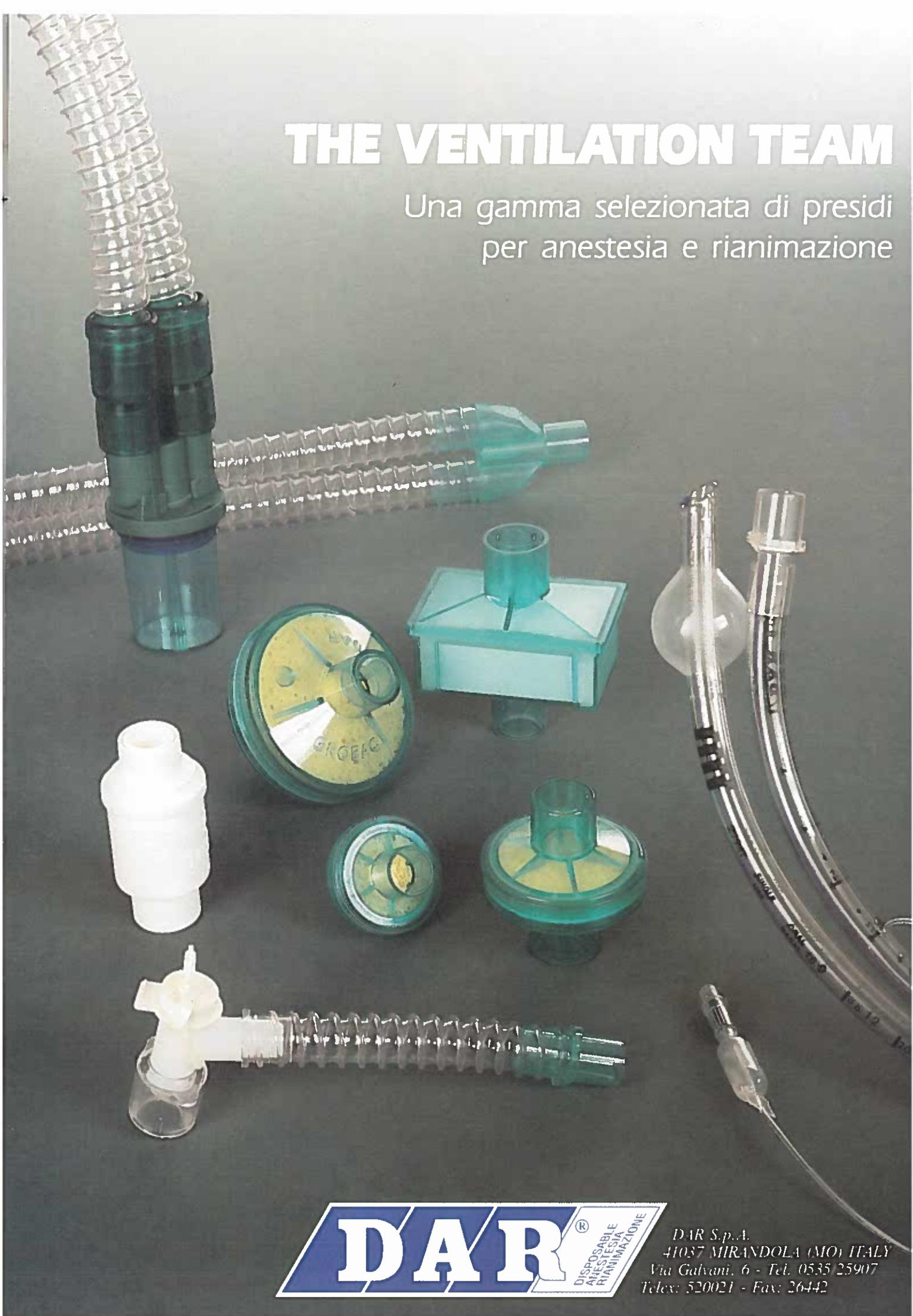


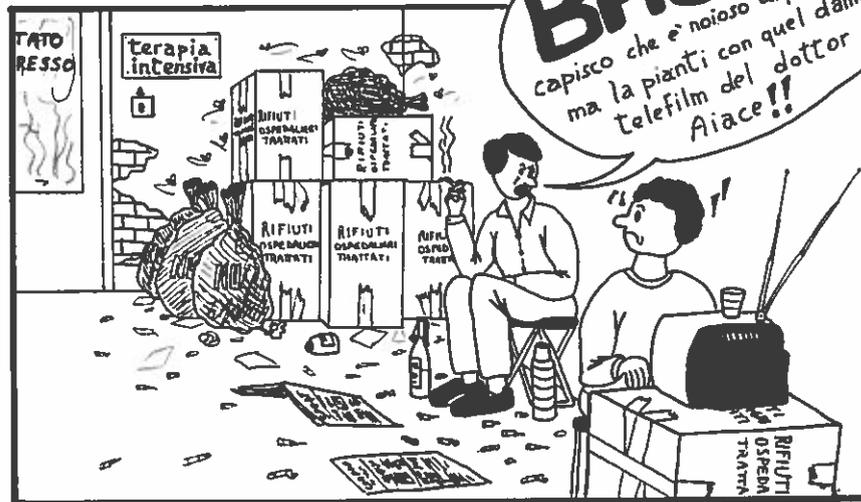
# THE VENTILATION TEAM

Una gamma selezionata di presidi  
per anestesia e rianimazione



**DAR**®  
DISPOSIBILE  
ANESTESIA  
RIANIMAZIONE

DAR S.p.A.  
41037 MIRANDOLA (MO) ITALY  
Via Galvani, 6 - Tel. 0535 25907  
Telex: 520021 - Fax: 26442



**SCENARIO**

Il nursing nella sopravvivenza  
Organo Ufficiale **anarti**

*Direttore Responsabile*  
Presidente «ANIARTI»  
Elio Drigo  
Via del Pozzo 19  
33100 UDINE

*Comitato di Redazione*  
Enrica Bonzi  
Adriano Paccagnella  
Giuliana Pitacco

*Segreteria Amministrativa/ Organizzativa*  
Elio Drigo  
Adriano Paccagnella  
Via Cadamosto 35  
35136 Padova - Tel. 049/713071

*Pubblicità*  
Chiara Pegoraro  
Via Giovanni XXIII 16  
35010 Vigodarzere - Padova  
Tel. 049/8870593

*Grafica*  
De Dolcetti  
Marketing & Comunicazione snc.  
Trieste

*Stampa*  
Società Cooperativa Tipografica s.c.r.l.  
Via Fra' Paolo Sarpi 38/1  
35136 Padova

**Tariffe**

|  |             |
|--|-------------|
| Iscrizione Anarti 1991<br>(comprensiva dell'abbonamento a Scenario)                                      | Lit. 30.000 |
| Abbonamento a Scenario<br>(per chi non è iscritto Anarti)  | Lit. 40.000 |
| Abbonamento a Scenario<br>(per Enti, Associazioni, Biblioteche,<br>Unità operative, Istituzioni, Scuole) | Lit. 80.000 |

Le quote vanno versate  
sul c/c postale No 11606332  
intestato a:

**ANIARTI** c/o Elio Drigo,  
Via del Pozzo 19 - 33100 Udine.

Aut. Trib. Arezzo 4/84 R.S.

Lavori, lettere, suggerimenti, commenti, proposte, interventi in genere vanno inviati alla Direzione. Per ogni comunicazione di natura organizzativa rivolgersi alla Segreteria.

La professione degli infermieri:

- **86% donne**
- Professione agli orrori delle cro-nache per CARENZA di infermieri.

*Come è nata la carenza?*

In seguito al decreto '88 sugli stan-dard del personale ospedaliero:  
70 - 100.000 I.P. in meno!

*Quali criteri di quantificazione?*  
Precostituiti in base ai **posti letto**.

- Quali riflessioni sul significato di fare assistenza?
- Nessuna valutazione sulla reale necessità di infermieri **ossia**:
  - *Perché non ci si può curare a casa o sul territorio?*
  - *È necessario ricoverare? Perché i medici di famiglia non curano a casa patologie minori?*
  - *È indispensabile moltiplicare la tecnologia, esami? ...*
  - *Sono indispensabili tutti questi ospedali?*
  - *Questa sanità così com'è va bene?*

Così accettando per buono quello che c'è si scopre che mancano gli infermieri.

In effetti in questa situazione (*acri-tica*) gli infermieri sono pochi, pochissimi, i ricoverati sono molti, sempre con maggiori esigenze, *legittime*.) e quindi l'assistenza non può che essere non fatta bene.

**Ma gli infermieri non mancano da oggi.**

La medicina moltiplica i suoi inter-venti che sono spesso troppo tec-nici, *a volte* strumentali ad *altri in-teressi* più che finalizzati al bene *reale* della persona.

Tra gli infermieri si sta sviluppando un'idea di assistenza fondata sulla

centralità della persona, l'infermie-re non è al servizio della medicina, della struttura ospedaliera in quan-to tale, del medico col quale colla-bora, **MA del malato**. In funzione del malato si organizzano e pianifi-cano gli interventi.

**MA**

1. l'infermiere attualmente non ha alcuna autonomia nella impo-stazione del proprio lavoro e della qualità di esso.

Non può decidere a quanti ma-lati riesce a garantire un'assi-stenza decente **MA deve** accet-tare qualsiasi numero e tipo di malati il medico decida di rico-verare.

**MA**

2. per fare l'infermiere le istituzioni hanno decretato che è sufficien-te una cultura molto modesta: può accedere alla scuola per I.P. a 16 anni non compiuti (con-frontarsi con la morte, il dolore ... essere il supporto in situazio-ni tragiche ... essere equilibrato, ecc... a 16 anni!).

Il *corso di formazione* è pratica-mente equiparato ad un corso professionale per l'acquisizione di un mestiere.

*Non ci sono* progressioni signifi-cative e riconosciute di profes-sionalità né di carriera.

Non c'è la minima autonomia professionale.

**In pratica è come se gli infer-mieri non esistessero, non pen-sassero.**

Ci sono altri che intendono pensa-re e decidere al loro posto, pur non essendo infermieri e quindi non conoscendo i problemi dell'as-sistenza.

Sappiamo che la qualità di un in-tervento sanitario dipende certo dalla diagnosi e dalla terapia **ma molto** anche dipende dall'assi-stenza continua garantita data al malato. E questa è garantita dal-l'infermiere.

Se quindi questa società - cioè **noi**, vogliamo una qualità della so-cietà, è necessario che gli infer-mieri siano persone, mature (non più ragazzini) culturalmente e pro-fessionalmente ben preparati moti-vati al loro lavoro, non solo per la necessaria convinzione personale **ma anche** per la stima sociale che li deve sostenere.

Non va in questo senso l'obbligo imposto dai politici e amministratori anche quest'anno alle scuole per I.P., di accettare ai corsi anche quei candidati risultati inidonei alle prove di selezione pur di avere dei numeri con cui coprire gli organici.

Non vanno in questo senso propo-ste di legge di modifica della for-mazione infermieristica che al di là della facciata non modificano nul-la, lasciando l'Italia, in questo campo, in una situazione addirittura più retrograda di alcuni paesi che noi consideriamo sottosvilup-pati.

Non vanno in questo senso le scelte dai contratti di lavoro che agli infermieri pagano (modesta-mente) solo il disagio di lavorare di notte, nei giorni di festa o con ma-lati infetti e che **non** riconoscono la professionalità, la capacità pec-uliare di risolvere problemi speci-fici di assistenza.

Gli infermieri / le infermiere vorreb-bero oltre che essere finalmente presi in considerazione, soprattut-to poter lavorare bene, come dico-

no e saprebbero fare se fosse loro benignamente concesso e se fossero messi nelle condizioni fisiche di poterlo fare senza essere distolti da mille impegni, da un carico di lavoro insopportabile.

Ormai ci sono troppi infermieri che scappano sia dagli ospedali ma anche dalla professione stessa!

Evidentemente questa professione «di donne» pur nella sua essenzialità per una società, è ancora perdetta, non valutata, non stimata.

Ci sarà un motivo per il quale, nonostante gli incentivi vari, praticamente il 35% degli allievi che iniziano il corso se ne va prima di finirlo...?

... e un motivo per cui tanti, troppi, infermieri ormai decidono che non vale la pena di continuare a fare l'infermiere... ?

...e la soluzione non quella a buon prezzo dei politici a cui urge di sfornare infermieri di qualsiasi tipo...?

La soluzione è capire di quali servizi sanitari vogliamo dotarci per il futuro e quindi di che tipo di assistenza vogliamo per conservare o recuperare la nostra salute.

Le donne che si sono sempre dedicate e forse sono anche state costrette a farlo all'assistenza devono costringere chi decide su questi temi a fare scelte per l'uomo e la persona, non scelte opportunistiche che non risolvono i problemi reali. □

## **NEL PROSSIMO NUMERO**

**.... il Congresso di Riva del Garda...  
il nuovo Consiglio nazionale, il nuovo Consiglio Direttivo...**

# SOMMARIO

|  |      |    |
|--|------|----|
| <b>EDITORIALE</b> .....  | pag. | 4  |
| <b>INCANNULAMENTO VENE CENTRALI<br/>E PERIFERICHE</b><br><i>Fiorella Brandolisio, Sandra Cialdella, Mirella Cinello<br/>Giorgio Filippi</i> .....  | "    | 7  |
| <b>LA COMUNICAZIONE E GLI ASPETTI<br/>PSICOLOGICI DEL PAZIENTE IN V.A.M.</b><br><i>P. Ferri, G. Ghiozzi, A. Giroletti, N. Rossi<br/>F. Sangiovanni, C. Severgnini</i> .....                                      | "    | 11 |
| <b>RUOLO DELL'INFERMIERE PROFESSIONALE<br/>ALL'INTERNO DELLA CENTRALE OPERATIVA<br/>DEL S.U.E.M. CADORE</b><br><i>Dal Fabbro Giovanna</i> .....  | "    | 13 |
| <b>UN CORSO PER LA PREPARAZIONE DI OPERATORI<br/>PER L'EMERGENZA SANITARIA</b><br><i>I.P. Bandini Daniele, I.P. Fabbri Elveo, I.P. Ceccarelli Livio<br/>dott. Preziosi Sabino, dott. Begliardi Claudio</i> ..... | "    | 16 |
| <b>L'AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE<br/>IN CARDIOLOGIA</b><br><i>D.A.I. Mirella Campagnolo, A.F.D. Olga Passera</i> .....   | "    | 18 |
| <b>ITER LEGISLATIVO NELLA DETERMINAZIONE<br/>DEL FABBISOGNO DI PERSONALE INFERMIERISTICO</b><br><i>L. Rigon</i> .....  | "    | 20 |
| <b>«IL SABATO CON L'ANIARTI»</b><br><i>Incontri di aggiornamento</i> .....   | "    | 31 |
| <b>LIBRI</b> .....   | "    | 32 |
| <b>CONSIGLIO DIRETTIVO</b> .....   | "    | 33 |

# Incannulamento vene centrali e periferiche

Fiorella Brandolisio, Sandra Cialdella, Mirella Cinello, Giorgio Filippi

Studenti Corso AFD 1989-90 · Scuola I.P. G. Ascoli · Trieste

L'infusione venosa, anche se eseguita frequentemente, non deve essere mai considerata un fatto banale. La necessità quasi costante, nelle terapie intensive, di una via venosa, incontra a volte difficoltà insormontabili, per l'usura della rete venosa superficiale utilizzata per iniezioni endovenose o per infusioni "selvagge" o per uno stato stesso del paziente (collasso, shock...).

