione di un primario o di un aiuto ed una adeguata preparazione dello staff ed un organico sufficiente la maggior parte dei problemi dovrebbe essere evitabile. Una perdita di supervisione e di allenamento per il personale senza esperienza è in realtà sempre stato richiamato come la radice di ogni male al dipartimento. Le responsabilità comunque non devono essere sfuggite o mimetizzate ed ogni cittadino deve essere in grado di identificarle con nome e cognome.

Quando lo staff ha un morale basso, non è assolutamente motivato, preferisce delegare, smistare, perde interesse alla sua qualificazione, all'aggiornamento, una delle cause è certo da ricercare nella perdita di una struttura di carriera e di futuro sviluppo, per questo pochi dottori scelgono questo lavoro ed anche gli infermieri sono pochi e spesso dequalificati, l'altra causa è forse il maggiore carico di lavoro senza gratificazioni né sul piano economico né normativo e talora anche umano.

Tutto questo avviene con grande pregiudizio appunto di uno dei punti più delicati ed importanti dell'ospedale.

Oggi in Italia i pronti soccorsi o sono diretti da un primario con un suo organico spesso cronicamente ridotto, oppure sono forniti di un certo numero di giovani assistenti sotto una direzione spesso inesistente del Direttore Sanitario, figura del resto oggi scomparsa e sostituita da un Responsabile delle Attività Specialistiche che di fatto

non supervisiona.

Così il medico del pronto soccorso deve vivere nelle ristrettezze di due articoli il 13 ed il 14 della famosa legge 128 del 1969, spesso fungendo mansioni di impiegato più che di medico.

Nei centri universitari o regionali si possono avere una chirurgia e/o una medicina d'urgenza che gestiscono anche il pronto soccorso come appendice spesso fastidiosa o comunque sempre mal supervisionata e mal vissuta dagli operatori.

In Italia a tutt'oggi stare al pronto soccorso è un pò come stare puniti.

Non è così negli altri paesi europei.

In Inghilterra, Galles e Scozia negli anni 60 il Rapporto Platt pose le fondamenta per un cambiamento profondo e raccomandò che al limite tre chirurghi con il grado di consultant dovessero avere una sostanziale committenza al dipartimento dell'emergenza, con uno in carica come amministratore e che la supervisione del dipartimento dovesse essere messa per iscritto nei contratti di lavoro; che poi dei dottori di grado intermedio dovessero essere nello organico; che gli assistenti giovani dovessero essere adeguatamente supervisionati e dovessero essere istruiti a cercare sempre consulto per i traumi maggiori e che tutti i chirurghi dovessero avere al limite sei mesi di training al dipartimento dell'emergenza. Anche se in Gran Bretagna queste raccomandazioni furono tutte accettate dal governo, la supervisione dei primari è rimasta spesso teorica. Si cominciò allora in Inghilterra, dopo dieci anni di esperienza nei primi anni 70 a credere che il lavoro al dipartimento necessitasse di una più specifica committenza ed invero formasse una vera e propria nuova specialità con un suo corpo disciplinare e questo portò a ciò che originalmente fu inteso come schema pilota per un posto di "consultant" al Dipartimento della emergenza utilizzando in fase transitoria, gli anestesisti rianimatori giudicati i più vicini a questa presupposta specialità. Siamo un pò vicini al nostro posto di primario di pronto soccorso ma con una caratterizzazione di gran lunga più specialistica, autonoma dalle grandi branche madri di medicina e chirurgia, meno legata alle logiche dell'accettazione ordinaria.

Ma in Inghilterra e soprattutto negli Stati Uniti dove la specializzazione è ormai esistente da molti anni, continua la controversia su chi debba gestire, essere reperibile, supervisionare i dipartimenti dell'emergenza e quale sia il suo ruolo; si dibatte (recentissimo un articolo di opinioni a confronto sul *New England Journal of Medicine*) ancora se il lavoro dell'emergenza costituisca una specialità a se stante e quale sia la via migliore e più economica di organizzare i servizi di emergenza all'ospedale. In altri paesi soprattutto europei, prima di tutti la Francia, la scelta della guida del dipartimento è caduta sugli anestesisti rianimatori (vedi organizzazione S.A.M.U.). Dalle varie analisi condotte gli operatori più impegnati nell'emergenza sono: il chirurgo, l'ortopedico, il cardiologo e l'anestesista.

Per ognuna di queste specialità esistono pro e contro.

Gli ortopedici certamente svolgono una gran mole di lavoro all'emergenza e possono con il loro intervento pianificare l'intero decorso specie delle condizioni traumatiche, ma la loro preparazione specifica li allontana dalle altre emergenze specie quelle di ordine medico. Inoltre gli

ortopedici possono finire per intralciare il loro lavoro di routine con liste affollate da interventi d'urgenza. Non scordiamo che già oggi c'è un grande incremento della traumatologia specie nell'anziano che crea grossi problemi di gestione dei letti ortopedici. Sembra per questo più opportuno che l'ortopedico gravi sul dipartimento con una guardia 24 ore su 24 facilmente reperibile mediante cerca-persone che si interfacci con l'intera unità operativa di ortopedia o con altre di altri ospedali per la gestione dell'ammalato di eventuale competenza ortopedica o per consulenze su ammalati affidati ad altre unità operative o ad unità di terapia intensiva. L'ortopedico in guardia può inoltre evitare inutili ricoveri effettuando a livello ambulatoriale prestazioni sulla piccola traumatologia (piccole fratture, gessi, medicazioni etc.).

I chirurghi generali detengono un primato storico nei paesi anglosassoni di direzione del dipartimento, spesso infatti circa il doppio del lavoro traumatologico è chirurgico, di chirurgia generale e poi di chirurgia vascolare, toracica e neurochirurgica. Le accettazioni ortopediche sono infatti il più delle volte gravate da posteriori inserimenti di attività chirurgica per patologie non evidenziate o peggio ancora mal valutate. In Inghilterra e specie a Londra per lungo tempo si è pensato che i chirurghi dovessero dirigere i dipartimenti dell'emergenza e particolarmente i chirurghi abili nella chirurgia cosiddetta d'urgenza con un ampio spettro di capacità acquisite lavorando in chirurgia generale, ortopedia, chirurgia toracica e neurochirurgia (possibilmente anche chirurgia vascolare e plastica) anche se poi di fatto un training di questa portata così vasto e complesso è molto difficile ad ottenersi nel corso della vita anche nei paesi più sviluppati e con il forte progredire di nuove tecnologie. Con il chirurgo c'è poi la stessa difficoltà che per l'ortopedico rispetto alle emergenze mediche. Può essere una buona soluzione là dove può essere inviato al momento del triage un team appropriato per casi urgenti non traumatici dalla medicina d'urgenza, ma poche strutture sono in questa posizione felice dove chirurgia d'urgenza e medicina d'urgenza convergono magari con l'aiuto dell'anestesista rianimatore e sono spesso strutture universitarie che non possono far testo per l'intero paese. Di solito un singolo dipartimento deve essere esperto nel trattamento immediato di tutti i tipi di emergenza senza questa dovizia di personale e di mezzi.

A tutt'oggi i può pensare che un 60% delle accettazioni al dipartimento sia di origine chirurgica (traumatico-ortopedica) ed un 40% medica per altri studiosi un 50%.

Il cardiologo o il medico appartenente alla unità operativa di medicina generale è per la parte medica ciò che l'ortopedico ed il chirurgo sono per la parte chirurgica e quindi non merita ulteriori osservazioni. C'è da dire che non ci sono grosse esperienze di dipartimenti gestiti da cardiologi, se ne possono invece trovare gestite da medici generali, da qualche medico generico e più diffusamente da medici dell'emergenza. (più propriamente di pronto soccorso specie in Italia).

L'anestesista rianimatore è certamente una figura giovane nella storia della medicina. Egli è un pò chirurgo, un pò medico specie cardiologo. Il suo allenamento di base, diciamo anche la sua educazione di base nella sala operatoria orientata verso il controllo delle vie aeree, la ventilazio-

ne artificiale, il monitoraggio invasivo e non invasivo, il sostegno della circolazione, il sostegno d'organo in genere, il sollievo del dolore acuto ed anche cronico.

Sono precisamente queste sue capacità, questa sua abilità i pilastri della sua professione svolta poi a diretto contatto con il chirurgo e quindi ben conoscendo il suo campo d'azione ed i suoi limiti e con l'ortopedico, con l'ostetrico, l'otorinolaringoiatra, l'oculista etc. che sono figure essenziali nel trattare il paziente improvvisamente e gravemente ammalato ed il paziente gravemente traumatizzato che arriva al Dipartimento dell'emergenza. Le capacità dell'anestesista rianimatore si spingono nel territorio da una parte sulle unità mobili di rianimazione per trasporti primari e secondari e nell'ospedale nelle unità di terapia intensiva. Nel lavoro al dipartimento dell'emergenza l'anestesista rianimatore si può con tranquillità accostare ad una ampia varietà di pazienti proprio per la sua particolare esperienza, per la caratteristica di servizio del suo lavoro, per la sua istituzionale necessità di rapportarsi con operatori di altre specialità. L'anestesista rianimatore capace deve saper controllare dal trauma, alle gravi insufficienze d'organo, dagli shocks di ogni genere traumatico, cardiogeno, settico, alle emergenze metaboliche ed endocrinologiche, dagli avvelenamenti, alle ustioni, alle emergenze psichiatriche. L'anestesista rianimatore in conclusione, come del resto già riconosciuto da molti paesi europei, ha un ruolo fondamentale nella cura immediata del malato critico e del paziente traumatizzato sia al dipartimento che in tutti i servizi dell'emergenza nel territorio.