È necessario, quindi valutare bene lo stato del paziente e lo stato delle vene per poter scegliere di conseguenza quella più idonea all'uso che se ne vuol fare.

## Valutare:

- la quantità dei farmaci impiegati ed il loro ruolo, spesso determinante per la sopravvivenza del paziente, che esigono la certezza assoluta della efficienza della via venosa, essa deve essere di calibro adeguato alla somministrazione rapida di ingenti quantità di liquidi, plasma expanders, sangue ecc.

- se le somministrazioni endovenose di liquidi e farmaci non è limitata ad alcune ore della giornata, ma costanti nel tempo;

- necessità o meno di applicare N.P.T.

- necessità o meno di rilevare la P.V.C.

La perfusione può avvenire attraverso:

- aghi
- aghi cannula
- cateteri.

## INCANNULAMENTO DELLE VENE PERIFERICHE

Realizzato secondo i seguenti principi:

- Asepsi assoluta della cute; essa comporta in particolare la tricoto-

mia di un'ampia zona cutanea circostante il punto prescelto, la disinfezione con prodotti dotati di potere detergente e battericida. Una volta realizzato l'incannulamento venoso, protezione del punto di ingresso con medicazione sterile.

- Adozione di cannule in materiale sintetico flessibile (P.V.C. o teflon), che muovendosi liberamente all'interno del lume venoso non ledono la parete del vaso in caso di movimento del malato.

- Uso di cannule sensibilmente più sottili del lume della vena da incannulare, ciò nell'intento di contenere il rallentamento che costituisce un'importante fattore predisponente ai fenomeni trombotici.

- Ancoraggio sicuro della cannula alla cute ed interposizione di un deflussore di lunghezza superiore al normale tra flacone e punto d'ingresso; ciò per impedire che eventuali movimenti del malato possano mettere in tensione il deflussore stesso.

- Non usare mai la vena periferica per la somministrazione di soluzioni capaci di alterare chimicamente l'endotelio capillare, in particolare soluzioni ad elevata osmolarità e farmaci vaso-attivi in infusione continua protratta.

- Incannulare preferibilmente uno degli arti superiori perché il rischio di complicanze trombotiche e flebitiche è molto superiore al livello degli arti inferiori.

## TECNICA DI INCANNULAZIONE

Tutte le manovre relative all'introduzione del catetere vanno eseguite in condizioni di asepsi chirurgica. Una volta introdotto il catetere nel lume venoso, la progressione può essere facilitata dalla connessione ad una fleboclisi, che perfor-

dendone il lume a velocità elevata rende più difficile alla punta di impuntarsi contro la parete.

In ogni caso quando si usano cateteri dotati di mandrino, questo va tolto prima dell'introduzione; per non rischiare di bucare la vena al primo ostacolo, magari in un punto lontano da quello di introduzione. Il catetere va spinto dolcemente, finché la punta dell'ago introduttore è nel lume della vena, vanno rigorosamente evitati movimenti di estrazione o di «avanti-indietro» del catetere, che potrebbero provocare il taglio della parte introdotta ad opera della punta dell'ago, con embolizzazione nell'arteria polmonare del segmento tagliato.

La tecnica di cateterizzazione delle vene brachiali è semplice, ma bisogna ricordare la notevole fragilità della vena cefalica nel solco deltoide-pettorale; inoltre la scelta di incannulare la vena basilica rispetto la cefalica, è data anche dalla facile progressione del catetere e dall'assenza di bruschi cambiamenti di direzione nella vena basilica mentre la cefalica presenta angolazioni.

## VANTAGGI DELL'INCANNULAMENTO VIE VENOSE BRACHIALI

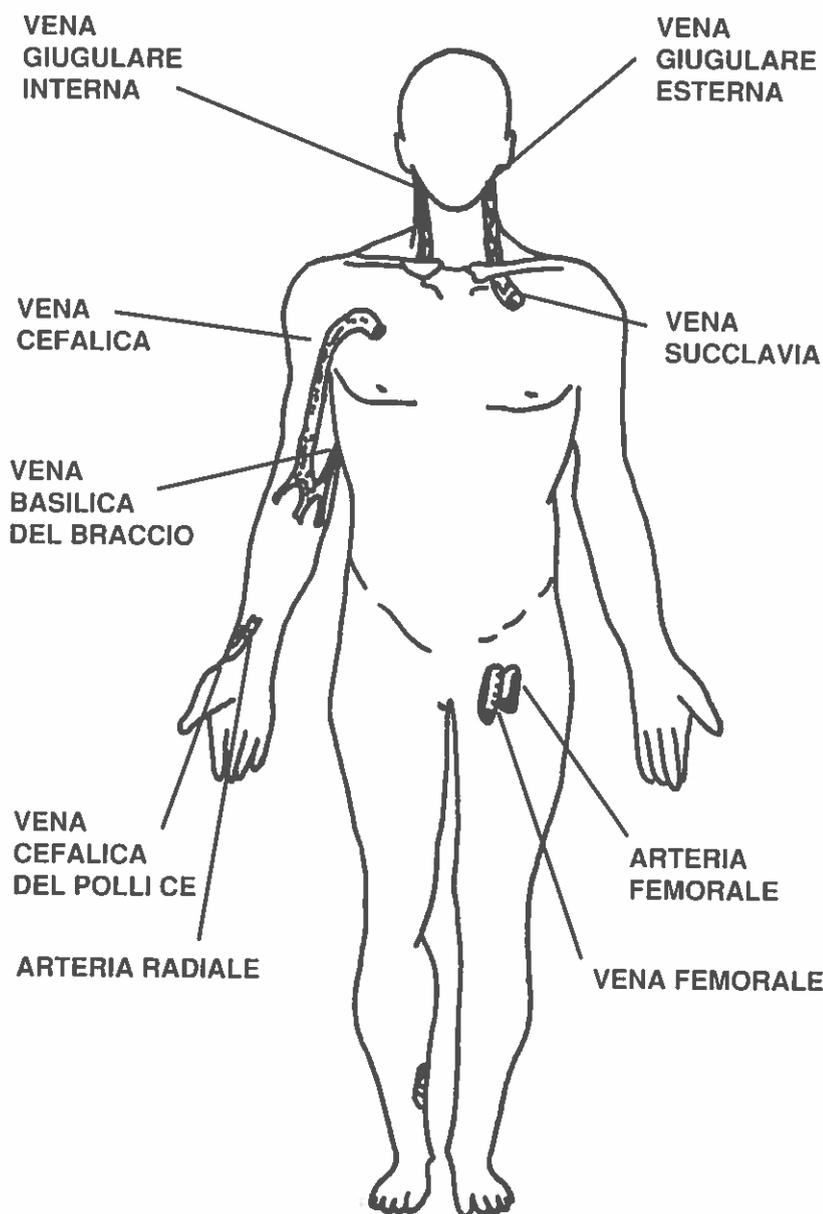
- Facilità di posizionamento
- Segni di flogosi venosa di facile riscontro
- Rischio meccanico assente
- Pericolo di tromboembolie minimo.

## SVANTAGGI

- Impossibilità di monitorizzare la P.V.C.
- Limitato periodo di tolleranza

## VIE VENOSE CENTRALI

La via di ingresso di liquidi in notevole quantità e velocità elevate richiede l'incannulamento di una ve-



na centrale: tale tecnica è oggi usata comunemente nell'area critica e dell'emergenza, ma anche nei reparti di degenza. La nutrizione perenterale totale, ad esempio, è diffusa in ogni moderno reparto ospedaliero.

La scelta dei grossi tronchi toracici è ottimale: essa offre infatti, la possibilità di una rapida infusione di liquidi anche protratta nel tempo, dalla somministrazione di soluzioni ad elevata osmolarità, di un attendibile monitoraggio della P.V.C. Non va tuttavia dimenticato che, nonostante tali vantaggi, l'incannulamento di una vena centrale è sempre una manovra invasiva e come tale espone il paziente a rischi di vario tipo. Generalmente, nell'incannulamento delle vene

centrali sono preferite la giugulare interna destra, che è la più usata in assoluto, la giugulare esterna e la succlavia, sono comunque utilizzate, seppure più raramente la vena cefalica e la basilica del braccio (tramite un cateterino speciale detto Drum). La vena giugulare destra è di solito più grande della sinistra, e costituisce il collegamento più breve con l'atrio destro.

#### **Indicazioni**

##### **Situazioni d'emergenza**

- arresto circolatorio
- shock
- vene periferiche inaccessibili.

##### **Situazioni programmabili**

- terapia infusione protratta e NPT

- misurazione PVC o pressioni polmonari
- accesso venoso più sicuro e duraturo
- emodialisi acuta.

#### **Tecnica**

La cateterizzazione deve essere eseguita in condizioni asettiche (perfetta pulizia dell'area cutanea del collo, utilizzo di telini, guanti sterili, mascherina, camici sterili). Il paziente viene posto in leggero Trendelenburg, per aumentare la pressione venosa e ridurre in tal modo il pericolo di embolia gassosa.

- La testa del paziente è ruotata leggermente nella direzione opposta al punto in cui si intende praticare la puntura, e tenuta in trazione
- un telo arrotolato va posto sotto la spalla per iperestendere l'area
- disinfettare bene la cute, delimitare la zona con telini sterili
- praticare anestesia locale
- si individua la posizione della vena mediante l'individuazione dei punti di reperi
- si introduce l'ago cannula montato su una siringa contenente soluzione fisiologica ed esparina con un angolo di 30 gradi rispetto alla superficie cutanea
- dopo aver raggiunto la vena (sangue venoso aspirato in siringa) si introduce attraverso l'ago cannula il mandrino guida metallico (Seldinger), l'ago cannula quindi viene tolto

- deve essere possibile introdurre il mandrino senza avvertire alcuna resistenza, in caso contrario occorre ritrarlo immediatamente per limitare il pericolo di perforazione

- il catetere viene inserito attraverso il mandrino, quando il mandrino viene tolto, il sangue venoso deve refluire spontaneamente dal catetere

- prima di fissare definitivamente il catetere attraverso un sistema di contenzione è necessario un esame radiologico di posizionamento

#### **Possibili complicanze**

Difficoltà di posizionamento:

- puntura errata
- puntura di arteria
- malposizionamento del catetere
- annodamento del catetere

### Complicanze locali

- Ematomi delle parti molli
- infezioni locali
- enfisema sottocutaneo
- puntura della tiroide
- puntura della trachea

### Complicanze cardiache

- Aritmie
- fibrillazione o arresto
- perforazioni cardiache.

### Complicanze respiratorie

- pneumotorace
- idrotorace (da infusioni)
- emotorace
- emomediastino.

### Complicanze neurologiche

- Lesioni a carico del plesso brachiale
- emiparesi controlaterale
- infarto cerebrale.

### Complicanze da embolie

- Tromboembolia
- embolia polmonare
- embolia gassosa
- embolia da catetere per tranciamento dello stesso con l'ago.

### Complicanze infiammatorie

- Flebiti
- endocarditi
- sepsi
- ostiomielite clavicolare

Inoltre lesioni da decubito imputabili a scarsa qualità tipo di medicazione

(ERRORE ASSISTENZIALE!)

### Raccomandazioni in merito alla tecnica del cateterismo delle v.c.:

- asepsi assoluta
- impiego di un sistema «chiuso»
- controllo molteplice della posizione del catetere
- cura successiva del sito di puntura e del catetere

### INCANNULAMENTO VIA VENOSA FEMORALE

La vena femorale è accessibile per via transcutanea a livello della parte prossimale del triangolo di Scarpa, che essa percorre mediamente e posteriormente all'arteria femorale.

La sua cateterizzazione per via percutanea presuppone la completa tricotomia e la accuratissima igiene e disinfezione della regione inguinale e la preparazione di un ben delimitato campo sterile.

### ASSISTENZA:

- Extraruotare l'arto
- un lenzuolo ripiegato sotto il bacino (gluteo) rende la vena femorale più superficiale
- la vena decorre subito mediamente l'arto e, talvolta, più in profondità
- asepsi chirurgica
- tricotomia
- si può procedere sia con la tecnica di Seldinger sia con aghicannula normali (solo più lunghi)
- più siringa

*nb: tecnica usata soprattutto in urgenza quando non reperibili vene centrali o in pazienti terminali*

### INCANNULAMENTO ARTERIOSO

A differenza di quanto accade per la vena, l'arteria aggredibile non è visibile attraverso la cute ma localizzabile con la palpazione (polso arterioso), per tale ragione non si usa il laccio emostatico. Le sedi più idonee per la puntura arteriosa sono quelle nelle quali la pulsazione è solitamente ben apprezzabile:

- Arteria radiale palpabile al polso
- Arteria femorale palpabile al di sotto della piega inguinale
- Arteria omerale palpabile alla piega del gomito.

L'ordine indicato rappresenta quello preferibile di ricerca, in quanto a livello del polso radiale è molto difficile la puntura accidentale di una vena contigua, mentre ciò è facile a livello femorale ma soprattutto a livello omerale (estrema contiguità dell'arteria con la vena basilica); l'accidentale puntura venosa viene riconosciuta in quanto il sangue è scuro (non ossigenato) e non esce a pressione elevata.