La partecipazione operativa degli anestesisti nei vari servizi a tutti gli stadi è un esempio di un vasto respiro di capacità, di abilità che i membri di questa specialità possono offrire alla cura dei pazienti sia entro che fuori la sala operatoria; l'ampio range di interessi e partecipazione attiva è elemento essenziale, filo conduttore nel rendere l'attuale lavoro dell'anestesista così vario e di soddisfazione anche se faticoso e talora, specie nel nostro paese, oscuro o all'ombra del chirurgo. L'anestesista rianimatore inoltre è abituato ad essere membro di un servizio e per questo non è assolutamente legato ai problemi connessi con il ricovero e sa per questo forse essere più obiettivo e sereno nel giudizio, certamente disinteressato.

Lo specialista dell'emergenza è la ultima figura, non presente in Italia, dovrebbe essere un "all rounder" come direbbero gli americani con una metafora tratta dal gioco del baseball: un medico generico o meglio generale che si specializza nel triage, nella diagnosi e nel trattamento iniziale immediato.

Ma il discorso è per noi ancora troppo aperto perché possa essere affrontato nei dettagli.

Allora è indubbio che il pronto soccorso così come è, anche nella organizzazione del personale, vada superato.

Di più facile attuazione la necessaria divisione della accettazione ordinaria dal dipartimento dell'emergenza vero e proprio.

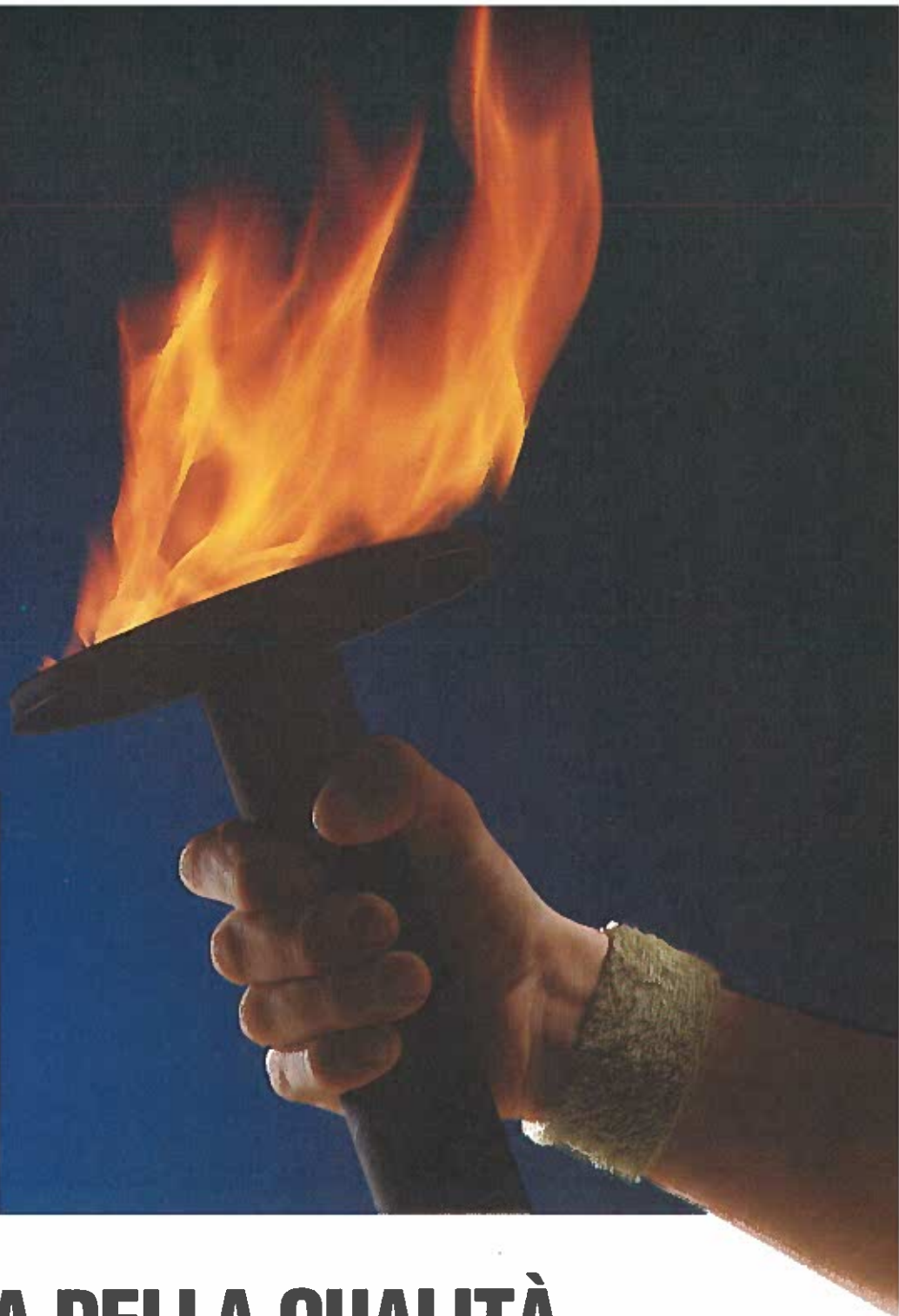
L'accettazione ordinaria si è già detto, ma conviene ripetere, servirà a filtrare i ricoveri ordinari presentati sempre e comunque al presidio ospedaliero da un medico generico, di solito il medico di famiglia, con una relazione scritta in buona calligrafia o dattiloscritta, dove appaiono evidenti, nel giudizio espresso dal medico curante la ne-

cessità assoluta o anche relativa del ricovero. L'accettazione, sempre nell'ottica di ridurre i ricoveri, si può avvalere delle strutture poliambulatoriali cliniche e diagnostiche e degli Hospital Day.

Tra territorio ed ospedale si deve, in questo senso, determinare un nuovo clima di collaborazione e non di guerra tra differenti corporazioni, si deve avviare una operazione culturale di ritorno verso il territorio, sia come permanente ricerca, attraverso lo scambio più serrato di informazioni e la discussione di schemi di lavoro, di una efficienza maggiore, sia per agire di più a livello di prevenzione: medici dell'ospedale, medici di base e di distretto, medici del lavoro e dell'ambiente, farmacisti, psicologi, assistenti sociali devono arrivare alla individuazione dei fattori di rischio e quindi ad una mappa di rischi, alla individuazione degli aspetti negativi in senso ecologico e sociale dell'ambiente e quindi con il coinvolgimento stesso della cittadinanza arrivare a proposte concrete di prevenzione e di riabilitazione oltretutto di sola diagnosi e cura.

L'accettazione quindi deve essere più protetta da parte della legge che attualmente quasi obbliga il ricovero, con la sempre presente spada di Damocle della denuncia per omissione di soccorso e la totale o pressoché totale latitanza del medico generico che continua a delegare all'ospedale, buon Pontio Pilato della situazione. Le Unità Sanitarie Locali devono pretendere una relazione scritta del medico generico che accompagni sempre le richieste di ricovero, potrebbero così mettersi nelle condizioni di controllare l'eventuale necessità dello stesso ed il successivo iter ospedaliero del paziente e via via effettuare richiami ed introdurre ulteriori razionalizzazioni. L'organico all'accettazione ordinaria può ben essere composto di giovani dottori anche avviati alla pratica generica o ad altre specialità, ma ben coordinati telefonicamente con i poliambulatori e con le guardie specialistiche attive ed assistiti da un efficiente gruppo amministrativo che equipaggiato con idonee attrezzature di computing segua gestione, movimento, archivio etc.

Nell'organizzazione del personale del dipartimento bisogna dunque partire da un cambiamento di filosofia: nella moderna medicina, nell'emergenza più che mai, non si può oggi con il grande sviluppo delle conoscenze e delle tecnologie sapere tutto di tutto, non si possono impedire o prevenire tutte le malattie non le possiamo guarire tutte, non ci dovranno più essere santi e guaritori, mani d'oro o bisturi d'argento, la malattia moderna specie nella sua fase acuta, quella generata dallo sviluppo distorto delle società capitalistiche ed industriali va affrontata con una stretta collaborazione fra vari operatori quelli analizzati in precedenza, con diverse culture di base, per cui il medico in sé perde il suo tradizionale monopolio. Questo medico non è più solo, il mago, il guaritore, può riaffrontare più globalmente e per questo più scientificamente il problema complessivo del paziente. Ecco che allora si trae a livello di concetto, la certezza che solo con un lavoro comune di nuova concezione tra vari specialisti medici e non medici più coscienti e per questo anche più modesti, si potranno ridurre le sconfitte ed aumentare i successi sia per quanto riguarda le guarigioni sia, nei casi di prognosi infausta, fornendo un tipo di assistenza e di cura che, proprio perché multidisciplinare, possa alleviare le sofferenze psichiche e



LA FIAMMA DELLA QUALITÀ.