### RISCHI

- Accidentale contatto con un tronco nervoso (provoca reazione parestesica)
- Formazione di trombosi

- Grossi ematomi (fare compressiva con ghiaccio)

- Infezioni

### FONTI DI INFEZIONE DA CATETERE

- Mani contaminate del personale
- flora cutanea del paziente
- soluzioni disinfettanti contaminate
- segmenti di catetere intracutaneo infetto
- soluzioni per infusioni contaminate
- infezioni endogene

I batteri arrivati nel lume del catetere possono insediarsi nello stesso, specie nella punta dove inevitabili i depositi di fibrina, già dopo alcuni giorni più di una punta di catetere risulta contaminata!

Quando si rileva un aumento non giustificato della temperatura del paziente bisogna pensare ad una possibile infezione da catetere.

### MEDICAZIONI PROTETTIVE E DI FISSAGGIO DI CATETERI VENOSI ED ARTERIOSI

*Obiettivi assistenziali:*

- Evitare le infezioni del sito d'ingresso del catetere

- evitare lo spostamento del catetere rispetto alla posizione originale

- evitare che al catetere arterioso, durante il fissaggio, venga imposta una angolazione eccessiva (restringimento/occlusione del lume errata interpretazione dei valori monitorizzati o la formazione di coaguli)

- fissare il catetere in modo stabile, evitando la contaminazione, previa tricotomia delle zone prossime al sito d'ingresso

- le medicazioni devono essere effettuate ogni 24 ore o più spesso se necessario

- frequente sostituzione del set di infusione (48 ore)

- controllare quotidianamente il sito d'introduzione per verificare eventuali segni d'infezione (per esempio con telino trasparente).

### Esecuzione

- Usare un campo sterile per paziente

- osservare scrupolosa asepsi (mascherina-guanti)
  - rimuovere la vecchia medicazione
  - tenere ben ferma la cannula!!! Contaminazioni!!
  - con garza sterile e soluzione fisiologica lavare la zona attorno alla ferita
  - per rimuovere detriti cellulari, di colla, grasso, usare etere etilico
  - controllare bene il punto d'ingresso del catetere
  - disinfettare la cute attorno al punto d'ingresso con betadine (tecnica chirurgica)
  - fissare il catetere con doppia cravattina di cerotto
  - applicare il cerotto (forma quadrata → FIXOMULL) lasciando scoperto il bordo di connessione del cono del catetere
  - lasciar asciugare il betadine
- L'azione dei preparati a base di iodio non è immediata!

### **RUOLO DEL CAPOSALA**

- Prevenzione delle complicanze, soprattutto quelle di tipo infettivo;
- Programmazione di PROTOCOLLI, loro attuazione e verifiche costanti;
- Controllo assiduo del materiale necessario e della sua idoneità, del suo corretto impiego;
- Opera di formazione professionale, controllo della qualità dell'assistenza infermieristica.

### **MONITORAGGIO DELLE PRESSIONI**

La linea manometrica è costituita da un set che collega un'arteria ad una cupoletta fissata sulla piastrina di un trasduttore; il set infonde soluzione fisiologica eparinata (eparina 1000 U.I. in 50 c.c. di sodio cloruro), per evitare la formazione di coaguli in prossimità della cannula.

Il sistema è relativamente semplice e sfrutta il principio di «Pascal»

(la pressione esercitata in un punto di un liquido si ripercuote in tutte le direzioni in modo uguale). Con la linea manometrica si possono monitorizzare:

- P.V.C.
- P.A.
- P.E. (pressione endocranica)
- P.A.P. (pressione dell'arteria polmonare)
- P.C.W.P. (pressioni capillari polmonari)
- C.O. (gittata cardiaca)

### **RUOLO DELLA CAPOSALA**

- Prevenzione delle complicanze soprattutto quelle di tipo infettivo
- Programmazione di protocolli, loro attuazione e verifiche costanti
- Controllo assiduo del materiale necessario e della sua idoneità e del suo corretto impiego
- Opera di formazione professionale e controllo della qualità dell'assistenza infermieristica. □

# La comunicazione e gli aspetti psicologici del paziente in V.A.M.

P. Ferri, G. Ghiozzi, A. Ghiroletti, N. Rossi, F. Sangiovanni, C. Severgnini

Unità operativa di rianimazione e terapia intensiva Ospedale Maggiore - U.S.S.L. n. 53 - Crema

La comunicazione è il processo grazie al quale si trasmette da persona a persona, una serie di concetti contenuti in un messaggio, in modo che il ricevente riesca a capire il significato del messaggio inviato dalla mittente.

È quindi quel fattore, che permette il rapporto, e nel nostro caso, il rapporto terapeutico infermiere-paziente. Comunicare è molto di più che un semplice scambiarsi i messaggi; infatti implica un controllo della reale efficacia del messaggio, del grado di effettiva comprensione del contenuto. Esistono molti fattori **personali** e **ambientali**, che contribuiscono alla distorsione della relazione:

1. I fattori **personali** sono relativi alle caratteristiche interne della persona e possono essere:

a. Fattori Emotivi: ansia, risentimento, irritazione, dolore.

b. Fattori Fisici: stanchezza, sordità, dolore.

c. Fattori Intellettivi: differente capacità intellettuale, livelli di conoscenza.

d. Fattori Sociali: differenze culturali, di linguaggio, di status professionale.

2) I fattori **ambientali** sono relativi all'ambiente fisico e sociale, in cui si verifica la comunicazione, e sono:

a. Fattori Fisici: il rumore, la mancanza di privacy.

b. Fattori Sociali: la presenza o la mancanza di altre o alcune persone.

La comunicazione può essere **verbale** cioè quella espressa mediante l'uso della parola, ma può essere anche **non verbale**, ed anzi questa è la forma prevalente della comunicazione umana, e viene recepita attraverso tutti i sensi, ad

esempio i gesti, le azioni, la scrittura.

La **metacomunicazione** è invece una forma di chiave di lettura del messaggio, fa parte sia della comunicazione verbale che di quella non verbale.

Obier e Haywood in una loro relazione affermano che: "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."

Si spendono molte ore a spiegare all'I.P. di T.I., come funzionano i ventilatori, le attrezzature, mentre molto ridotto, se non assente, è l'insegnamento relativo ai fondamentali della comunicazione ed ai canali che dovrebbero essere usati.

Molto spesso vi è la tendenza a dimenticare che uno, fra i fattori più stressanti nel paziente portatore di tubo o cannula tracheale, è l'impossibilità di comunicare verbalmente.

Tutto questo lo riduce ad uno stato infantile, di grave impotenza, e provoca ansia in un malato già di per sé debilitato, indifeso nei confronti di un ambiente «aggressivo».

Nel nostro reparto gli accorgimenti più comuni che adottiamo nei confronti dei pazienti sono:

a. **Lettura Labiale**: essa richiede un minimo di pratica, ma è molto comoda e funzionale, purché si insegni al paziente ad esprimere i suoi bisogni con parole e frasi standard brevi e concise (ad esempio «ho bisogno di essere aspirato» diventa «catarro»); lo svantaggio di tale tecnica è l'impossibilità di comunicare emozioni

o pensieri complessi.

b. **Tavola Alfabetica**: è un Sistema di comunicazione lento, che richiede da parte del paziente, una buona capacità visiva ed un buon tono muscolare; anch'esso non è in grado di comunicare frasi complesse, quindi di modesta utilità.

- **Tavole di Comunicazione**: sono tavole disegnate di facile comprensione, che raffigurano situazioni di bisogno (sete), di paura (asfissia da ingombro di secrezioni), di dolore, di fastidio, ecc. Esse sono state descritte come utili nelle fasi iniziali della degenza, quando il paziente non ha ancora imparato ad esprimersi con frasi standard. Per quanto riguarda la nostra esperienza possiamo dire che sono di scarsa efficacia, perché:

- di numero eccessivo.

- di difficile comprensione in pazienti anziani o con basso livello culturale, con disturbo della coscienza anche modesto.

- di eccessivo tempo richiesto per individuare l'effettivo bisogno (spesso infatti il paziente indica più tavole contemporaneamente).

c. Si deve garantire al malato la possibilità di attirare, in ogni momento, la nostra attenzione, mettendogli a disposizione degli oggetti metallici, campanello... per renderlo maggiormente sicuro e tranquillizzarlo.

d. Il malato può essere aiutato a rimanere in contatto, con il mondo esterno, ascoltando la radio o guardando la TV (se possibile).

È molto importante che l'I.P. di area critica aiuti i parenti a comunicare con il paziente, altrimenti il loro contatto risulterebbe inefficace. I familiari sono coloro che spesso più di ogni altro, sono in grado di fornire al malato informa-

zioni che risultano più convincenti rispetto a quelle del personale sanitario, oltretutto tranquillizzarlo, orientarlo, farlo sentire partecipe della vita familiare e mantenere l'identità personale.

Bisogna pertanto insegnare ai parenti ad utilizzare uno dei suddetti mezzi di comunicazione, vincendo la loro ritrosia o timore, e ad interpretare correttamente il comportamento del paziente che spesso è tale da sconcertare i familiari.

A questo proposito nel nostro reparto si è avuta occasione di utilizzare un dispositivo (COMMUNICATOR M), recentemente commercializzato dalla Ditta CANON, che presenta una concezione ed alcune soluzioni tecniche che, seppur lontane dall'ottimo, appaiono tuttavia interessanti. L'apparecchiatura consiste sostanzialmente in una macchina da scrivere miniaturizzata dotata di tastiera alfabetica che stampa i caratteri su di una striscia termosensibile. La semplicità e la versatilità permettono ad uno strumento originariamente concepito per i laringectomizzati di trovare impiego anche in altri settori. Utilizzato su di un piccolo numero di pazienti intubati o tracheotomizzati ed in ventilazione controllata od assistita, comunque dotati di una sufficiente motilità delle dita, pur con limiti di una strumentazione non creata per lo scopo specifico, ha dato dei risultati apprezzabili.

Nella realtà quotidiana, nei reparti di area critica, si è circondati da apparecchi sofisticati ed impegnati nella rilevazione di molteplici parametri, trascurando spesso il paziente come persona. L'ambiente estraneo e l'invasività delle manovre terapeutiche, alle quali il paziente viene sottoposto, scatenano in lui paura, disorientamento, di tutto ciò bisogna tenere conto an-

che nelle fasi di assistenza più routinarie, ad esempio il cambio della biancheria, la toilette mattutina.

Nel paziente intubato e connesso al ventilatore si manifestano le seguenti reazioni:

A- Dipendenza Totale dal Ventilatore: nella ventilazione artificiale prolungata, si verifica una completa dipendenza, dalla quale nasce la paura che la macchina non funzioni (blocco o eventuale guasto), e che quindi lo porti alla morte; questo timore è accentuato maggiormente dall'inescarsi degli allarmi e dall'eventuale modificazione, da parte del personale medico, del tipo di ventilazione. È importante spiegare al paziente il perché gli allarmi suonano o, avvisarlo nel caso in cui venga modificata la ventilazione.

È sufficiente che gli allarmi «scattino» più volte nella giornata perché egli si preoccupi in modo esagerato; ciò comporta la necessità che l'infermiere stia il più possibile accanto al paziente rassicurandolo circa la sua situazione.

Il paziente avverte immediatamente il cambiamento nel funzionamento del ventilatore, soprattutto in chi è sottoposto da parecchio tempo alla V.A.M., ciò potrebbe essere recepito come un cattivo funzionamento dello stesso. È indispensabile quindi tranquillizzare il paziente, incoraggiandolo a respirare in modo tranquillo.

Spesso un accesso di tosse terrorizza il paziente, sia per la difficoltà (ed il dolore) legate alla tosse in presenza di tubo tracheale, sia per l'interferenza fra la tosse e l'insufflazione meccanica. Il paziente, già preoccupato per l'abbondanza di secrezioni, non comprende, soprattutto nei primi giorni di degenza, la necessità di una manovra così stressante. La broncoa-

spirazione viene pertanto vissuta come un momento difficile, e spesso il malato cerca di trattenerne il più possibile la tosse, proprio per evitarla. La rilevazione di alcuni parametri, quali la P.V.C. ed i lavaggi bronchiali, richiedono il distacco temporaneo dal ventilatore, cosa che induce ansia e paura.

B- Rifiuto del Respiratore: si verifica soprattutto nei pazienti sottoposti a V.A.M. prolungata, e si manifesta con irrequietezza, tensione, agitazione psicomotoria, non collaborazione alle manovre di nursing, scontrosità. Si assiste a una vera e propria sfida fra il paziente, che si oppone all'insufflazione dei gas, e la macchina, che viene pertanto percepita non come un aiuto, ma come un ostacolo alla sua respirazione, ed una fastidiosa fonte di limiti per le sue necessità (di movimento, di fonazione, di sonno ecc.). La V.A.M. è pertanto avvertita come qualcosa di estraneo da cui ci si deve staccare il più presto possibile.

Bisogna sempre tenere presente che il paziente percepisce un gran numero di stimoli ambientali, che gli inducono potenti emozioni, che molto spesso non riesce a comunicare al personale. Quindi è necessario approfondire e qualificare le nostre prestazioni dato che esse sono rivolte al malato. □

#### Bibliografia

Drigo E.: *L'uomo di fronte alla V.A.M.*; Scenari 1986.

K.C. Sorensen - J.Luckmann: *Nursing di Base*.

Orsi L. - Mariconti M.A.: *Rianimazione e Terapia Intensiva per Infermiere Professionali*.

# Ruolo dell'infermiere professionale all'interno della centrale operativa del S.U.E.M. Cadore

Dal Fabbro Giovanna

Nel 1986, presso l'U.S.L. No 1 Cadore (Veneto) è stato avviato il Servizio di Urgenza ed Emergenza Medica (S.U.E.M.). Inizialmente questo servizio era composto da un piccolo centralino telefonico con No di chiamata unico per tutto il territorio dell'U.S.L. e da un Centro Mobile di Rianimazione con medico rianimatore e infermiere professionale 24 ore su 24.

In 3 anni di attività il servizio è molto cambiato sia in mezzi che il personale sono aumentati, dando luogo così ad un Sistema di soccorso efficace ed efficiente che si pone sicuramente ad un ottimo livello nazionale, al pari con altri centri italiani ed europei.

L'obiettivo che ci eravamo prefissati era quello di creare un Sistema che gestisse correttamente i servizi di emergenza.

Ciò è stato raggiunto attraverso una loro riorganizzazione, coordinando e organizzando gli strumenti tecnici e operativi già esistenti, e completandoli con altri di nuova acquisizione. Tutto questo è volto ad evitare ritardi, prestazioni inadeguate o scorrette, garantendo invece sul luogo dell'evento sanitario urgente, un intervento che sia il più razionale e tempestivo possibile.

Un ruolo fondamentale nel raggiungimento di questi obiettivi lo ricopre sicuramente la **Centrale Operativa**.