L'IL943 È L'ULTIMO E PIÙ RAPPRESENTATIVO ESPONENTE DEI 20 ANNI DI PROGRESSO NELLA FOTOMETRIA A FIAMMA IL.

Le analisi di sodio, potassio e litio vengono effettuate con precisione, accuratezza e velocità.

Il passaggio da analisi di sodio-potassio ad analisi di litio è istantaneo grazie allo standard interno al cesio, adottato dalla IL per prima nei fotometri a fiamma.

La completa automazione (incluso

l'autocampionatore opzionale) semplifica le operazioni e consente una cadenza analitica di 100 campioni/ora.

Le analisi urgenti vengono eseguite facilmente, senza intaccare il lavoro di routine e senza perdite di tempo. Il sistema pneumatico StabIL™ montato sul 943 è una esclusiva IL e dà risultati precisi, eliminando quei componenti che negli altri fotometri richiedono frequenti messe a punto. Tutti questi vantaggi, oltre al microvolume di campione (20 μ l),

sono disponibili sul 943 ai costi notoriamente contenuti dei fotometri a fiamma IL.

Richiedete una dimostrazione contattando il vostro rappresentante IL o chiamando questo numero: (02) 25.22.272.

Scoprirete così anche voi perchè l'IL943 si lascia alle spalle i suoi competitori.



**Instrumentation
Laboratory**

fisiche.

L'organizzazione deve quindi mettere al primo posto l'approccio multidisciplinare ma non come sola esercitazione teorica, nella pratica di tutti i giorni, in modo critico così che esso non intralci il resto del lavoro routinario e non diventi, ad arte, il caprio espiatorio di antiche disfunzioni. A questo riguardo, per esempio, non sembra pensabile che operatori in forza nelle singole Unità operative (il chirurgo, l'ortopedico, l'anestesista rianimatore, il cardiologo in guardia attiva) stiano fissi al dipartimento dell'emergenza ad attendere l'emergenza o l'urgenza. Possiamo, più aderenti alla realtà, pensare che alcune guardie attive, munite di un valido cercapersone o meglio ancora di un radiotelefono portatile siano a disposizione 24 ore su 24 del Dipartimento in prima istanza la guardia ortopedica, la guardia chirurgica, la guardia anestesiologicala, la guardia cardiologica). Questi operatori in guardia, quando non c'è emergenza, possono continuare a svolgere il loro lavoro nel reparto o servizio di appartenenza, purché non sia lavoro che ovviamente impedisca questi rapidi spostamenti. La guardia ortopedica e chirurgica potrebbero controllare il lavoro in corsia con i suoi molteplici problemi, effettuare consulenze, mantenere rapporti con le équipes impegnate in sala operatoria ed alle recovery rooms. La guardia anestesiologicala e cardiologica potrebbero effettuare consulenze, rafforzare il lavoro delle proprie unità di terapia intensiva, controllare l'Hospital Day e rafforzare il lavoro dell'astanteria (non si ritiene opportuno pensare che svolgano anche il lavoro stesso nella terapia intensiva che essendo molto delicato e difficile richiede una particolare continuità di intervento che risulta difficile se si è spesso chiamati in un altro settore come può essere appunto il Dipartimento dell'emergenza o per di più quando si debba effettuare un trasporto protetto).

Ma chi si prenderà allora cura di chiamare queste guardie attive e chi le coordinerà e supervisionerà?

Nel caso che già esista una unità operativa di pronto soccorso con un suo primario, aiuti ed organico, saranno i medici stessi del pronto soccorso ribattezzato dipartimento a fare una prima valutazione delle priorità e consultandosi con il proprio aiuto o primario ad organizzare in modo serio, responsabile ed ordinato la consultazione ed il lavoro collettivo fino alla diagnosi al trattamento immediato ed all'invio nel settore corretto. A questo punto il primario o l'aiuto di pronto soccorso dovranno assumere caratteristiche nuove quelle del dipartimento e perdere le vecchie quelle cioè di svolgere tutto il lavoro da solo senza intervento multidisciplinare.

Se invece, come è più frequente, non esiste un primario ed aiuti di pronto soccorso ma bensì solo assistenti sotto una generica guida del direttore sanitario, allora, per evitare che questi medici spesso giovani e con altri interessi non si sentano supervisionati e perciò si sentano figli di nessuno, dovranno essere inseriti nell'organico stesso delle varie unità operative che più insistono sull'emergenza in modo che là possano poi trovare i loro sbocchi di carriera, fermo restando che quella unità operativa che ingloba i medici del pronto soccorso o quell'unità operativa che insiste sull'emergenza con un organico più consistente debba garantire un certo numero di medici fissi alla porta del dipartimento come medici trier.

Questo medico trier (accettore) avrà il compito di valutare, con il suo personale paramedico il paziente in emergenza, effettuare il triage ed organizzare il lavoro polidisciplinare sul paziente nello spazio lavoro collettivo del dipartimento chiamando le guardie e/o le reperibilità che si presume siano sempre specialisti o aiuti specialisti.

Questo stesso medico potrà valutare le chiamate dal territorio e collaborare con la guardia medica ed il coordinatore territoriale dell'emergenza per decentrare in modo coordinato l'intervento ed il trasporto adeguato.

Sul dipartimento dell'emergenza debbono insistere anche i servizi di Laboratorio e di Radiologia in modo perfettamente organizzato.

In uno studio su 4665 pazienti che avevano avuto radiografie al Dipartimento dell'emergenza 26 casi di trauma non furono valutati dall'assistente che aveva guardato il radiogramma, ma poi furono segnalati con ritardo dal radiologo; 10 casi non furono notati né dall'assistente né dal radiologo ma considerati solo in sede di revisione dei radiogrammi e solo due (ambidue casi molto difficili) non considerati ai tre livelli di osservazione. La situazione ideale è pertanto rappresentata da un radiologo addetto all'emergenza che risponde ad ogni radiogramma effettuato. Chiaramente farà parte del training dell'assistente all'emergenza l'interpretazione radiografica. Può essere utile a questo scopo una serie, una collezione di radiogrammi di riferimento in precedenza ben studiati.

Ma l'assistente ha bisogno anche di conoscere quando è necessario chiedere un radiogramma e che cosa chiedere. Un assistente non esperto tende a chiedere quando magari non è necessario (ed un semplice attento esame clinico può essere sufficiente) e magari non chiedere quando è necessario; si è trovato recentemente che il 14% dei radiogrammi richiesti solamente con lo scopo di riassicurare il paziente o solamente per scopi medico legali mostrarono una anomalia clinica importante. I radiogrammi potrebbero essere riosservati o settimanalmente o mensilmente con il responsabile e tutto lo staff giovane come esercizio per l'insegnamento, ciò dovrebbe essere parte integrante del training.

Quanto detto per la radiologia vale anche per il laboratorio. Differenti possono essere i tipi di organizzazione del laboratorio ma esso deve per prima cosa essere disponibile 24 ore su 24 con una latenza minima di tempo utile per una serie di esami concordati. L'ideale è ovviamente avere una organizzazione predisposta per il dipartimento dell'emergenza e tanta intelligenza per non gravare inutilmente sul laboratorio.

Altri servizi possono essere considerati importanti e meritare una reperibilità: quello endoscopico (importantissimo in caso di emorragie del tratto gastrointestinale), quello per la tomografia assiale computerizzata ed ecografia, di altro genere ma non per questo meno importante quello psichiatrico e di assistenza sociale. Il rapporto con il servizio psichiatrico deve avere caratteristiche particolari perché una emergenza psichiatrica al dipartimento spesso può creare disordine al dipartimento per ore. Comunque i due dipartimenti dell'emergenza e della salute mentale devono avere profonde interconnessioni.

Gli infermieri completano il quadro del personale del dipartimento dell'emergenza.

Gli infermieri al dipartimento dell'emergenza debbono essere infermieri professionali meglio se specializzati in anesthesiologia e rianimazione o in cardiologia intensiva, i loro compiti si possono estendere molto oltre lo iniziale triage, nell'effettuare cateterizzazioni, monitoraggi, elettrocardiogrammi defibrillazioni, assistenze ventilatorie, suture, gessi, medicazioni etc.

L'allenamento e l'aggiornamento di questi infermieri in generale deve essere migliorato ma è sempre intralciato dalle difficoltà organizzative (guardie, ferie, malattia etc.) superabili solo con un organico sufficiente.

La cosa migliore potrebbe essere quella di effettuare un corso dopo la scuola per infermieri professionali di circa sei mesi o un anno, oppure riaprire, e se ne sente la necessità, alcune scuole di specializzazione come quella in Anesthesiologia e Rianimazione, Cardiologia, Tecnica Chirurgica e Postoperatoria ed attingere da queste scuole gli elementi provvisti di specializzazione ed effettuare su questi un corso ulteriore di sei mesi del tipo atelier o altro.

L'ideale è senza dubbio quello di avere un pool di operatori infermieristici interscambiabili nei settori dell'emergenza che forse risolverebbero non solo il problema annoso delle sostituzioni ma anche quello più recente della rigenerazione dell'infermiere stanco di stare in uno specifico settore (burned out). Nell'area dell'emergenza e della terapia intensiva non solo si potrebbero avere spazi di rigenerazione ma si avvierebbe anche nel settore infermieristico l'approccio multidisciplinare che è il leit-motiv dell'emergenza, la filosofia del dipartimento, evitando così di considerare gli infermieri fanti delle varie divisioni corazzate e dando più autonomia al nursing.

In un recente studio su 260 infermieri che lavoravano in 19 differenti ospedali inglesi ai rispettivi dipartimenti dell'emergenza si è potuto osservare che essi sono coinvolti in una varietà di procedure di nursing tecnico e non tecnico che vanno ben al di là dei doveri del nursing stabiliti per legge. Gli infermieri di solito preferiscono quei compiti che sono una sfida, una opportunità per mettere in evidenza le loro capacità, mettersi in vista, con grande soddisfazione ed appagamento dal lavoro svolto e che certamente spiega la affezione e la lunga carriera all'interno del dipartimento dell'emergenza di alcuni di loro.

I compiti invece svolti con minor interesse e minore motivazione sono quelli attinenti al lavoro non urgente, soprattutto quello da svolgere con gli alcoolisti i tossicodipendenti, gli intossicati leggeri per tentativo di suicidio in genere oppure il lavoro impiegatizio e di accettazione. Di solito l'infermiere che sceglie il lavoro al dipartimento dell'emergenza si aspetta di trattare pazienti che hanno bisogno di trattamento medico chirurgico immediato opportunità questa di usare e sviluppare sempre di più la loro conoscenza di base del nursing, la loro abilità, la loro perizia e la loro esperienza anche nelle situazioni di novità come sulle ambulanze o nel territorio sullo scenario dell'evento morboso.

Nel complesso, queste aspettative possono essere incontrate, con gli infermieri che aumentano di giorno in giorno la loro esperienza ed acquistano ulteriori capacità nell'assistenza, si impadroniscono di tecniche, imparano ad usare correttamente i protocolli, ne inventano di nuovi, si perfezionano nella comunicazione con gli altri opera-

tori, con il paziente e con i familiari. A questo livello il lavoro è trovato interessante e gratificante e si è anche contenti di effettuare dello straordinario su un carico di lavoro improvviso, non prevedibile ma dove si è certi di essere molto utili alla collettività.

La motivazione è dunque il motore principale. Tuttavia alcuni infermieri possono essere meno entusiasti, fino ad essere completamente frustrati o perfino risentiti soprattutto per ciò che concerne le pratiche di nursing banale che essi debbono effettuare per la perdita di cooperazione e supporto delle altre divisioni dell'ospedale. Inoltre gli infermieri dei dipartimenti dell'emergenza inglesi intervistati concordano anche loro che i frequentatori abituali o casuali che non necessitano di attenzione medica urgente ed intensiva, occupano una gran quantità del loro tempo prezioso. Gli infermieri credono che le persone con condizioni non urgenti vengano ai dipartimenti per ragioni di loro convenienza o di ignoranza o perché non possono essere visitati dal loro medico generico.

Occorre poi ricordare che gli infermieri sono anche quegli operatori che al dipartimento dell'emergenza hanno un coinvolgimento umano maggiore con gli altri operatori sanitari specie quelli provenienti dal territorio (infermieri di distretto, medici generici e volontari etc.) e con gli agenti della forza pubblica, i militari, gli assistenti sociali, i religiosi etc. Questo coinvolgimento è estremamente importante, finisce per essere una vera e propria relazione e se si sviluppa in modo corretto, può a tutti gli effetti essere usata come un vero e proprio coordinamento. Il lavoro al Dipartimento dell'emergenza, per un infermiere, è in generale molto interessante, di grande impegno e di grande soddisfazione.

Gli aspetti di minore soddisfazione e più frustranti potrebbero essere ulteriormente ridotti da alcuni provvedimenti auspicabili: una migliore collaborazione con le altre divisioni ospedaliere e con gli altri servizi, una maggiore comprensione da parte dei medici generici della funzione stessa del dipartimento nel suo complesso, un coordinamento più stretto con i servizi territoriali e più educazione del pubblico per l'uso appropriato del dipartimento.

Qualora ci dovessero essere letti di astanteria il rapporto ottimale di presenza infermieristica deve andare da un infermiere per due posti letto o un infermiere per tre letti, contestando anche in questo settore, come in quello delle terapie intensive dove deve essere un infermiere per ogni malato, il concetto anacronistico dei 480 minuti di assistenza purtroppo riconfermato anzi peggiorato nel recente piano sanitario della Regione Toscana.

Importanza enorme, vitale ha nel Dipartimento dell'emergenza più che in qualsiasi altro dipartimento il coordinatore responsabile. Il coordinatore assicura il pieno e regolare funzionamento del dipartimento nel rispetto delle diverse competenze professionali che vi convergono: dal coordinatore dipende direttamente il personale non medico assegnato con carattere di continuità al dipartimento: per ogni turno di servizio il coordinatore individua il responsabile della equipe di guardia utilizzando anche il criterio della rotazione tra le diverse unità operative che partecipano alle attività di dipartimento. Il ruolo del coordinatore responsabile al dipartimento dell'emergenza sembra essere quello di buon organizzat-

re, buon manager con spiccate capacità nella organizzazione della valutazione delle priorità e nella diagnostica differenziale, attenzione grande allo scenario nel suo insieme e nei suoi dettagli, in secondo luogo uomo con discrete capacità di insegnamento per poter supervisionare tutto il collettivo, omogenizzarlo, forse solo per un terzo egli deve essere un buon clinico.

La funzione della specializzazione dell'emergenza, specie negli Stati Uniti, punta a creare un dirigente con grandi capacità e dotato soprattutto di: flessibilità e leadership. Infatti un tale responsabile può organizzare il lavoro in modo da avere al Dipartimento nel giro di pochi minuti l'equipe giusta dalla unità coronarica, dalle terapie intensive, dalla ortopedia, dalla chirurgia o dovunque i suoi protocolli giuridichino sia importante. Egli organizza le direttive sui trasporti primari e secondari ed il miglior ricovero, che cercherà di dare migliori garanzie al paziente per diagnosi, cura e giorni di degenza. Di tutto l'assetto organizzativo egli è completamente responsabile: egli è il regista, non lo scenografo o il costumista ed ha la responsabilità di questa regia e del successo se così si può dire del film prodotto.

Si è detto che qualità principali del coordinatore sono flessibilità e leadership, qualità vitali per la supervisione. La filosofia che più probabilmente lavora nel mondo reale è quella della flessibilità, nel senso che una teoria o una proposizione sono scientifiche non solo se possono essere verificate, messe in dubbio, ma anche se possono essere falsificate, cioè sottoposte a costanti verifiche logico critiche; il fine della scienza è una verità raggiunta per tentativi e mai immutabile. È forse più importante il valore del responsabile come organizzatore e maestro, leader, che poi la sua specializzazione e le sue relazioni o rapporti di forza con le altre unità operative. Su tutti gli eventi emergenti e vieppiù nei disastri e nelle catastrofi, il responsabile coordinatore deve essere un leader capace e rispettato, un saggio buon maestro, ed un entusiasta, un organizzatore di ricerca specie clinico epidemiologica, seguendo anche un proprio interesse, una motivazione forte al lavoro che possa trasmettere con forza. Ricerca ed insegnamento sono per il coordinatore veri e propri caposaldi. Il dipartimento dell'emergenza deve avere al suo interno grandi risorse culturali, ciò che è stato chiamato dagli inglesi "permanent preparedness for emergencies" e forse, meno militarmente, in italiano potremmo tradurre educazione permanente all'emergenza. Tutti gli strumenti didattici saranno usati dal coordinatore dai meeting bisettimanali o mensili, ai protocolli, agli audiovisivi, al software, alle esercitazioni vere e proprie.