La Centrale Operativa è il cuore di tutto il Sistema di soccorso del S.U.E.M. Cadore. Organizza i soccorsi sanitari su di un territorio molto vasto pari a 1349 kmq e per una popolazione che va da 43000 abitanti residenti a 160000 abitanti nei periodi di elevato afflusso turistico.

Alla centrale fa capo un N° telefonico unico: il 33118 al quale si ac-

cede da quasi tutta la provincia di Belluno senza il prefisso telefonico (eccetto il distretto di Feltre). La centrale operativa Decide e Coordina qualsiasi intervento di soccorso primario riguardante il territorio dell'U.S.L., ed anche per tutta la provincia di Belluno per quanto riguarda il servizio di **Elisoccorso** che è annesso al S.U.E.M. Cadore.

La centrale operativa Organizza e Coordina tutti i trasferimenti secondari dei pazienti critici di tutta la nostra U.S.L. e mediante l'elicottero anche i pazienti critici di tutti gli ospedali della provincia di Belluno.

Inoltre la centrale operativa programma e coordina tutto il movimento infermi ordinario (viaggi per trasferimenti, per visite, per esami). Praticamente, nel territorio dell'U.S.L., non si muove ambulanza senza che la centrale lo voglia o lo sappia.

Un'altra caratteristica fondamentale della centrale è il Collegamento. La centrale è collegata mediante radio o telefono con i vari ospedali, con i mezzi dislocati sul territorio con gli elicotteri dell'elisoccorso, con la questura, con i Vigili del Fuoco, con il 113 e, cosa molto importante, con tutte le stazioni di Soccorso Alpino fungendo quindi anche da centrale del Corpo Nazionale del Soccorso Alpino.

Anche le guardie mediche e le guardie turistiche sono coordinate ed aiutate dalla centrale. Ogni guardia medica è sempre fornita di una radio veicolare e di un cardio-telefono, collegato con i medici del Pronto Soccorso.

## CARATTERISTICHE

La centrale operativa è situata in una villetta adiacente all'ospedale, vicina all'hangar dell'elicottero.

È gestita 24 h. su 24 h. da infermieri professionali preparati nel recepire e nel gestire la chiamata. Gli infermieri professionali sono coadiuvati nel loro lavoro, quando necessario, da un medico, e da un tecnico del soccorso alpino, presenti in centrale.

La centrale è essenzialmente composta da :

- A. un Sistema telefonico complesso
- B. un Sistema radio complesso

### A. Sistema Telefonico.

Alla centrale fa capo un numero unico di chiamata sanitaria, cioè il 33118. Oltre al numero di chiamata sanitaria giungono in centrale con linea diretta anche le telefonate con carattere d'urgenza che arrivano al centralino dell'ospedale, e al centralino del 113. Le linee che arrivano in centrale sono tutte registrate su cassette, questo si è dimostrato utilissimo per tutelare l'operatore da eventuali sbagli, o scherzi dell'utente, e per tutelare anche l'utente da eventuali sbagli dell'operatore, e garantisce una prestazione più sicura.

Il Sistema telefonico ha poi una serie di linee telefoniche di uscita indispensabili all'operatore di centrale per cercare posti letto di rianimazione, T.A.C., neurochirurgie, cardiocirurgia, oppure, molto più semplicemente, chiamare una guardia medica o un medico di base, o l'utente in caso di necessità.

### B. Sistema Radio.

Il Sistema Radio è un elemento fondamentale per la Centrale. Tutto il Sistema è diviso in due parti:

1. Sistema radio sanitario gestito da personal computer.
2. Sistema radio soccorso alpino.

La centrale, mediante questo Sistema, è in grado di essere sempre in comunicazione con i vari ospedali della provincia (indispensabile questo nel caso di interruzione della linea telefonica provinciale), e con tutti i mezzi mobili operanti sul territorio. Quindi è in comunicazione con tutte le ambulanze, con tutte le auto delle guardie mediche, con l'elicottero, con tutte le radio portatili a disposizione dei centri mobili di rianimazione. Tutte le comunicazioni radio avvengono mediante il linguaggio di comunicazione aeronautica (ICAO).

Il Sistema radio sanitario attualmente è gestito da un personal computer il quale ci permette di gestire le comunicazioni con dei codici di comunicazione che vengono codificati dal computer e che evitano di dover sempre parlare intasando le linee radio.

Dopo aver premesso le caratteristiche tecnico-organizzative della Centrale Operativa, andiamo ora ad analizzare la *figura dell'Infermiere Professionale all'interno della centrale operativa*.

#### **Perché l'Infermiere Professionale in centrale operativa?**

- Perché è un professionista, nel campo sanitario
- Perché rientrano nel ruolo dell'Infermiere Professionale compiti di assistenza diretta, compiti organizzativi, e di ordine burocratico-amministrativi, quindi più facilmente di un altro tecnico l'infermiere è in grado di gestire questo nuovo ruolo e funzioni abbastanza complesse: funzioni che richiedono sia una buona conoscenza tecnico-sanitaria, che delle capacità organizzative.

L'infermiere usa un linguaggio semplice e comprensibile, sa cosa e come chiedere all'utente, sa farsi capire e capirne le esigenze, raccogliendo tutte quelle informazioni necessarie a valutare e presumere la gravità dell'evento sanitario secondo degli indici di gravità definiti (1/2/3/4) e poter quindi successivamente scegliere il mezzo più idoneo all'intervento.

*Chi sono gli Infermieri Professionali di centrale operativa?*

- Sono Infermieri Professionali che *lavorano* nell'ambito dell'*area critica* come Pronto Soccorso, servizi di anestesia e rianimazione, tutti comunque, con esperienza negli interventi di emergenza in ospedale e *sul territorio*.

- Tutto il personale partecipa a corsi, seminari di studio, giornate di formazione specifici sui problemi relativi all'organizzazione del soccorso e dell'emergenza.

- Per favorire una migliore professionalità del servizio, gli infermieri *mantengono il proprio lavoro di assistenza diretta* nei vari servizi di emergenza, e nello stesso tempo a rotazione, *lavorano sia in centrale operativa*, che a servizio dell'*Eliambulanza*

- Per permettere una specializzazione più adatta alle esigenze del nuovo servizio alcuni hanno scelto, mantenendo la base comune di lavoro, di lavorare solo in Centrale Operativa oppure con l'Eliambulanza, o entrambe.

#### **Ruolo dell'infermiere professionale**

Non è semplice definire il ruolo dell'Infermiere Professionale nell'ambito di questo servizio, essendo molto recente e in via di continua modificazione. Sicuramente in Italia è un ruolo che cambia in base alla realtà geografica (urbana, alpina, ecc.) e storico-organizzativo, e quindi dipende da realtà che hanno esigenze molto diverse tra loro.

Nella nostra C.O., l'Infermiere Professionale riveste il *ruolo principale*, perché è al centro di tutta l'attività di soccorso, essendo lui l'operatore che *possiede la visione globale dei mezzi di soccorso* disponibili, delle *zone geografiche* ed ha anche una conoscenza sanitaria adeguata, che gli permette quindi di gestire in un modo razionale tutte le richieste di carattere sanitario che arrivano al nostro No di soccorso, secondo tempi tra la chiamata e la realizzazione del soccorso sanitario che cercano di essere più rapidi possibili.

Quindi l'Infermiere Professionale deve assolutamente essere in grado di saper *decidere* e coordinare un'emergenza nei luoghi più diversi. In ogni caso l'operatore di cen-

trale riveste questo ruolo principale perché deve comunque *dare sempre una risposta* ad ogni bisogno sanitario dell'utente, e ne è direttamente responsabile, registrando su schede tutto quanto avviene.

#### **Dopo una prima definizione del RUOLO, andiamo ora a specificare alcune delle funzioni principali degli Infermiere Professionale in Centrale Operativa.**

- FUNZIONE DECISIONALE sviluppata di seguito
- FUNZIONE di COORDINAMENTO sviluppata di seguito
- FUNZIONE di ORGANIZZAZIONE sviluppata di seguito
- FUNZIONE di COLLEGAMENTO sviluppata di seguito
- FUNZIONE di CONTROLLO-VERIFICA - non sviluppata
- FUNZIONE di INFORMAZIONE sviluppata di seguito
- FUNZIONE di FORMAZIONE sviluppata di seguito
- FUNZIONE di AUTOFORMAZIONE - non sviluppata
- FUNZIONE di RICERCA - non sviluppata

#### **FUNZIONE DECISIONALE**

È una delle funzioni fondamentali dell'operatore di centrale.

L'operatore deve, in base, alla chiamata e ai dati riferiti dagli utenti *decidere* che risposta dare all'evento sanitario.

- Per esempio, dare un *consiglio telefonico* (farmacie di turno, invio al Pronto Soccorso più vicino con mezzo proprio, ecc)

- Inviare un medico di base, guardia medica, o guardia turistica.

- Invio di ambulanza normale, o del centro mobile di rianimazione, oppure dell'elicottero.

Comunque in base alla dislocazione del territorio e alla presunta gravità, l'operatore può allertare varie figure professionali e mezzi di soccorso contemporaneamente (es: CM + ELI - GM + CM -etc.). È chiaro comunque che i mezzi distribuiti sul territorio si devono muovere solo su autorizzazione dell'operatore di centrale da cui dipendono.

## **FUNZIONE DI COORDINAMENTO**

L'operatore coordina tutti i mezzi e persone adibite al soccorso secondo le priorità che stabilisce durante il servizio, in base alle chiamate, provenienti sia dagli utenti che dai reparti ospedalieri, quando necessario (trasferimenti, urgenze, ecc.).

## **FUNZIONE DI ORGANIZZAZIONE**

Deve conoscere la dislocazione dei principali paesi distribuiti nell'ambito del territorio dell'ULSS di competenza e saper usare mappe dei paesi per indirizzare i soccorsi nel modo più corretto senza perdite di tempo, in base alla distanza, alla gravità, alle condizioni delle strade e così via.

Inoltre deve saper usare sia tutte le attrezzature usate nell'ambito dell'emergenza (respiratori, misuratori della pressione, barelle, materassi a depressione), che le apparecchiature radio-telefoniche di cui è dotata la centrale, e preoccuparsi della loro manutenzione (batteria, rotture ecc.) in generale, come del loro utilizzo. L'operatore di centrale organizza tutto il movimento ambulanze non urgente esistente all'interno dell'ULSS N° 1.

Una particolare raccolta di dati come telefoni di ospedali, altri mezzi di soccorso, Telefoni ambulanze, Vigili del Fuoco, farmacie, veterinari ecc.; organizzati secondo una certa praticità d'uso permette all'operatore in poco tempo di mettersi in contatto secondo necessità

con altri ospedali, stazioni di soccorso alpino, ambulanze, medici di base e così via.

Il lavoro di organizzazione prevede quindi anche una costante sistematizzazione dei dati disponibili, secondo la nostra esperienza di soccorso, più necessari al buon andamento di tutto il servizio: mezzi di soccorso nei vari presidi, medici di base, guardie mediche, farmacie.

## **FUNZIONE DI COLLEGAMENTO**

È un'altra delle funzioni importanti: la centrale permette per esempio alle guardie mediche di trasmettere dati (cardiotelefono), ai medici del Pronto Soccorso di chiedere notizie sulle persone da visitare, di sapere quale è l'indirizzo più corretto a cui dirigersi, di chiedere informazioni ulteriori all'operatore che resta sempre in ascolto.

Ciò avviene anche con qualsiasi mezzo di soccorso che si trovi sul territorio, in modo da essere sempre pronto ad avvisare i servizi specialistici di altri ospedali, od eventualmente altri mezzi come Vigili del Fuoco ecc.

## **FUNZIONE DI FORMAZIONE ED INFORMAZIONE**

Altre funzioni come quella di formazione e informazione sono altrettanto importanti, anche se secondarie rispetto alle prime, ma sempre comunque presenti nello svolgersi dei vari compiti dell'infermiere che nel dare sempre una risposta il più possibile adeguata ai bisogni, cerca di orientare le persone, dare

consigli utili o perlomeno non far peggiorare la situazione in attesa dei soccorsi. La formazione, all'interno di questo lavoro è un processo continuo che interessa sia gli operatori, che cercano di imparare e migliorare le proprie prestazioni professionali con conoscenze tecnico-sanitarie recenti, sia coinvolgendo altri, come gli allievi infermieri che ci visitano o anche persone, utenti che vogliono conoscere da vicino il servizio, per un suo uso più corretto in caso di bisogno.

## **CONCLUSIONE**

Come abbiamo potuto vedere, ci sono molte funzioni che poi la pratica e il lavoro quotidiano ci permette di analizzare meglio e verificare secondo gli obiettivi più generali del servizio stesso.

È un lavoro costruito poco a poco su errori ma anche su piccole e grandi soddisfazioni, derivanti da soccorsi mirati ed efficaci e basato soprattutto su una verifica costante di gruppo, tra infermieri disposti a collaborare tra di loro e con il resto del personale adibito ai soccorsi per migliorare continuamente tutti quei piccoli aspetti indispensabili a rendere più sicuri sia gli operatori che gli utenti, principali protagonisti del nostro servizio.

Riteniamo che ci sia ancora molta strada da fare, molte cose da correggere e rivedere, ma è una sfida che accettiamo volentieri, perché al di là di tutti i nostri discorsi, interventi, professionalità, e servizi, esiste il cittadino con i suoi diritti da difendere e da rispettare. □

# Un corso per la preparazione di operatori per emergenza sanitaria: l'esperienza di Ravenna Soccorso

IL PROBLEMA CULTURALE NELLA GESTIONE DEI SERVIZI DI EMERGENZA SANITARIA

*Bandini Daniele, Fabbri Elveo, Ceccarelli Livio, dott. Preziosi Sabino, dott. Begliardi Claudio*

Le recenti esperienze italiane nel campo della gestione delle emergenze hanno tutte evidenziato la cronica carenza di personale preparato in modo specifico per una branca della medicina che, oggi, conosce uno sviluppo particolare.

Tre anni fa è sorta nella nostra città la centrale operativa RAVENNA SOCCORSO con il compito di accentrare e coordinare tutte le richieste sanitarie ed il cui obiettivo principale è quello di ridurre il «therapy force interval».

Se in un primo tempo si riuscì a coprire le necessità di organico impiegando tutto il personale con una buona esperienza precedentemente acquisita, in seguito all'aumento delle attività, si è dovuto utilizzare anche personale proveniente da altri reparti, dalle strutture private convenzionate e di volontariato.