Il dipartimento dell'emergenza deve rappresentare non solo la razionalizzazione del lavoro sul malato acuto ma anche una opportunità di rivedere, ristudiare lo spazio di operatività. Si deve pertanto promuovere tutta una ricerca sugli spazi lavoro all'emergenza per moduli strutturati più che mai sulle esigenze indotte dalle relazioni tra la funzione e la localizzazione delle apparecchiature terapeutiche, tra la interdipendenza oggettuale e la prestazione medica, tra la razionalizzazione dei gesti ed il condizionamento spaziale. Ovviamente ogni progetto, ogni ristrutturazione deve nascere dalla riflessione sulla funzione dei servizi d'emergenza sempre nel loro insieme, così co-

me si può interpretare alla luce del nuovo assetto socio sanitario voluto dalla Riforma Sanitaria e dalla definizione della qualità di un ambiente finalizzato allo svolgimento di esigenze postulate da attività precise e ben precisamente cadenzate: questo progetto non può che anch'esso essere il prodotto di un lavoro interdisciplinare che va oltre la scienza medica, per coinvolgere l'architettura, l'ingegneria, l'urbanistica etc. Spesso oggi siamo ancora costretti a vedere pronti soccorso, dove il paziente semplicemente urgente con una banale ferita è vicino ad un grave traumatizzato, in mezzo ad una confusione spesso incredibile di uomini e di mezzi. Ad aggravare questa confusione si aggiunge poi il lavoro di ordinaria accettazione che attualmente non conosce orario. Il tutto risulta in un profondo disservizio per il cittadino, costretto a vivere momenti di apprensione, di angoscia, se non pure di violenza, in ambienti disordinati, degradati, dove la sensazione che rimane è certo quella dell'inefficienza, della paura di tornare.

Verso la fine degli anni 50 fu fatta una verifica su venti dei più importanti dipartimenti dell'emergenza inglesi e tutti avevano un basso standard sia di equipaggiamento che di progettazione stessa: ma anche i più nuovi risultavano malamente progettati. In realtà ciò era determinato dal fatto che i pronti soccorsi tendevano a non essere una priorità nella distribuzione delle risorse.

Dieci anni più tardi ancora 4 dipartimenti su 5, in un altro studio, risultarono ancora vecchi ed inadeguati, l'unico nuovo non appariva ben progettato e soprattutto non flessibile per una futura espansione. Nel 1964 il ministero della Sanità inglese pubblicò delle raccomandazioni su come uniformemente progettare i dipartimenti dell'emergenza. Da allora i dipartimenti non solo ebbero un maggior sviluppo ma anche nettamente migliorò la progettazione. La critica da parte delle più autorevoli e responsabili organizzazioni ospedaliere inglesi fu vasta e circostanziata riguardo la mancanza di attenzione verso i suggerimenti di funzionalità da parte di ingegneri e di architetti, verso le raccomandazioni di conoscere come (know-how) e costruire dai suggerimenti degli operatori (lay-out).

Chiaramente un dipartimento dell'emergenza deve essere progettato, pianificato ed equipaggiato per far fronte con efficienza a casi più o meno urgenti in ogni momento del giorno e della notte. La progettazione deve tener conto della eventuale presenza di un numero superiore di pazienti nella sala dove si effettua la rianimazione e deve essere appropriato spazio lavoro dell'intervento multidisciplinare del chirurgo, dell'ortopedico, del cardiologo e dell'anestesista rianimatore. Senza dubbi i punti principali della progettazione debbono essere: buona organizzazione dello spazio che faciliti i movimenti, l'ordine e la pulizia, semplifichi il lavoro di riassetto veloce dell'ambiente, facilità di accesso e di supervisione da parte di operatori in guardia dalle varie specialità, buone comunicazioni, buon impianto elettrico, dei gas, di condizionamento, buoni impianti di radiotelefonica, attenzione al rispetto della privacy ed attenzione alle situazioni di disagio, di apprensione e talvolta grande sofferenza e dolore dei parenti e degli amici che accompagnano la vittima, in complesso una struttura mai rigida ma flessibile ed espandibile, modificabile con lo sviluppo tecnologico.

Il dipartimento ha bisogno di essere progettato alla

luce sia della relazione fisica che funzionale con l'ospedale da una parte (diciamo alle spalle) che del territorio (di fronte) esso è sul piano progettuale una interfaccia.

Si è molto discusso, in base alle relazioni da stabilire con la struttura ospedaliera, se il dipartimento dell'emergenza debba o no avere delle sale operatorie.

Non sembra esserci accordo tra differenti vedute: il miglior compromesso sembra quello di garantire due piccole sale operatorie di cui una per effettuare gessi l'altra chirurgica. Ma è chiaro che se si devono attivare queste piccole sale esse debbono essere funzionali ad una attività di day-hospital ben organizzata alle spalle del dipartimento e con altri spazi organizzati che garantiscono lo iter ospedaliero "breve" del paziente.

La pianificazione è anche influenzata molto dai problemi della sepsi, della igiene in generale. Il dipartimento dell'emergenza deve essere di fatto un filtro settico per proteggere il resto dell'ospedale. Alcuni pensano che condizioni completamente asettiche non possono essere ottenute nei dipartimenti dell'emergenza e che quindi il principale scopo ottenibile sia un buono standard di igiene. Ma anche su questo buono standard c'è da mettersi d'accordo e comunque dipende molto da come si è progettato l'ambiente per facilitare le pulizie ed anche dalla scelta del materiale.

Il lay out può imporre i rudimenti di organizzazione del dipartimento, separando adeguatamente, ma non complicando, gli stadi differenti del progresso di un paziente ed i differenti tipi di attività medica ed infermieristica. Lo spazio combinato con la compattezza, ma non con la rigidità aiuta moltissimo la fase interdisciplinare. Il concetto è che in realtà non si deve stare in questo lavoro multidisciplinare uno sopra all'altro, ma un vicino o non lontano dall'altro, senza confusioni e senza barriere.

Delle buone comunicazioni (telefoni, radiotelefoni, terminali video etc.) sono vitali dell'organizzazione complessiva. Ovviamente ci devono essere dei banchi di accettazione ben posizionati e ben equipaggiati con personale ben educato.

Questo centro di controllo con il Centro di Coordinamento Territoriale della Emergenza è un po' il cuore del dipartimento. Ci deve essere un luogo di supervisione degli infermieri in modo che ivi soggiornando abbiano una ampia veduta sul dipartimento, questo spazio deve fare da base per gli infermieri e per il medico trier per valutare immediatamente le priorità, vedere chi entra e comunicare con il resto del dipartimento ed altrove, chiamare le guardie a consultazione, chiamare il centro di coordinamento territoriale.

I vecchi pronti soccorsi spesso hanno troppo poco spazio fuori dell'ingresso principale, specialmente se parecchie ambulanze arrivano simultaneamente.

Questo spazio esterno deve essere ampio ben predisposto rispetto al traffico locale meglio ancora se riscaldata con accorgimenti tecnici possibili che non ostacolino la viabilità. All'interno del dipartimento le barelle e le sedie a rotelle devono ovviamente avere facile accesso a tutte le parti, specialmente quando si tratta di trasportare i pazienti in servizi che sono distanti dal dipartimento e questo accade per la radiologia spesso. Ciò che sembra un semplice percorso a piedi, diventa difficile e pericoloso, per la sicu-

rezza del paziente barellato, specie se ci sono ascensori e specie se questi ascensori hanno vari usi.

L'accettazione ordinaria deve essere separata geograficamente da quella emergente urgente. Un dipartimento deve dunque prevedere un ingresso di Accettazione ordinaria per chi arriva piedi ed un ingresso per i barellati che di solito ma non sempre sono le vere emergenze. Il problema progettuale è quello di un centro di accettazione con il suo bureau per il personale impiegatizio ed il suo osservatorio infermieristico che faciliti la supervisione, posto quindi strategicamente fra i due ingressi: quello considerato ordinario e quello di emergenza. Questa è sicuramente la migliore soluzione. Ci deve poi essere una area di attesa, una sala di aspetto dove il personale infermieristico possa agire e possa riconoscere, senza ritardo quei pazienti che più di altri hanno bisogno di attenzione immediata.

Nel nostro paese i bambini in ospedale ricevono molta poca attenzione e questo avviene soprattutto al pronto soccorso dove invece dovrebbe essere predisposta un'area di attesa separata e più supervisionata proprio dagli infermieri per i bambini, perché i bambini possono peggiorare improvvisamente e sono più sensibili al cambiamento di ambiente, alla violenza, spesso dei modi, loro imposta dagli operatori dell'ospedale, dalle strutture stesse. Questo spazio lavoro per i bambini non deve essere caratterizzato solo dalla presenza di qualche giocattolo o di qualche quadro colorato al muro, deve essere organizzato ed attrezzato in modo che ci si possa lavorare con la finalità precisa di non usare violenza al bambino, di predisporlo ad un buon rapporto con il mondo dell'ospedale.

Nell'accettazione ordinaria così come nell'accettazione urgente, molti dipartimenti hanno scelto la soluzione dei "cubicoli" provvisti di un lettino ed un carrello con un minimo di attrezzatura per la visita: questi cubicoli non sembrano però essere la migliore soluzione, sono infatti difficili da tenere sotto controllo, spesso il paziente può rimanere solo, mentre una pianta a forma rettangolare o quadrata è più economica per lo staff di quanto siano appunto le stanzette che si aprono lungo i corridoi e soprattutto di miglior controllo. Ci possono essere problemi per quello che può essere il mantenimento della privacy del paziente risolvibili con l'uso di pareti mobili leggere ed insonorizzate che possono essere spostate. Molti dipartimenti hanno alcune stanze per gli alcoolisti o per i pazienti psichiatrici in fase acuta o per i pazienti che presentano problemi di infestazione. Questi particolari pazienti necessitano una accurata supervisione anche per poter loro risparmiare il ricovero, non possono però in alcun modo essere segregati.

I percorsi sono fondamentali nella progettazione di un dipartimento della emergenza, devono essere ampi, ben segnalati, prevenendo al massimo strozzature, imbuto, curve. L'ideale è un ordinato procedere dei pazienti dalla registrazione all'esame, alla diagnosi più appropriata, al trattamento con adeguata e confortevole sala di attesa, con incluse anche sub sale di attesa sempre confortevoli lungo il percorso. Il paziente deve un po' sentirsi a casa sua, comunque sempre avere la sensazione che tutto funzioni bene e che c'è chi prende cura di lui.

I due principali sistemi differenti con i pazienti che

camminano sono: "il paziente che va dal dottore" ed "il dottore che va dal paziente". Ambedue hanno una loro logica ed ambedue sono compatibili con un progetto di dipartimento.

Il sistema "il dottore va dal paziente" richiede un considerevole numero di stanze alloggiate lungo un corridoio con difficile supervisione e spesso confusione. Il sistema "il paziente va dal dottore" sembra per questo essere preferibile.

L'intimità per i pazienti che arrivano al dipartimento è certo mantenuta più da una buona educazione del personale medico e paramedico che da strutture spesso costose e complicate. La riservatezza deve essere garantita anche ai parenti, agli amici ed i dipartimenti per questo devono essere provvisti di una sala per chi è affranto, per chi ha voglia di piangere, questa sala può anche essere usata per chiedere informazioni, notizie ai parenti etc. Ciò che non è usuale, ma non per questo meno essenziale è un telefono, così che i parenti i congiunti, possano fare delle chiamate libere in tutta tranquillità.

Devono essere previsti idonei spazi per la forza pubblica.

La flessibilità deve essere la nota chiave del progetto dipartimento: infatti il problema di un dipartimento dell'emergenza è pianificare ciò che in certo senso non è pianificabile. Il fatto che possano avvenire delle catastrofi, degli incidenti maggiori con un maggior improvviso carico di lavoro, un insolito carico di lavoro deve richiamare ad un uso più flessibile dello spazio all'interno del dipartimento con aree dall'uso molteplice e facilmente trasformabili.

Una sala gessi può potersi tramutare in una estensione della sala di rianimazione o area dello shock, se è porta a porta. Le necessità di un dipartimento si possono sviluppare nel corso degli anni, o perché c'è un aumento dei casi o un cambiamento nella loro natura. La necessità per esempio per la decontaminazione chimica o radioattiva sono importanti, come il maggior sviluppo della chirurgia ed ortopedia ambulatoriali o la presenza di terminale computerizzato per la maggiore frequenza di avvelenamenti. La maggior frequenza delle overdoses e delle psicosi da uso di farmaci. In futuro, ma molto prossimo, si può pensare a sistemi informatici e di monitoraggio biochimico, determinati dall'uso sempre più diffuso dei microprocessori, si potranno prevedere anche materiali di costruzione per il dipartimento leggeri e resistenti ad un tempo e perfettamente insonorizzati che ne possano prevedere uno schema modulare.

Comunque sia, ogni volta che si costruisce un dipartimento dell'emergenza è necessario che alla sua progettazione partecipino coloro che realmente ci lavorano e siano proprio loro a fare le proposte agli architetti ed agli ingegneri e questo deve avvenire anche per le restaurazioni del vecchio. Spesso accade che le ristrutturazioni siano meglio del nuovo, proprio perché su di esse agisce positivamente la partecipazione in idee e suggerimenti degli operatori, mentre le nuove strutture troppo spesso sono il frutto della fantasia dei progettatori lontana dal lavoro di tutti i giorni, talvolta vicina all'ambizione dei politici per non dire certe volte alla speculazione. Oltre che degli operatori, i progettatori dovrebbero anche consultare gli utenti, senti-

re dalla loro voce i loro bisogni, i loro disagi, le loro paure.

Possiamo concludere dicendo che il dipartimento dell'emergenza è in una posizione di interfaccia tra la comunità, il territorio e l'ospedale. Esso è il Gianofronte. Il dipartimento dell'emergenza può avere una sua ragione d'essere se si interfaccia tra una comunità (bacino d'utenza) di per lo meno 200.000-300.000 abitanti ed un ospedale che abbia le caratteristiche di un ospedale provinciale con un numero di posti letto che si aggiri dai 600-700 ad un massimo di 900 e la disponibilità di sale operatorie (per lo meno di chirurgia generale, ortopedia, ostetricia) ed unità di terapia intensiva (per lo meno rianimazione ed unità coronarica). Tutte queste unità operative debbono essere in grado di fornire guardie attive 24 ore su 24.

La politica della Regione Toscana del dipartimento dell'emergenza è una porta sempre aperta, multidisciplinarietà, polivalenza del carico dei pazienti, lavoro che si svolga senza interruzioni 24 ore su 24 e sette giorni su sette.

La sua funzione è quella di garantire un iter ospedaliero ordinato, corretto, coordinato con il territorio e per questo distinto per i pazienti che giungono con le proprie gambe o inviati dal medico curante con problemi urgenti o per ricoveri ordinari meglio se programmati, e per i pazienti che invece arrivano in barella per una vera e propria emergenza e con l'intervento sul territorio delle unità mobili di rianimazione attraverso il coordinamento effettuato dal centro di coordinamento territoriale dell'emergenza.

L'iter sarà lo stesso di registrazione, valutazione delle priorità, prima diagnosi, rianimazione se necessaria, trattamento iniziale od immediato se necessario, invio alla divisione o servizio di competenza o a casa all'attenzione del medico curante per la diagnosi ed il trattamento definitivo. La funzione inoltre è quella di garantire il ricovero, anche in merito alla attività chirurgica ed ortopedica ambulatoriale e non. Il risultato deve essere minori ricoveri, minor numero di posti letto.

Una funzione di organizzazione in caso di disastri maggiori, catastrofi: una funzione di insegnamento e di allenamento nella medicina dell'emergenza per giovani dottori, medici generici e di guardia medica, infermieri e personale volontario: una funzione di auditing sul personale medico ed infermieristico già in forza al Dipartimento; una funzione di ricerca.

La guida preposta al dipartimento, il coordinatore deve tenere sempre presente questa filosofia, la posizione strategica e la funzione del dipartimento così come i complessi problemi amministrativi, di gestione, di budget e di valutazione dei benefici ottenuti rispetto ai costi avuti.

Un dipartimento moderno non ammette eccezioni all'ingresso del paziente ma separa osmoticamente l'accettazione ordinaria dalla vera urgenza emergenza, si propone come filtro al ricovero, di fatto tende a controllare l'utilità del ricovero, ridurlo coordinandosi meglio con il territorio e cercando di sfuggire alle pressioni, il più delle volte di esclusivo potere medico, da parte delle unità operative più influenti e chiuse nelle proprie dinamiche.

In primo piano, quindi questo doppio binario, il paziente che va all'ospedale per un ricovero su suggerimento del suo medico di famiglia non deve intralciare il

lavoro del medico del dipartimento dell'emergenza né deve sfuggire al filtro della consultazione di secondo livello ed ottenere il ricovero solo su programmazione concordata, né il paziente si deve presentare al ricovero di sua iniziativa (educazione sanitaria) o addirittura fuori dall'orario previsto.

Dall'altra parte, al dipartimento dell'emergenza vero e proprio è necessario che traumi maggiori e minori, le urgenze e le emergenze mediche e chirurgiche siano bene e rapidamente trattate tutte, organizzato l'iter che comprenda anche poi la riabilitazione eventuale ed il rinvio al territorio.

A tutto questo si deve accompagnare un grande lavoro di educazione sanitaria da svolgere sulla comunità a cominciare dalla scuola, sui medici generici e di guardia medica che debbono fare anche loro del dipartimento dell'emergenza non un momento di delega ma un punto di riferimento per una loro azione diretta riassunta e riqualificata.

La base dell'informazione è lo studio epidemiologico, l'osservatorio epidemiologico che si preveda non come entità fantasma ma come sistema computerizzato che permetta di raccogliere dati rapidamente e fornire poi dettagliata informazione sul carico di lavoro, sulla natura dei pazienti e sulle diagnosi di ingresso, permetta di informare, capire, suggerire e cambiare anche le strutture se necessario e sempre nel senso della risposta complessiva al bisogno, economica rispetto alla dimensione del problema.