Era quindi necessario organizzare un Corso di aggiornamento e di formazione che permettesse l'integrazione fra varie professionalità.

Obiettivi del Corso quindi erano:

1. Preparazione del personale che opera su Ambulanza, Auto Medicalizzata ed Elicottero.
2. Ottenere una uniformità nel tipo di capacità espresso da ciascun partecipante ad interventi di emergenza.
3. Omogeneizzare e valorizzare le specifiche professionalità orientate verso un settore nuovo quale quello della gestione delle emergenze di territorio.

Si è progettato e svolto un Corso di formazione denominato E.M.T. città di RAVENNA, adeguato alle peculiari caratteristiche del settore.

Tale Corso è costituito da una parte teorica limitata alle nozioni es-

senziali, ed una parte pratico-operativa di largo respiro, con l'obiettivo finale di ottenere dagli operatori, indipendentemente dalle diverse culture e provenienze, comportamenti omogenei sul campo.

Le novità introdotte hanno anche comportato la creazione di un manuale quale supporto didattico mirato che si propone come guida teorico-pratica al Corso di aggiornamento.

Il programma del Corso è rivolto alla formazione del personale volontario ed agli infermieri addetti agli interventi di Emergenza Sanitaria Extraospedaliera.

Si è prevista la certificazione di varie figure di operatori seguendo in parte la terminologia in uso negli Stati Uniti.

Tali livelli sono:

E.M.T-1 Conoscenza di alcune norme di base di pronto soccorso.

E.M.T-2 Preparazione specifica nell'esecuzione di una Rianimazione Cardio Polmonare, estricazione e trasporto di un politraumatizzato, riconoscimento dei più comuni quadri di emergenza medica. Il Corso è rivolto ai volontari destinati al trasporto malati. Anche infermieri senza esperienza nel settore dell'emergenza-urgenza che cominciano l'attività sulle ambulanze possono essere destinati inizialmente a questo livello.

E.M.T-3 Approfondimento delle conoscenze di emergenza medica, si tratta del massimo livello acquisito dal volontario.

E.M.T-4 Esecuzione di una Rianimazione Cardio Polmonare avanzata, trattamento di uno stato di shock, manovre invasive in Corso di trattamenti in emergenza, riconoscimento ed indicazioni di terapia

dei più comuni quadri di emergenza medica. Corso riservato questo agli infermieri professionali destinati al servizio su Autoambulanze, Auto-medicalizzata, Elicottero.

E.M.T-5 - Revisione ed approfondimento delle conoscenze di emergenza medica. Certificato riservato agli infermieri professionali che abbiano già svolto attività di E.M.T-4.

Gli argomenti oggetto delle lezioni sono stati divisi in 4 gruppi principali secondo il seguente schema:

- 1 - Argomenti generali
- 2 - Manovre di emergenza
- 3 - Attrezzature
- 4 - Norme di comportamento

Il primo gruppo comprende solo i 13 più importanti quadri clinici che ciascun soccorritore più frequentemente incontra durante la sua attività e che, per la loro complessità, impegnano più a fondo le conoscenze e l'esperienza di ciascuno.

Attraverso una accurata selezione degli argomenti, invece, si è inteso omogeneizzare sia la risposta organizzativa che quella terapeutica sui casi più impegnativi.

Il secondo gruppo comprende tutte le principali manovre di emergenza, alcune delle quali sono riservate agli infermieri professionali poiché la loro esecuzione richiede particolare conoscenze di anatomia e fisiologia.

L'apprendimento delle manovre è avvenuto contemporaneamente alla spiegazione dei quadri clinici cosicché la teoria si è fusa con la pratica.

Al termine del Corso ciascun soccorritore deve riuscire ad inquadrare in breve tempo il paziente ed applicare i protocolli di intervento

con la tranquillità e la rapidità necessarie, evitando sempre di agire con lo spontaneismo proprio di chi invece è abituato a lavorare da solo senza la necessaria preparazione ed esperienza.

Gli ultimi due gruppi infine rappresentano la realtà operativa del nostro Sistema di coordinamento, e quindi sono la base indispensabile la cui conoscenza ha permesso a ciascuno di sapersi destreggiare in qualsiasi evenienza.

Durante lo svolgimento del Corso si sono effettuate periodiche prove pratiche sugli argomenti svolti fino a quel momento. Per omogeneizzare i protocolli terapeutici e calarli il più possibile nella nostra realtà, durante lo svolgimento del Corso abbiamo previsto degli incontri collegiali durante i quali vengono formati gruppi equipaggio dei mezzi di soccorso operativi, composti da infermieri volontari.

Ciascun gruppo ha affrontato situazioni simulate diverse risolvendole nel modo corretto e nei tempi prestabiliti, valutando la tecnica

di esecuzione delle varie manovre, i tempi ed il rispetto dei protocolli.

Concludendo si sottolinea che i protocolli non devono essere il risultato di una imposizione da parte di un superiore o di un singolo operatore del gruppo, ma deve essere il frutto dell'esperienza e dell'esigenza di migliorare l'operatività da parte di tutta l'équipe.

Parlando di lavoro d'équipe è certamente l'obiettivo maggiormente raggiunto; ciò è dimostrabile con l'utilizzo e l'integrazione dei mezzi di soccorso avanzati (auto-medicalizzata, elicottero).

Partendo da questi presupposti e dalle esperienze già messe in essere a Ravenna si può affermare che l'integrazione fra mezzi di soccorso aerei e terrestri permette di alzare lo standard terapeutico nel trattamento della emergenza sanitaria anche in casi di elevata criticità e favorisce nel contempo notevoli risparmi in termini di impiego delle risorse.

Obiettivo principale della scelta di impiegare un mezzo quale l'elicottero è quello di garantire in brevissimo tempo all'infortunato una assistenza sanitaria adeguata da parte di personale altamente qualificato e dotato delle attrezzature tecnologicamente più avanzate, atte al ripristino delle funzioni vitali.

Il Bacino di utenza dell'Elisoccorso della Romagna copre la provincia di Ravenna, di Forlì, il comune di Comacchio e la Repubblica di S.Marino, per un totale di 5260 kmq.

Il modello organizzativo da noi usato coinvolge tutte le UU.SS.LL. del bacino di utenza nel fornire il personale medico ed infermieristico operante sull'Eliambulanza proveniente dai rispettivi servizi di Terapia Intensiva e di dipartimento di emergenza.

Con tutto ciò continuiamo ad insistere su un aspetto da pochi recepito e cioè che l'urgenza inizia sul territorio e non alle porte dell'ospedale. □

# L'aggiornamento del personale in cardiologia

D.A.I. Mirella Campagnolo, A.F.D. Olga Passera

Settore Formazione ed Aggiornamento, U.S.L. 7 «Udinese»

## 1 - RIFERIMENTI LEGISLATIVI. LA NORMATIVA PER L'AGGIORNAMENTO.

### 1.1- Le vecchie norme.

Fanno riferimento agli operatori sanitari che devono dedicare parte della loro attività ad aggiornamento e formazione:

- primari medici
- direttori sanitari
- capi dei servizi sanitari ausiliari

### 1.2- Le nuove norme.

#### LIVELLO NAZIONALE

L.833/78

art. 2 aggiornamento tecnico-scientifico obbligatorio

art. 47 rinvia all'emanazione dello Stato Giuridico del personale, che prevede, tra l'altro, l'aggiornamento obbligatorio

art. 53 il Piano Sanitario Nazionale predispone gli obiettivi dell'aggiornamento

D.P.R. 761/79

art. 45 attività didattica; aggiornamento tecnico-scientifico (facoltativo con possibilità di comando)

art. 46 aggiornamento obbligatorio (se il dipendente, nell'arco di 5 anni, non ha svolto attività di aggiornamento, ne viene penalizzata la progressione di carriera); deve essere finalizzato al miglioramento dei Servizi, a completamento dell'attività professionale; si svolge in orario di servizio; le Regioni stabiliscono obiettivi generali e modalità per l'aggiornamento

D.P.R. 270/87 (lo specifico viene demandato ad una contrattazione decentrata)

art. 2 aggiornamento (facoltativo e obbligatorio); si svolge in orario di servizio e possibilmente nella

sede dell'U.S.L.; il finanziamento è previsto con fondi vincolati

art. 26 prevede: partecipazione obbligatoria a convegni, seminari etc.; utilizzo di biblioteche, materiale didattico e strumenti informatici; ciò deve essere particolarmente riferito all'organizzazione del lavoro e alla pianificazione delle attività; individuare figure con competenze specifiche per l'attività didattica (formazione di base - aggiornamento - riqualificazione).

All'aggiornamento facoltativo può accedere il personale che viene a conoscenza di iniziative documentate; l'U.S.L. risponderà a tali richieste fornendo le agevolazioni che riterrà più opportune; le domande vengono vagliate dal comitato tecnico-scientifico, che esprime parere vincolante.

#### LIVELLO REGIONALE

Vengono stabiliti gli obiettivi generali e le modalità di attuazione.

#### Competenze:

- attuare interventi sperimentali
- stabilire le modalità di frequenza (almeno 4/5 delle ore complessive delle attività di aggiornamento)
- stabilire le modalità di rilascio degli attestati
- stabilire le modalità organizzative
- suddividere il bilancio tra le U.S.L.
- controllare le attività
- approvare i piani di aggiornamento
- approvare le relazioni finali ed il bilancio consuntivo.

#### LIVELLO DI U.S.L.

#### Comitato di gestione:

- Comitato tecnico-scientifico (parere vincolante)
- Commissione paritetica (parere non vincolante)

- non entra nel merito dei programmi, ma stabilisce priorità e opportunità dal punto di vista pratico -

- Ufficio di direzione (esprime pareri di priorità e opportunità)

### 1.3- Gli operatori.

D.P.R. 128/69

art. 2 DIRETTORE SANITARIO: promuove attività di formazione per tutto il personale che dipende dalla Direzione Sanitaria

art. 7 PRIMARIO: garantisce la formazione tecnico-scientifica degli operatori del servizio

art. 44 C.S.S.A.: collabora con il Direttore Sanitario per l'aggiornamento culturale e professionale del personale

D.P.R. 225/74

INFERMIERE PROFESSIONALE: fra le mansioni vi è anche quella didattica

D.P.R. 821/84

OPERATORE PROFESSIONALE DIRIGENTE: provvede al coordinamento dell'attività didattica; effettua attività didattica

OPERATORE PROFESSIONALE DI 1° CATEGORIA (coordinatore e collaboratore): effettua attività didattica

## 2 - LA REALTÀ DELLE CARDIOLOGIE ITALIANE.

L'aggiornamento rivolto agli operatori infermieristici del settore deve rispondere a problemi peculiari della realtà cardiologica.

#### PROBLEMI:

- complessità e specificità assistenziale

# SOLUSET®

## SETS GRADUATI ABBOTT PER IL CONTROLLO TOTALE SULL'INFUSIONE

1. Flacone o sacca contenente la soluzione.
2. **Perforatore ad impugnatura anatomica.** Semplifica la connessione perché **non** richiede una via separata di ingresso aria nel flacone. La contaminazione dell'ago è evitata dal cappuccio protettivo.
3. **Filtri antibatterici** impregnati in Teflon®.
4. **Morsetti a scorrimento.**
5. **Punto d'iniezione per la miscelazione dei farmaci** direttamente nella buretta.
6. **Buretta graduata** per la misurazione del volume.
7. **Sistema di sicurezza** per evitare sovrainfusioni e/o embolismi. Una **valvola in caucciù**, incernierata sul fondo della buretta, si chiude **automaticamente non appena somministrato il volume prestabilito** di infusione. Il fluido residuo nella buretta non altera il volume totale infuso, perché la scala graduata è già calibrata in tal senso.
8. **Microgocciolatoio.** Il suo orifizio in acciaio inox ad alte tolleranze permette di ottenere una **dimensione costante** delle gocce a **qualsiasi velocità** di infusione e con soluzioni di **differente viscosità**, facilitando il controllo totale. L'apparecchio divide un millilitro in **60 gocce**, facilitando il calcolo di conversione velocità d'infusione/gocce minuto ( $5 \text{ ml/h} = 5 \text{ gocce/min}$ ).
9. **Morsetto CAIR®** per regolare la velocità di infusione. Comprime il tubo **lateralmente**, facendo defluire il liquido attraverso una sezione di tubo sottoposta ad una minore tensione (vedi illustrazioni in basso).
10. **Punto per infondere farmaci**, continui o intermittenti, per prelievi ematici e/o misurazioni della PVC.
11. **Raccordo Luer Lock per venipuntura**, con filtro antibatterico.



| SOLUSET® | List No. | gocce<br>x ml | volume<br>buretta<br>ml | ∅<br>interno<br>mm | lungh.<br>tot. set<br>mm | unità<br>x conf. |
|----------|----------|---------------|-------------------------|--------------------|--------------------------|------------------|
| 100 x 60 | 4965     | 60            | 100                     | 2,54               | 1905                     | 50               |
| 150 x 60 | F029     | 60            | 150                     | 2,54               | 1960                     | 50               |

Presidio medico-chirurgico Reg.no.15120 Min.San.

**ABBOTT**  
04010 CAMPOVERDE,LT



MOVI. UN SICURO PUNTO DI RIFERIMENTO.

IL NURSING NELLA  
SOPRAVVIVENZA



# SCEINARIIO

**INSERTO**

ORGANO UFFICIALE ANIARTI



# Obiettivi di apprendimento e criteri di valutazione per il tirocinio delle allieve del III anno in un reparto di terapia intensiva

A.F.D. E.Ciriello, A.F.D. D.Petrina, I.D.D.G.Pitacco - Scuola Viglatrici d'Infanzia - Istituto per l'infanzia - Trieste

## PRESENTAZIONE

In questo lavoro vengono presentati:

- il «libretto degli obiettivi di tirocinio»
- il «libretto di valutazione certificativa del tirocinio»
- il questionario anonimo con cui l'allieva valuta l'esperienza di tirocinio

in uso alla Scuola V.I. di Trieste

Questi tre strumenti si inseriscono in un progetto di sperimentazione

didattica in corso nella nostra scuola.

In particolare, quanto vi viene presentato in questa sede è frutto del lavoro di questi ultimi due anni e mezzo di un gruppo di colleghe che si è impegnato nell'individuazione di strategie che migliorino l'apprendimento degli studenti nei reparti e di strumenti di valutazione il più possibile obiettivi.

Considerata l'utenza a cui si rivolge «SCENARIO», si è scelto di

presentare il «libretto di tirocinio» riferito all'esperienza clinica delle allieve al terzo anno di corso in Terapia Intensiva neonatale.

Quanto vi viene presentato, non ha l'ambizione di essere perfetto, rappresenta un «tentativo» che vorrebbe essere oggetto di critiche, di osservazioni, di suggerimenti da parte dei colleghi.

RingraziandoVi fin d'ora per la collaborazione.

*Le Autrici*

# Indice

|   |      |
|---|------|
| <b>Presentazione</b>  | I    |
| <b>Introduzione</b>   | II   |
| <b>Libretto degli obiettivi di tirocinio</b>  | V    |
| Assicurare l'alimentazione e l'idratazione  | VII  |
| Assicurare la respirazione  | VIII |
| Assicurare la termoregolazione, assicurare l'igiene<br>e il comfort , assicurare il sonno e il riposo,<br>assicurare l'eliminazione urinaria ed intestinale | IX   |
| Assicurare la funzione cardiocircolatoria   | X    |
| Garantire un ambiente sicuro e terapeutico,<br>assicurare l'attività ludica   | XI   |
| Eseguire le procedure diagnostiche  | XII  |
| Eseguire le procedure terapeutiche  | XIII |
| <b>Libretto per la valutazione certificativa del tirocinio</b>  | XIV  |
| <b>Questionario anonimo di valutazione dei tirocini,<br/>conclusioni</b>  | XXII |

## INTRODUZIONE

Il tirocinio pratico rappresenta un aspetto fondamentale nella formazione dell'infermiere, basti pensare che esso rappresenta circa il 60% del monte ore complessivo previsto dai nostri programmi di studio (2800 su 4600 per l'I.P. e 2800 su 4300 per la V.I. - D.M. 20-2-1978).

Il tirocinio o meglio l'esperienza clinica dovrebbe rappresentare il momento in cui lo studente viene messo nella condizione di sperimentare nel reale quanto appreso in aula, e di approfondire conoscenze e capacità rispetto alla specificità del servizio in cui esso si svolge.

Purtroppo spesso si riscontra una dicotomia tra i modelli assistenziali proposti dalle Scuole e la realtà caratterizzata dall'assenza di modelli teorici di riferimento per l'operatività infermieristica.

Vanno inoltre considerati altri fattori che influiscono negativamente sull'apprendimento dello studente in reparto quali:

- la «carenza cronica» di personale infermieristico, o meglio «l'utilizzo improprio» di questa risorsa, fa sì che troviamo nei reparti/servizi, colleghi obiettivamente impossibilitati a seguire adeguatamente i futuri infermieri
- la carenza del personale ausiliario, e conseguente delega allo studente delle «mansioni scomode»
- l'insoddisfazione dei colleghi.

In questa situazione, spesso allo studente viene richiesto un apprendimento per imitazione e alla fine viene valutato su quanto è riuscito a «rubare con gli occhi».

Il cambiamento della realtà assistenziale passa sicuramente attraverso la formazione di base degli infermieri, ma parallelamente si impongono cambiamenti organizzativi, corsi di formazione post base e di aggiornamento; la sola formazione di base non è sufficiente, si rischia di allontanare sempre di più i programmi scolastici dalla realtà operativa, di aumentare lo scollamento tra scuola e realtà.

È da questa convinzione, e dalla conseguente necessità di allargare il nucleo di persone deputate alla didattica, che si è costituito nel nostro ospedale un gruppo di colleghe che si occupa dell'insegnamento sia teorico che clinico e dell'integrazione di questi aspetti della didattica.

Partendo dal concetto di «Prestazioni» elaborato dalla Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche, ed in particolare lo studio della sua applicazione in ambito pediatrico, nel quale si identificano le seguenti 12 prestazioni in risposta ai bisogni del bambino e della famiglia:

- sviluppare una corretta interazione nella comunicazione
- assicurare l'igiene e il comfort
- assicurare la respirazione
- assicurare la funzione cardiocircolatoria
- assicurare l'alimentazione
- assicurare l'eliminazione urinaria e intestinale
- assicurare la termoregolazione
- assicurare l'attività ludica
- assicurare un ambiente sicuro e terapeutico
- assicurare il sonno e il riposo
- eseguire le procedure diagnostiche
- eseguire le procedure terapeutiche.

attraverso diverse fasi si è arrivati all'elaborazione di «libretti di tirocinio» diversificati in base:

- al reparto ospedaliero (attualmente si stanno studiando quelli per i tirocini extraospedalieri)
- al livello di complessità: la quantità e la complessità degli obiettivi varia in rapporto al livello di preparazione individuale dello studente.

La documentazione in uso nella nostra Scuola può essere divisa in due categorie:

### 1. *documentazione relativa agli obiettivi da raggiungere che*

consiste in un libretto che viene consegnato all'allieva.

Ogni libretto si compone di:

- 1ª parte: obiettivi generali
- 2ª parte: spiegazioni su come verrà effettuata la valutazione
- 3ª parte: (uguale per tutti i reparti/servizi) vengono riportati obiettivi inerenti prevalentemente al «saper essere» dello studente nel confronto degli operatori del servizio, degli altri studenti e del bambino e della famiglia
- 4ª parte: obiettivi dettagliati inerenti prevalentemente al «saper fare» e al «saper essere».

### 2. *documentazione relativa alla valutazione*

La necessità di sperimentare un nuovo strumento per la rilevazione dei dati riguardanti il tirocinio di ogni singola allieva, nasce dall'esigenza di:

- trovare strumenti sintetici e il più possibile obiettivi per la valutazione certificativa del tirocinio
- permettere all'allieva - e di conseguenza alla scuola - di verificare il proprio percorso formativo in termini di incremento di conoscenze, abilità, atteggiamenti.

La documentazione consiste in:

#### • *1 libretto per la valutazione certificativa*

Ogni allieva deve essere valutata sul raggiungimento degli obiettivi nel periodo di tirocinio, non sul tempo impiegato per raggiungerli, per questo motivo la valutazione viene effettuata nell'ultima settimana di permanenza dell'allieva in reparto.

Il libretto viene compilato seguendo i criteri contenuti nel libretto «criteri di valutazione» in possesso di ogni responsabile.

Il giudizio dell'allieva in ogni reparto viene riferito solamente al personale della Scuola, né le responsabili del tirocinio degli altri reparti, né gli altri studenti ne vengono a conoscenza.

*Il libretto si compone di quattro parti.*

• **1 libretto di autovalutazione**

Oltre al continuo controllo sul proprio livello di apprendimento, l'allieva alla fine del tirocinio, compila un libretto analogo a quello compilato dalla responsabile sul quale evidenzia gli obiettivi-interventi che non ha ancora raggiunto.

Con questa evidenza si presenterà al servizio dove si svolgerà il tirocinio successivo, e se possibile cercherà di recuperare quanto non ancora appreso.

• **1 questionario di valutazione del tirocinio.**

Viene valutata l'esperienza di tirocinio da parte dell'allieva attraverso questionario anonimo.

**MATERIALE FORNITO ALLO STUDENTE E ALLA RESPONSABILE**

In sintesi:

Ad ogni allieva vengono consegnati all'inizio di ogni tirocinio:

1. *il libretto contenente la lista degli obiettivi da raggiungere*
2. *Il libretto per l'autovalutazione*
3. *il questionario anonimo.*

Ad ogni responsabile vengono forniti:

- 1 libretto per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi previsti per l'allieva
- 1 libretto contenente i criteri per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi.

**DESCRIZIONE DEL CONTESTO IN CUI SI SVOLGE IL TIROCINIO**

Il libretto che qui vi viene proposto si riferisce al tirocinio che un'allieva svolge al 3o anno in un Reparto di Terapia Intensiva neonatale. Questo reparto si compone di tre

sezioni:

- 1 -sezione intensiva
- 2 -sezione subintensiva
- 3 -sezione in cui vengono accolti tutti quei neonati che per età gestazionale e/o peso inadeguato o perché affetti da lievi patologie non possono rimanere nella nursery.

Il reparto è aperto ai genitori 24 h. su 24, ha un organico di due caposala, 22 V.I. e 2 puericultrici.

Nelle prime due sezioni viene svolto il tirocinio solo dal 2o semestre del secondo anno di corso, e comunque dopo almeno un mese di frequenza nel reparto.

Complessivamente il tirocinio ha la durata di 12 settimane.

L'allieva durante il tirocinio, viene messa nella condizione di poter seguire prevalentemente sempre gli stessi bambini.

# LIBRETTO DEGLI OBIETTIVI DI TIROCINIO

## REPARTO: CENTRO IMMaturi-NEONATOLOGIA

responsabile del tirocinio: A.F.D. D.Petrina  
III CORSO VIGILATRICI D'INFANZIA · ANNO SCOLASTICO 1990:1991

### OBIETTIVI GENERALI

(PRIMA PARTE)

L'allieva alla fine del tirocinio in questo servizio:

- sarà in grado di predisporre un piano di assistenza per:
  - bambini pretermine
  - bambini di basso peso
  - bambini con sofferenza fetoneonatale
- descrivere la struttura organizzativa del servizio
- quantificare differenziando le diverse cause dei ricoveri nel periodo in cui si è svolto il tirocinio
- conoscere i protocolli dei controlli e degli esami previsti per i bambini ricoverati in questo servizio.

Nell'allegato sono riportati in dettaglio gli obiettivi da raggiungere, che sono stati concordati con la responsabile del tirocinio.

L'allieva, a conoscenza degli obiettivi da raggiungere, è tenuta ad autoverificare costantemente il livello del proprio apprendimento, per colmare le lacune eventualmente rilevate, sarà sua premura chiedere spiegazioni ed approfondimenti alla responsabile e agli altri operatori del servizio.

### VALUTAZIONE (SECONDA PARTE)

#### *intermedia*

consisterà in:

- relazioni e verifiche che costituiranno anche un feed-back per la/e responsabili
- elaborazione di piani d'assistenza

#### *finale*

L'allieva verrà valutata dalla responsabile o da chi ha seguito in particolare il suo tirocinio; il giudizio terrà comunque conto anche delle eventuali osservazioni di altri operatori, verrà valutato il raggiungimento degli obiettivi generali, e il livello di

interazione con il gruppo di lavoro e la famiglia. Verranno valutate anche le singole azioni in una scheda riassuntiva.

#### *dell'allieva*

Le diverse azioni riportate nell'allegato verranno valutate anche dall'allieva (allegato 2), al fine di poter identificare il percorso formativo e le azioni da apprendere e/o consolidare nell'esperienza di tirocinio successiva. L'allieva inoltre valuterà l'esperienza di tirocinio attraverso questionario.

### SAPER ESSERE (TERZA PARTE - uguale per tutti i reparti)

#### *Dimostrare capacità di integrazione con il gruppo di lavoro*

- Riconoscere i diversi operatori ed essere in grado di definirne le funzioni
- Partecipare alle riunioni dell'équipe
- Instaurare un buon rapporto con gli operatori del servizio
- Chiedere informazioni e spiegazioni su ciò che non si conosce
- Fornire informazioni utili durante la visita
- Cogliere le informazioni utili per la propria attività
- Riportare le informazioni e i dati raccolti sul carteggio di reparto
- Riassumere quanto si è verificato durante il servizio, cogliere gli aspetti salienti e riportarli nella consegna
- Instaurare con le altre allieve un rapporto di rispetto, solidarietà e collaborazione

#### *Sviluppare capacità di autovalutazione*

- Operare nei limiti delle proprie competenze
- Chiedere informazioni e spiegazioni quando non si è in grado di intervenire autonomamente
- Modificare i comportamenti scor-

retti in base ai suggerimenti e alle indicazioni fornite

- Autovalutare costantemente il proprio livello di apprendimento
- Di fronte a degli errori avvertire tempestivamente
- Identificare le situazioni in cui necessita l'intervento di un infermiera e/o di un medico
- Indirizzare ad altri i familiari quando non si è in grado o non si possono dare le informazioni richieste

#### *Presentarsi in modo ordinato*

- Portare la divisa correttamente
- Arrivare puntuale in servizio
- Giustificare eventuali ritardi e avvertire quando ci si assenta

#### *Dimostrare interesse e coinvolgimento nei confronti delle attività di reparto*

- Riconoscere i bambini ricoverati
- Conoscere i motivi per cui sono ricoverati
- Conoscere la loro storia patologica
- Definire i problemi attuali
- Raccogliere informazioni e approfondire le proprie conoscenze rispetto alle patologie trattate in reparto nel periodo in cui si svolge il tirocinio

#### *Dimostrare di aver sviluppato una buona interazione con il bambino e la famiglia*

- Disturbare il bambino solo in caso di documentata necessità
- Rispettare i suoi ritmi
- Riconoscere e rispondere agli atteggiamenti di disagio del bambino e/o la famiglia
- Manipolare il neonato con dolcezza
- Informare la famiglia sulle abitudini di reparto
- Fare attenzione a tutti i fattori che possono disturbare il bambino (parlare a voce bassa, non

- sbattere porte, spondine, ecc...)
- Presentarsi e qualificarsi prima di dare informazioni
  - Non fornire informazioni scorrette o che non si è in grado di dare
  - Usare un linguaggio adeguato
  - Adottare atteggiamenti che favoriscono la comunicazione
  - (non interrompere, parlare lentamente, guardare in viso....)
  - Rispondere adeguatamente alle domande
  - Verificare la comprensione dei messaggi
  - Valutare le risorse della famiglia e sollecitarla a collaborare, fornendo spiegazioni e, se necessario esempi pratici

- Fornire sempre spiegazioni prima di accingersi a svolgere interventi sul bambino

***Dimostrare di lavorare con***

- concentrazione
- accuratezza e precisione (metodo)
- minima dispersione di energia e materiali
- rispetto dei tempi
- atteggiamenti rassicuranti nei confronti del bambino e della famiglia

**PIANO DI ASSISTENZA**

1. ***Raccogliere dati attraverso:***  
l'osservazione

il colloquio  
lo scambio di informazioni con gli altri operatori  
la cartella clinica

- 2 ***Utilizzare i dati raccolti per definire il bisogno assistenziale***
3. ***Una volta definito il problema definire gli obiettivi***
4. ***Fissare dei criteri di valutazione del raggiungimento degli obiettivi***
5. ***Planificare gli interventi secondo una scala di priorità***
6. ***Attuare gli interventi***
7. ***Valutare il raggiungimento degli obiettivi***

## ALLEGATO 2

# INTERVENTI CORRISPONDENTI ALLE PRESTAZIONI

### ASSICURARE L'ALIMENTAZIONE E L'IDRATAZIONE

L'allieva alla fine del tirocinio in questo servizio sarà in grado di:

#### 1. *Valutare lo stato di idratazione e alimentazione attraverso:*

1a. osservazione clinica (controllo della cute e delle mucose, segni di disidratazione, ecc.....)