Nulla deve essere ampliato, costruito o tagliato senza il supporto di questa precisa informazione. In base a queste informazioni continue e precise si valuteranno le esigenze di organico e le si pianificheranno, così come le esigenze dello spazio lavoro, dell'insegnamento come risposta reale a ciò che attualmente accade in ogni dipartimento individualmente e sempre con in mente il concetto di razionalizzare, pianificare i servizi d'emergenza come un tutto intero per una data comunità con quelle sue caratteristiche, quei suoi rischi specifici, che vive in quel territorio.

Robert Bridges più di cento anni fa fu uno dei primi responsabili di pronto soccorso al Saint Bartholomew's Hospital, egli ebbe modo di scrivere che i medici del pronto soccorso erano "overworked and underestimated body of men" un sentimento che ancora oggi esiste.

Lo stato dell'arte all'emergenza è chiaramente migliorato negli anni recenti ma ancora il lavoro all'emergenza non è interamente diventato disciplina che attrae.

La sua attrattività è cresciuta con lo svolgersi del lavoro e così la sua qualità insieme al recupero del concetto di lavoro multidisciplinare legato alla complessità del lavoro stesso. Migliorare l'immagine di questo lavoro è una delle principali scommesse per il futuro prossimo e ciò potrà tanto più avvenire se i medici più preparati e competenti vengono ad esso destinati, se si riesce a rovesciare il concetto che cioè i più bravi ed esperti vadano a guidare l'emergenza ad insegnare ai più giovani ed inesperti, a sviluppare questa ricerca interdisciplinare, questo modo nuovo di sentirsi medico, di consultarsi e di crescere assieme, questo continuo razionalizzare e filtrare l'iter ospedaliero del paziente, non per ultimo introducendo elementi di umanità, comprensione, principi di prevenzione e riabilitazione verso quegli uomini che presentano bisogni acu-

ti, improvvisamente emergenti non solo nel proprio corpo ma anche nella psiche, in una società alienante, in un mondo sempre più violento, cinico e segregatore.

Quando si dovesse sviluppare questa cultura, cultura dell'emergenza, allora certo si farebbe avanti il concetto di una specialità ben definita ed allora si potrà prevedere l'esistenza di una unità operativa dell'emergenza, la quale proprio in virtù di queste sue profonde fondamenta non rinuncerà a questo modello di lavoro nuovo e più umano che è l'approccio multidisciplinare al paziente, ben coordinato ben correlato con il territorio.

Questa porta dell'ospedale solo allora sarà completamente aperta, qualificata, un vero filtro, un punto di riferimento che sconfigge da una parte la vecchia tradizione ospedalocentrica, piramidale, fondata sulla gestione del potere medico, all'altra promuove una gestione umana, dalla parte del malato, di comprensione nell'intera dimensione del problema, che senza tagli e senza sprechi, riguadagnando in efficienza, sia benefica alla comunità e sani l'economia dissestata nella sanità pubblica per la parte che le compete.

BIBLIOGRAFIA

- Abson E.P. e Caro D.B. *Lancet* (1965), 1, 1158
Baskett P.J.F. e Zorab J.S.M. "Rescue Emergency Care" editore K. Easton, London, Heinemann Medical Book 1977
Blackwell B. "Why patients come to a casualty department" *Lancet* II, 369, 1962
Bridges R. *St. Bartholomew's Hospital Reports* (1878), 14, 167
British Orthopaedic Association "Casualty Department" The Accident Commitment London British Orthopaedic Association 1973
Caro D.B. "An integrated Emergency Service" *Casualty Surgeons Association* 1973
Christian M.S. "Management of minor illness" London, King Edward's Hospital Fund for London 1979
Crombie D.L. "A casualty survey" *Journal of the Royal College of General Practitioners* (1959), 2, 346.
De Lacey G. ed altri *British Medical Journal* (1979), 1, 1595
Department of Health and Social Security "Accident and Emergency Services. Government observations on the fourth report on the employment and social services subcommittee of the expenditure committee CMND 5886 London HMSO (1975)
Dixon P.N. e Morris A.F. "Casual attendances at an accident department and health centre" *British Medical Journal* (1971), 4, 214
Donovan T.R. "Journal of the American College of Emergency Physicians" (1977) 6, 458
Expenditure committee "Accident and Emergency Services" Volume one London HMSO (1974)
Pairly e Hewett W.C. "Survey of casualty department in greater London" *British Medical Journal* (1969), 2, 375
Fourth Report from Expenditure Committee Session 1973-74: Accident and Emergency Services Volume on

- London HMSO (1974)
- Fry L. "Casualties and casualties" *Lancet* (1960) II, 163
- Galasko C.S.B. *British Medical Journal* (1971), 1, 643
- Hall M.H. "Concerning child abuse" editore A. White Frankling: Edinburgh Churchill-Livingstone (1975)
- Helliwell A. ed altri *British Medical Journal* (1979), 2, 819
- Hoffman E. *Annals of the Royal College of Surgeons of England* (1976), 58, 233
- Hololan A.M. "The sociology of the National Health Service" *Sociological Review Monograph* n. 22 editore M. Stacey, University of Keele (1976)
- King Edward's Hospital Fund for London "Accident and Emergency Services: use, abuse, and misuse" conferenza tenuta a Londra il 3 aprile 1979 London King's Fund Centre (1979)
- Lamont "The Casualty dilemma" *Lancet* (1961) II, 1190
- Lewin W. "Medical Staffing and Accident and Emergency Services" London Joint Consultants Committee (1978)
- Lewis B.R. e Bradbury Y. "Why patients choose A/E" *Health and Social Service Journal* 41, 1139
- Lewis B.R. "A follow up survey of recent hospital A/E patients" Department of Management Sciences UMIST 1981
- Lewis B.R. e Bradbury Y. "The role of the nursing profession in hospital A/E Departments" *Journal of advanced nursing* 7, 211, 1982
- London P.S. *British Journal of Hospital Medicine* 20, 169, 1978
- Medical Protection Society - Problems in the Accident and Emergency Department: Proceedings of a symposium in honour of Sir Harry Platt: Manchester 1976
- Mendelow A.D. ed altri *British Medical Journal* 1, 1240, 1979
- Ministry of Health - Accident and Emergency Department - Hospital Building Note 22 London HMSO 1964
- Nuffield Provincial Hospitals Trust - Casualty Services and their settings: a study in medical care - London Oxford University Press 1960
- O'Flanagan P. 3 The work of an A/E department "Journal of the Royal College of General Practitioners 26, 54, 1976
- Osmond-Clarke H. 3 Accident Services of Great Britain and Ireland" interim report of review committee - London BMA Accident Services Review Committee 1961
- Patel A.R. *British Medical Journal* 1, 281, 1971
- Rutherford W.H. *Ulster Medical Journal* 41, 10, 1971
- Rutherford W.H. e Maynard J.S.E. "An information recovery system for the Accident and Emergency Department" Belfast Royal Victoria Hospital 1975
- Rutherford W.H. *Injury* 7, 96, 1975
- Rutherford W.H. ed altri "Accident and Emergency Medicine" Tunbridge Wells, Pitman Medical Publishing Company 1980A
- Scott J.C. *British Medical Journal* 2, 632, 1967
- Scott J.C. "A year in the life of a major A/E department" Accident and Emergency department, Leeds General Infirmary and Nuffield Centre for Health Services Studies, University of Leeds 1977
- Slay R.D. "Computer assisted triage system for large volume Emergency Rooms" *Intensive care and emergency medicine* editore Vincent J.L. Springer Verlag Berlin 1984 pagina 134
- Standing Advisory Medical Committee - Accident and Emergency Services - Report of the Subcommittee - London HMSO 1962 (Platt Report)
- Swinburne K. *British Medical Journal* 1, 1562, 1977
- Wilkinson A., Kazantzis G., Williams D.J. Dewar R.A.D., Bristow K.M. e Miller D.L. "Attendance at a London Casualty department" *Journal of the Royal College of General Practitioners* 27, 727, 1977.

Ulteriori letture

- Gianpaolo Novelli e Giorgio Tulli "Manuale dell'emergenza sanitaria" La Nuova Italia Scientifica - Roma - 1984

L'intervista

A cura di Jacopo Comonducci - U.O. Anestesia, Analgesia e T.I. USL 23 Arezzo

I centri di terapia intensiva possono essere considerati una forma speciale di "istituzione totale" cioè un luogo dove un gruppo di uomini ne va a determinare un'altro, e dove è facile individuare: comportamenti arbitrari-violenze fisiche, e controllo dei comportamenti attraverso terapia farmacologica, e segregazione fisica, che non danno nessuna risposta ai motivi del disagio del paziente.

L'intervista ai pazienti in trattamento nelle terapie intensive come conoscenza e comunicazione della realtà del malato, deve entrare a far parte, come strumento di ricerca nella prassi infermieristica.

M.B. 16 anni - edema cerebrale in politraumatizzato.

Domanda: Come ti trovi in rianimazione?

Risposta: Qui ci sto male perchè è una stanza stretta, buia, fredda, a volte calda... casa mia è più accogliente perchè c'è i mobili, il tavolo, la televisione, il gabinetto e la camera.