1b. valutazione della curva di crescita (rilevazione di peso, lunghezza, circonferenza cranica, calcolo dei percentili)

#### 2. *Conoscere il fabbisogno giornaliero:*

- calorico
- proteico
- idrico

#### 3. *Calcolare il bilancio idrico*

#### 4. *Calcolare i quozienti:*

- energetico
- proteico

#### 5. *Conoscere le caratteristiche e le indicazioni dei diversi tipi di latte*

#### 6. *Scegliere l'alimento più adatto e la metodica di somministrazione in rapporto alle condizioni, la patologia e l'età del bambino*

#### 7. *Stabilire la quantità e la frequenza dei pasti in rapporto alle condizioni, la patologia e l'età del bambino*

#### 8. *Aiutare la mamma ad alimentare il bambino al seno:*

- fornire consigli sulla dieta
- fornire consigli igienici
- fornire consigli sulla durata e periodicità delle poppate
- fornire doppia pesata se indicata

#### 9. *Eseguire ed insegnare a somministrare i pasti mediante:*

9a. **biberon** (preparazione del pasto, preparazione del bambino,

preparazione dell'occorrente, valutazione e riordino)

9b. **a.e.c.** (indicazioni, precauzioni, preparazione del pasto, preparazione del bambino, preparazione dell'occorrente, impostazione della velocità di somministrazione, osservazione e controllo del bambino e riordino)

9c. **gavage** (indicazioni, precauzioni, preparazione del pasto, preparazione del bambino, preparazione dell'occorrente, impostazione della velocità di somministrazione, osservazione e controllo del bambino, riordino)

#### 10. *Aiutare la mamma ad alimentare il bambino con il biberon, gavage, AEC*

#### 11. *Utilizzare eventuali altre metodiche, se presenti bambini con patologie che lo richiedono... (\*)*

#### 12. *Utilizzare la modulistica per l'ordinazione dei pasti*

#### 13. *Gestire una perfusione:*

13a conoscere le indicazioni ed i rischi connessi a questa metodica

13b preparare una soluzione infusionale

13c calcolare, impostare e controllare la velocità di infusione

13d effettuare correttamente il cambio di una soluzione (preparazione del bambino e del materiale, manipolazione del materiale rispettando le norme di asepsi, collegamento del nuovo flacone, controllo e verifica, riordino e pulizia)

13e eseguire correttamente la medicazione del punto di inserzione dell'agocannula

13f trascrivere tutte le informazioni relative alla perfusione sulla cartella o altro carteggio di reparto

#### 14. *Gestire una NPT:*

14a conoscere le indicazioni ed i rischi connessi a questa metodica

14b preparare una soluzione infusionale

14c calcolare, impostare e controllare la velocità di infusione

14d effettuare il cambio di una soluzione (preparazione del bambino e del materiale rispettando le norme di asepsi, stacco del vecchio circuito, collegamento di quello nuovo, controllo e verifica, riordino e pulizia di quanto preparato)

14e eseguire correttamente la medicazione del punto di inserzione del catetere (preparazione, esecuzione, verifica e riordino)

14f educare il bambino e/o la famiglia alla gestione domiciliare della NPT

14g conoscere ed utilizzare la modulistica per le ordinazioni delle soluzioni infusionali in farmacia, rispettando le procedure previste

14h trascrivere in cartella tutti i dati riguardanti la gestione della NPT.

#### 15. *Utilizzare le pompe di infusione:*

(conoscere le caratteristiche, le indicazioni ed i principi di funzionamento delle pompe in uso in reparto, controllare il funzionamento dell'apparecchio, conoscere le norme di sicurezza, conoscere ed applicare le procedure di manutenzione e pulizia degli apparecchi)

Trascrivere in cartella o su altro carteggio di reparto tutti i dati utili in rapporto all'alimentazione.

## ASSICURARE LA RESPIRAZIONE

L'allieva alla fine del tirocinio in questo servizio sarà in grado di:

### 1. *Raccogliere e interpretare dati:*

- 1a. attraverso l'osservazione clinica
- 1b. avvalendosi di strumenti quali: elettrodo CPO<sub>2</sub>, CPCO<sub>2</sub>, saturimetro
- 1c. emogasanalisi

### 2. *Di fronte ad un problema respiratorio*

- pianificare gli interventi seguendo una priorità

### 3. *Eseguire:*

- 3a. controllo e modifica della temperatura dell'aria
- 3b. controllo e modifica umidificazione
- 3c. controllo e modifica della concentrazione di O<sub>2</sub>
- 3d. pulizia delle narici e del cavo orale (asportazione eventuali corpi estranei)
- 3e. posizionare il bambino in modo da favorire la respirazione
- 3f. aspirazione delle vie aeree superiori
- 3g. aspirazione delle vie aeree inferiori
- 3h. esercizi posturali per favorire il drenaggio delle secrezioni

### 4. *Eseguire ossigeno terapia:*

- 4a. conoscere le indicazioni delle diverse tecniche di somministrazione di O<sub>2</sub>
- 4b. conoscere i criteri di valutazione dell'efficacia della somministrazione di O<sub>2</sub>
- 4c. conoscere i rischi legati all'uso di O<sub>2</sub>, nei confronti del paziente e dell'ambiente

### 5. *Somministrare O<sub>2</sub> attraverso:*

- 5a. incubatore
- 5b. mascherina
- 5c. N.C
- 5d. campana
- 5e. sondino naso-faringeo

### 6. *Di fronte ad un'apnea:*

- 6a. riconoscerla e valutarne la durata
- 6b. descrivere il colorito e l'aspetto generale del bambino durante la crisi di apnea
- 6c. stimolare il bambino
- 6d. inserire il tubo di Mayo (conoscere i parametri di misura, la tecnica di posizionamento e di mantenimento in sede, valutare l'efficacia)
- 6e. valutare lo stato di vigilanza e di coscienza
- 6f. ventilare manualmente, usando il materiale adeguato

### 7. *In caso di intubazione:*

- 7a. preparare il materiale e verificare il funzionamento
- 7b. assistere il bambino durante l'intubazione, collaborando con gli altri operatori

### 8. *Gestire la tracheostomia:*

(controllare la medicazione, sostituire la medicazione, attuare interventi di pulizia della cannula)

### 9. *Educare il bambino e/o la famiglia alla gestione domiciliare della tracheostomia*

### 10. *Assistere il bambino portatore di tubo endotracheale:*

- 10a. controllare il fissaggio e il posizionamento
- 10b. aspirare le vie aeree inferiori
- 10c. attuare interventi di pulizia del cavo orale (se intubati per os.) o delle narici

### 11. *Gestire il ventilatore:*

- 11a. conoscere le caratteristiche e il principio di funzionamento degli apparecchi di ventilazione più in uso in reparto
- 11b. preparare correttamente il circuito
- 11c. controllare il funzionamento dell'apparecchio
- 11d. verificare la corrispondenza tra i parametri prescritti e quelli realmente erogati

- 11e. conoscere ed applicare le procedure di manutenzione degli apparecchi di ventilazione.

### 12. *Usare l'aspiratore:*

- 12a. conoscere le caratteristiche e il principio di funzionamento degli apparecchi di aspirazione
- 12b. preparare e controllare il funzionamento dell'apparecchio
- 12c. predisporre il sondino di calibro adeguato al tipo di aspirazione e al bambino
- 12d. conoscere ed applicare le procedure di manutenzione e di pulizia

### 13. *Assistere un bambino portatore di drenaggio pleurico/toracico:*

(manipolare sterilmente i raccordi, controllare l'aspirazione, sostituire i circuiti ed i vasi di raccolta, trascrivere il volume dei liquidi drenati, riordinare, segnalare eventuali blocchi nel circuito)

### 14. *Utilizzare monitor per il rilievo della F.R.*

- 14a. conoscere le caratteristiche, le indicazioni ed i principi di funzionamento degli apparecchi in uso
- 14b. controllare il funzionamento dell'apparecchio
- 14c. conoscere le norme di sicurezza
- 14d. conoscere ed applicare le procedure di manutenzione degli apparecchi

### 15. *Utilizzare monitor per il rilievo della CPO<sub>2</sub> e della CPCO<sub>2</sub>*

- 15a. conoscere le caratteristiche, le indicazioni ed i principi di funzionamento degli apparecchi in uso
- 15b. controllare il funzionamento dell'apparecchio
- 15c. conoscere le norme di sicurezza
- 15d. conoscere ed applicare le procedure di manutenzione degli apparecchi

**Trascrivere tutti i dati relativi alla respirazione sulla cartella clinica o altro carteggio di reparto**

## ASSICURARE LA TERMOREGOLAZIONE

L'allieva alla fine del tirocinio in questo servizio sarà in grado di:

1. **Conoscere i valori normali e le diverse tecniche di rilevazione della temperatura corporea**
2. **Conoscere i rischi legati all'ipotermia e all'ipertermia**
3. **Mettere in atto tutte quelle precauzioni atte a evitare l'ipotermia e l'ipertermia**
4. **Intervenire di fronte alle variazioni indesiderate della temperatura corporea del neonato**
5. **Educare la famiglia a norme di comportamento atte ad evitare raffreddamenti o riscaldamento eccessivi del neonato**

Trascrivere tutti i dati relativi alla T.C. sulla cartella clinica o su altra modulistica in uso in reparto

## ASSICURARE L'IGIENE E IL COMFORT

L'allieva alla fine del tirocinio in questo servizio sarà in grado di:

1. **Identificare il bisogno di pulizia del bambino**
2. **Eseguire la pulizia del corpo di neonato nelle diverse situazioni**
3. **Spiegare e mostrare ai familiari del bambino come si esegue la pulizia del neonato**
4. **Rilevare e segnalare le zone di «sofferenza cutanea»**
5. **Eseguire la pulizia del corpo o di parti di esso in preparazione ad interventi particolari (per esempio chirurgici):**
  - 5a. impacchi disinfettanti
  - 5b. tricotomia
6. **Eseguire frizionamenti**
7. **Eseguire posizionamenti e mobilizzazioni**
8. **Stabilire l'abbigliamento adeguato in rapporto alle condizioni del bambino**
9. **Assistere il bambino e/o la famiglia nel mantenimento della loro privacy in ambiente ospedaliero**
10. **Consigliare i genitori sul tipo di abbigliamento da usare alla dimissione**

Individuare e trasmettere eventuali alterazioni o segni di sofferenza che compromettono l'igiene e il comfort del bambino

## ASSICURARE IL SONNO E IL RIPOSO

L'allieva alla fine del tirocinio in questo servizio sarà in grado di:

1. **Conoscere i ritmi sonno-veglia fisiologici nel neonato**
2. **Informarsi sui ritmi sonno-veglia del bambino**
3. **Conoscere gli stadi di vigilanza e valutarli**
4. **Conoscere gli stadi di coscienza e valutarli**
5. **Evitare di disturbare il sonno del bambino**
6. **Facilitare il sonno**
7. **Assicurare un letto adeguato alle condizioni e alle necessità**
8. **Rassicurare la mamma e/o il bambino sui problemi che turbano il sonno**

Trasferire eventuali informazioni sul sonno dei bambini ricoverati

## ASSICURARE L'ELIMINAZIONE URINARIA ED INTESTINALE

L'allieva alla fine del tirocinio in questo servizio sarà in grado di:

1. **Conoscere le caratteristiche normali e patologiche delle feci e delle urine**
2. **Conoscere la quantità normale di feci e urine e i tempi relativi di emissione**
3. **Valutare l'aspetto e la frequenza delle scariche e delle minzioni**
4. **Fornire e registrare le informazioni utili rispetto all'eliminazione urinaria ed intestinale**
5. **Predisporre ed avviare una raccolta urine**
6. **Eseguire e mantenere un cateterismo vescicale:** (indicazioni, precauzioni, preparazione del bambino, preparazione dell'occorrente, osservazione e controllo del bambino, e riordino)
7. **Eseguire spremiture vescicali**
8. **Assistere il bambino portatore di stomia intestinale:** (controllo della stomia e della cute, preparazione del materiale, preparazione del bambino, pulizia

della cute e della stomia, cambio del sacchetto di raccolta, rilevazione e annotazione della quantità e della qualità del contenuto)

9. **Educare il bambino e la famiglia alla gestione domiciliare del bambino portatore di stomia intestinale.**
10. **Eseguire clisma evacuativo**

11. **Posizionare sonda rettale**
12. **Raccogliere campioni di feci e urine**
13. **Fornire, posizionare e mantenere i presidi e il materiale per garantire una corretta eliminazione**
14. **Assistere un bambino con vomito:** (informare la famiglia sull'eventualità del vomito se

prevedibile, posizionare il bambino per prevenire l'eventuale ingestione del materiale e aiutarlo durante il vomito, predisporre il materiale per garantire la pulizia, conoscere le modalità e le caratteristiche dei vomiti, segnalare e trascrivere le caratteristiche dei vomiti)

Trascrivere in cartella o su altro carteggio di reparto i dati relativi all'eliminazione urinaria e intestinale

## ASSICURARE LA FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA

L'allieva alla fine del tirocinio in questo servizio sarà in grado di:

### 1. **Raccogliere ed Interpretare dati:**

- 1a. attraverso l'osservazione clinica (colorito, edemi, F.C, tono cardiaco, tempo di circolo.....)
- 1b. mediante rilevazione strumentale con: fonendoscopio, cardiomonitor, apparecchi per la misurazione della pressione arteriosa, elettrocardiografo, saturimetro, manometro ad acqua per PVC
- 1c. valutazione dell'emogasanalisi

### 2. **Di fronte ad un problema cardiocircolatorio, pianificare gli interventi seguendo una giusta priorità**

### 3. **Eseguire:**

- 3a. interventi atti a mantenere l'equilibrio termico
- 3b. posture che favoriscono l'ossigenazione e la circolazione
- 3c. stimolazioni vagali (in caso di tachicardia parossistica, spasmi

arteriosi, ecc.)