Domanda: Ma è veramente così poco accogliente?

Risposta: Sì!... è brutto perchè c'è tutti i malati vecchi, brutti, mi fanno paura perchè mi attaccano le malattie, hanno parecchio catarro, tossiscono sempre e non mi fanno dormire.

Domanda: C'è altre cose che interrompono il tuo sonno?

Risposta: La rianimazione è rumorosa gli infermieri fanno cadere sempre qualcosa, la M. fa cadere i pentolini, gli allarmi mi entrano nel cervello...

Domanda: C'è qualcosa che ti manca?

Risposta: Mi mancano gli amici che non li fanno passare perchè vengono in troppi... se potessero entrare ci parlerei di come sto, che sto tanto male qui e che voglio tornare a casa mia.

Domanda: Mi sembra di capire che qui per te è tutto negativo, non solo la tua malattia, ma anche tutto l'ambiente.

Risposta: Non solo l'ambiente, ma la gente... gli infermieri mi legano perchè se mi giro mi stacco le flebo, mi legano perchè si piega il trancistico, mi legano perchè li chiamo... tutto quello che fai se non sei come dicono loro.. dicono che non ci dai... e ti legano...

Domanda: Perchè tiri il pappagallo all'infermiera?

Risposta: Li chiamo per togliermelo... non vengono hanno da fare se lo tengo lo rovescio nel letto... e dopo mi sgridano... e allora lo lascio cadere in terra...

Domanda: Vorresti andare via... subito...

Risposta: Sto male qui! sto sempre a letto, mi vorrei alzare e camminare, ma non posso... non mi reggono le gambe.

Domanda: Hai tanta paura di non poter più camminare?

Risposta: Ho tanta paura di non poter camminare più come una volta.

Domanda: Mi ricordo che anche quando eri attaccato al respiratore avevi paura di tornare a respirare da "solo", mentre ce l'hai fatta... vedrai sarà così anche per le tue gambe.

Risposta: È stato tremendo... il respiratore mandava

l'aria calda dentro, mi dava noia il tubo che mi faceva male nella gola non ce la facevo più... quando mi aspiravano con il sondino mi facevano paura... mi mancava l'aria... mi facevano male le ferite... tutte quelle del corpo... soprattutto quella del fegato.

Domanda: Voglio chiederti una cosa particolare; riesci a capire l'alternarsi del giorno e della notte?

Risposta: Perchè mi manca un orologio? Voglio sapere che ore sono! che giorno siamo? Voglio sapere... non lo so... se è giorno... o notte... non ci riesco sempre a ricordarmi...

Domanda: Cosa pensi di noi infermieri?

Risposta: Gli infermieri sono cattivi!

Domanda: spiegati meglio...

Risposta: Sono cattivi (fa il nome di un infermiere) mi dà sempre i cazzotti sulle spalle, mi tira i capelli...

L'uomo

L'uomo è una macchina che è fatta per vivere e morire, si è una macchina dotata di intelligenza che lo comanda bene e male a distruggere soprattutto fino ad arrivare a soffocare in una immensa catastrofe di rifiuti di fili e mattoni. Ma un giorno sentirà la mancanza di essere uomo vero e non di ferro.

Poesia di Marco '85

Domanda: perchè?

Risposta: perchè mi bagno, perchè ho sete, perchè voglio il pappagallo, perchè mi sveglio quando dormo la mattina? non so perchè lo fanno... quando ho sete tutti mi danno da bere ma lui no!

Domanda: È lui solo a comportarsi così?

Risposta: Sì!

Domanda: Sei sicuro?

Risposta: Sì!

Domanda: Fammi un elenco dei dispetti che ti fanno...

Risposta: Mi tirano il naso, le orecchie, i capelli, mi sbattono il capo contro il letto, e mi danno i cazzotti nel muscolo della gamba paralizzata... non mi danno da bere... la notte li chiamo... ma non vengono... dove sono?

Domanda: Perchè non ne hai mai parlato con nessuno?

Risposta: I dottori non mi ascoltano... e non mi credono...

Domanda: Subisci altre forme di tortura?

Risposta: Mi danno le pasticche per dormire, ma il dottore non lo sa.

Domanda: come fai ad essere così sicuro?

Risposta: Li sento quando parlottano tra loro... non lo chiedono al dottore! decidono loro...

Intervista raccolta nell'agosto 1983 in una terapia intensiva italiana.

UNA NUOVA FRONTIERA IN EMOGASANALISI



LA IL PRESENTA IL BGM™ BLOOD GAS MANAGER

Nessun altro emogasanalizzatore offre così ampio supporto integrato di trattamento e gestione dei parametri dell'equilibrio acido base e loro derivati.

Il BGM vi porta la massima automazione, facilità d'uso, flessibilità delle scelte di impostazione macchina; nello stesso tempo la sua affidabilità e la semplicità di manutenzione (solo 5 minuti al mese) vi sarà confermata da tutti gli utilizzatori.

Inoltre il suo DMS (Data Management System) può memorizzare e richiamare i dati paziente e di controllo di qualità:

- ✓ **Risparmia tempo e fatica, mantenendo automaticamente una banca dati paziente e C.Q.**
- ✓ **Evita trascrizioni manuali/Calcoli/Errori**
- ✓ **Fornisce l'evolversi della situazione paziente, facilitando il trattamento.**
- ✓ **Segue il comportamento dello strumento facilitando la manutenzione.**
- ✓ **Memorizza sino a 2.955 esami paziente/480 prove di C.Q. su tre livelli per ogni minidisco.**

I dati memorizzati sono richiamabili per paziente, per numero progressivo, data, livello di C.Q. etc. Sono presentati su video, sulla stampante incorporata o inviata ad un computer Centrale.

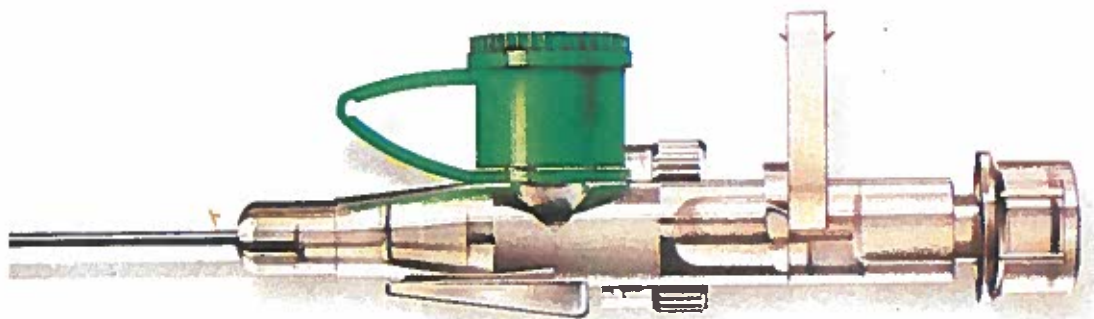
Inoltre i dati di Controllo di Qualità sono rappresentati su grafico, sino ad un mese di lavoro, per una immediata visualizzazione del comportamento dello strumento e molte altre originali innovazioni. Se volete saperne di più chiedete una dimostrazione al nostro Rappresentante di zona.

Contattare:
Instrumentation Laboratory S.p.A.
Via Socrate, 41 - 20128 Milano - Tel. 02/25221
Via Zara, 31 - 00198 Roma - Tel. 06/854228

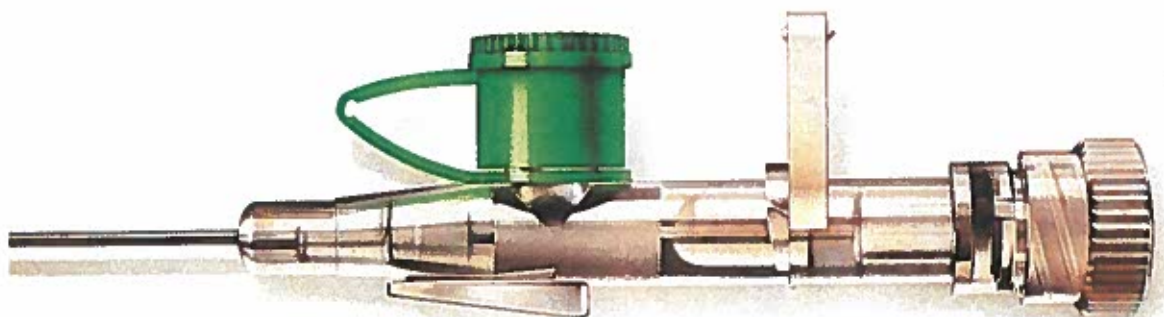


ALLIED Instrumentation
Laboratory

**Pensavamo che il Venflon® fosse così
perfetto tanto da non poterlo
migliorare...**



Aevamo quasi ragione.



**VENFLON® 2: la perfezione é stata
migliorata.**

L'originale é solo Venflon®.

Viggo

Viggo AB
Svezia



Rappresentante esclusivo per l'Italia: MOVI S.p.A. - Milano