- 3d. posture che evitano fenomeni di stasi
- 3e. manovre emostatiche
- 3f. bilancio idrico (controllo del peso, calcolo delle perdite e dei liquidi introdotti, trascrizione dei dati)
- 3g. monitoraggio dei liquidi perfusionali

### 4. **Di fronte ad un neonato con bradicardia**

- 4a. descrivere l'aspetto clinico (colorito, respiro, presenza di vomiti o rigurgiti, tono)
- 4b. valutare la ripresa
- 4c. predisporre un monitoraggio cardiaco ed eventuale registrazione
- 4d. informare e trascrivere sulla modulistica di reparto
- 4e. segnalare la presenza e la frequenza degli episodi

### 5. **In caso di arresto cardiaco :**

- 5a. garantire la ventilazione tenendo conto dell'età e delle condizioni del bambino

- 5b. eseguire massaggio cardiaco esterno

- 5c. reperire una vena periferica
- 5d. collaborare con gli altri operatori durante le manovre di rianimazione

### 6. **Utilizzare cardiomonitor:**

- 6a. conoscere le caratteristiche, le indicazioni ed i principi di funzionamento degli apparecchi in uso
- 6b. controllare il funzionamento dell'apparecchio
- 6c. conoscere le norme di sicurezza
- 6d. conoscere ed applicare le procedure di manutenzione degli apparecchi

7. **Utilizzare gli apparecchi per la misurazione della pressione arteriosa:** (conoscere le caratteristiche, le indicazioni ed i principi di funzionamento degli apparecchi in uso i reparto, controllare il funzionamento dell'apparecchio, conoscere ed applicare le procedure di manutenzione degli apparecchi)

Trascrivere tutti i dati relativi alla funzione cardiocircolatoria sulla cartella clinica e su altro carteggio di reparto

## GARANTIRE UN AMBIENTE SICURO E TERAPEUTICO

L'allieva alla fine del tirocinio in questo servizio sarà in grado di:

1. **Verificare lo stato di pulizia degli ambienti (suppellettili, materiale d'uso...)**
2. **Predisporre e/o attuare interventi atti a garantire la pulizia degli ambienti delle suppellettili ecc...**

3. **Attuare tutte le misure atte a prevenire la trasmissione delle infezioni con particolare riguardo all'isolamento:** (lavarsi le mani in modo corretto e al momento opportuno, usare camici aggiuntivi e materiale monouso se indicato, manipolare il materiale «pulito» e «spor-

co» in modo da evitare contaminazioni...)

4. **Conoscere le procedure per l'invio del materiale alla centrale di sterilizzazione**
5. **Pulire, disinfettare e preparare per la sterilizzazione il materiale secondo il procedimento indicato**

6. **Riconoscere la necessità e organizzare la disinfezione degli ambienti**

7. **Conoscere i meccanismi che regolano la ventilazione e l'illuminazione delle stanze di degenza e modificarli a seconda delle esigenze**

8. **Utilizzare correttamente l'incubatore:** (conoscere le caratteristiche ed i principi di funzionamento degli incubatori in uso in reparto, preparare correttamente l'incubatore prima dell'uso -verificandone la pulizia, regolando la temperatura, l'umidificazione ecc.-, controllare il funzionamento -ventilazione, umidità, riscaldamento....-, conoscere ed applicare le procedure di manutenzione e di pulizia dell'incubatore)

9. **Identificare le fonti di rischio per sé, per il paziente e per gli altri operatori:**

– RISCHI ELETTRICI:  
(manutenzione ed uso corretto degli strumenti, corretto utilizzo dell'impianto elettrico, segnalazione degli eventuali guasti...)

– RISCHI DA RADIAZIONI  
(utilizzo di sussidi di protezione, allontanamento dei non addetti..)

– RISCHI DA SOSTANZE TOSSICHE  
(manipolazione e conservazione adeguata di sostanze caustiche e tossiche)

– RISCHI DA AGENTI TERMICI  
(allontanamento e protezione delle fonti di calore)

– RISCHIO DI CADUTE ACCIDENTALI DEL PAZIENTE:  
(scelta di letti appropriati per l'età, uso delle spondine ecc..)

DEGLI ALTRI OPERATORI:  
(evitare di bagnare i pavimenti, di lasciare cavi liberi, ecc...)

– RISCHI DI ESPLOSIONI  
(controllo del materiale elettrico e delle fonti di erogazione dell'O<sub>2</sub>)

– FONTI DI RUMORE:  
(uso di calzature adeguate, controllo del tono di voce, controllo del tono degli apparecchi ecc...)

10. **Modificare l'ambiente a seconda delle situazioni per il paziente e la famiglia:** (ordine della stanza, presenza di persone care, giocattoli personali, arredi personalizzati, privacy, materassi e cuscini di materiale anallergico.....)

11. **Favorire l'adattamento all'ospedalizzazione** (disponibilità e professionalità)

## ASSICURARE L'ATTIVITÀ LUDICA (1)

L'allieva alla fine del tirocinio in questo servizio sarà in grado di:

1. **Conoscere le possibilità di utilizzo di diversi giocattoli in**

**relazione alle condizioni e alle necessità del bambino**

2. **Fornire al bambino stimoli sensoriali idonei**

(1) Nel reparto sono ricoverati bambini anche di un paio di mesi o più.

Trasmettere informazioni relative al gradimento e alla preferenza del bambino nei confronti degli stimoli forniti

## ESEGUIRE LE PROCEDURE DIAGNOSTICHE

L'allieva alla fine del tirocinio in questo servizio sarà in grado di:

1. **Conoscere le indicazioni ed interpretare i valori dei seguenti esami ematici:**

– glicemia, calcemia, emocromo, emogas, sodiemia, potassiemia, cloremia, PCR, VES, azotemia, creatininemia, fosforemia, fosfatasi alcalina

2. **Eseguire prelievo capillare e venoso:** (controllo della prescrizione, preparazione del materiale necessario, compilazione delle richieste, eseguire il prelievo -adozione di precauzioni atte a diminuire il rischio di eventuali contagi, posizione corretta del bambino, zona corretta del prelievo, prelievo della quantità necessaria, medicazione, riordino del materiale, informazioni sul risultato, in-

terpretazione e trasferimento dell'informazione)

3. **Eseguire prelievo da catetere venoso:** (controllo della prescrizione, preparazione del materiale necessario, compilazione delle richieste, eseguire il prelievo -adozione di precauzioni atte a diminuire il rischio di contaminazioni del catetere, posizione corretta del bambino, zona corretta del prelievo, prelievo delle quantità necessaria, medicazione, riordino del materiale, informazioni sul risultato, interpretazione e trasferimento dell'informazione)

4. **Eseguire stix su sangue, feci, urine, vomiti:** (preparazione del materiale, manipolazione del materiale adottando le precauzioni necessarie, rispetto dei tempi di reazione, interpretazione e trascrizione in cartella)

5. **Leggere i valori di:**

– peso specifico urinario, bilirubinemia, ematocrito, proteinemia utilizzando correttamente le apparecchiature del laboratorio di reparto.

6. **Eseguire raccolta campione per esame urine:** (preparazione del materiale, compilazione delle richieste, esecuzione evitando contaminazioni, modalità di conservazione corretta del campione, trascrizione in cartella, invio del campione interpretazione del risultato)

7. **Eseguire esami colturali: tamponi vari, emocoltura, urinocoltura, aspirato tracheale, aspirato gastrico, terminali di cateteri, liquidi sinoviali:** (preparazione del materiale, compilazione delle richieste, esecuzione evitando conta-

minazioni, modalità di conservazione corretta del campione, trascrizione in cartella, invio del campione interpretazione del risultato)

8. **Assistere il bambino sottoposto ad esami radiologici:** (conoscere le indicazioni dell'esame, informarsi su eventuali procedure da seguire ( ev. digiuno, clismi, ecc...), preparare

correttamente il bambino, informare la famiglia se richiesto, trascrivere in cartella, indossare il camice di protezione durante l'esecuzione)

9. **Assistere il bambino sottoposto a puntura lombare:** (conoscere le indicazioni all'esame, informarsi su eventuali procedure da seguire (ev.digiuno, ecc...) preparare correttamente

il bambino, informare la famiglia, trascrivere in cartella le informazioni)

10. **Educare il bambino e/o la famiglia ad eseguire esami semplici a domicilio quali: stix su feci ed urine**  
11. **Raccogliere campioni di escreti e di secreti.**

Trascrivere tutti i dati relativi alle procedure diagnostiche sulla cartella clinica e sul carteggio di reparto

### ESEGUIRE LE PROCEDURE TERAPEUTICHE

L'allieva alla fine del tirocinio in questo servizio sarà in grado di:

1. **Somministrare terapia:**

- 1b. orale
- 1c. intramuscolare/sottocutanea
- 1d. endovenosa
- 1e. topica
- 1f. transmurale
- 1g. aerosol
- 1h. enteroclitico
- 1i. endogastrica
- 1l. endocavitaria (drenaggi)

(verificare la prescrizione, rispettare l'orario e la quantità prescritta, eseguire correttamente, trascrivere, rispettare le modalità di conservazione, controllare gli effetti)

2. **Eseguire medicazioni:** (preparazione del materiale, manipolazioni asettiche, riordino del

materiale rispettando le modalità di smaltimento dei rifiuti)

3. **Eseguire manovre emostatiche con prescrizioni di farmaci e non**

4. **Assistere il bambino in fototerapia:** (conoscere le indicazioni, valutare la necessità di ricorso a questa procedura, predisporre il materiale occorrente, preparare il bambino, informare la famiglia, controllare il bambino durante la fototerapia)

5. **Assistere il bambino durante il reperimento chirurgico di un vaso:** (preparazione del materiale, preparazione del campo sterile, preparazione del bambino, preparazione della perfusione e della pompa di infusione, controllo del bambino durante l'esecuzione dell'intervento, controllo della velocità

dell'infusione, sistemazione del bambino, riordino del materiale a fine intervento)

6. **Assistere il bambino sottoposto ad exanguino trasfusione, trasfusione di sangue o di emoderivati:** (conoscere le indicazioni, predisporre il materiale, preparare il bambino, informare la famiglia, conoscere ed applicare tutte le procedure previste -esami, terapia... -, controllare il bambino, riordinare il materiale)

7. **Assistere il bambino con drenaggi esterni:** (manipolare sterilmente i raccordi, controllare l'aspirazione, sostituire i circuiti ed i vasi di raccolta trascrivere il volume dei liquidi drenati, il bilancio entrata - uscita dei liquidi usati nei lavaggi continui, riordinare, segnalare eventuali blocchi nel circuito)

Trascrivere sulla cartella clinica o su altro carteggio di reparto tutte le informazioni relative alle procedure terapeutiche

# LIBRETTO PER LA VALUTAZIONE CERTIFICATIVA DEL TIROCINIO

(PRIMA PARTE) (1)

REPARTO: .....

NOME DELL'ALLIEVA: .....

PERIODO DI TIROCINIO: .....

ORE COMPLESSIVE DI TIROCINIO: .....

GIUDIZIO DELLA RESPONSABILE: .....

COMPLESSIVAMENTE IL GIUDIZIO È: .....

.....

(1) In questa prima parte alla voce «Giudizio della responsabile» viene riportato un giudizio sintetico, che però tiene conto dei diversi aspetti.

La voce «complessivamente il giudizio è», in questa prima fase di sperimentazione del libretto viene compilata con l'infermiere responsabile del corso; questo per omogeneizzare e tarare il giudizio tra tutte le responsabili.

(SECONDA PARTE) (\*)

L'allieva ha dimostrato capacità di integrazione con il gruppo di lavoro

sì  no  non sempre

- Riconosce i diversi operatori ed è in grado di definirne le funzioni
- Partecipa alle riunioni dell'équipe

- Complessivamente ha instaurato un buon rapporto con gli operatori del servizio
- Ha chiesto informazioni e spiegazioni su ciò che non conosceva
- Quando ha seguito la visita ha fornito informazioni utili
- È in grado di cogliere le informazioni utili per la sua attività

- Sa riportare le informazioni e i dati raccolti sul carteggio di reparto
- È in grado di riassumere quanto si è verificato durante il suo servizio, cogliere gli aspetti salienti e riportarli nella consegna
- Ha instaurato con le altre allieve un rapporto di rispetto, solidarietà e collaborazione

OSSERVAZIONI

---

---

L'allieva ha dimostrato di aver sviluppato capacità di autovalutazione

sì  no  in parte

- Opera nei limiti delle proprie competenze
- Chiede informazioni e spiegazioni quando non è in grado di

intervenire autonomamente

- Modifica i comportamenti scorretti in base ai suggerimenti e alle indicazioni fornitele
- Ha autovalutato costantemente il suo livello di apprendimento
- Di fronte a degli errori ha avvertito tempestivamente non si sono verificati ( )

- Sa identificare le situazioni in cui necessita l'intervento di un infermiera e/o di un medico
- Indirizza ad altri i familiari quando non è in grado o non può dare le informazioni richiestele

OSSERVAZIONI

---

---

L'allieva si presenta in modo ordinato:

sì  no  non sempre

- Porta la divisa correttamente
- Arriva puntuale in servizio
- Giustifica eventuali ritardi e avverte quando si assenta

OSSERVAZIONI

---

---

(\*) La responsabile utilizzerà la voce «osservazioni» durante tutto il periodo in cui si svolge il tirocinio per segnalare episodi di nota (sia positivi che negativi) che vengono poi discussi con l'allieva e con il personale della Scuola.

**L'allieva ha dimostrato interesse e coinvolgimento nei confronti delle attività di reparto**

sì  no  non sempre

- È in grado di riconoscere i bambini ricoverati

- Conosce i motivi per cui sono ricoverati
- Conosce la loro storia patologica
- Sa definire i problemi attuali
- È riuscita a raccogliere dati rispetto alle patologie presenti in reparto nel periodo del suo tirocinio

OSSERVAZIONI

---

---

**L'allieva dimostra di aver sviluppato una buona interazione con il bambino e la famiglia**

sì  no  non sempre

- Disturba il bambino solo in caso di documentata necessità
- Rispetta i suoi ritmi
- Interpreta e risponde agli atteggiamenti di disagio del bambino e/o la famiglia
- Informa il bambino e/o la famiglia sulle abitudini del reparto

- È attenta a tutti i fattori che possono disturbare il bambino (parla a voce bassa, non sbatte porte, spondine, ecc...)
  - Si presenta e si qualifica prima di dare informazioni
  - Non fornisce informazioni scorrette o che non è in grado di dare
  - Usa un linguaggio adeguato
  - Adotta atteggiamenti che favoriscono la comunicazione
- (non interrompe, parla lentamente, guarda in viso....)

- Risponde adeguatamente alle domande
- Verifica la comprensione dei messaggi
- Valuta le risorse della famiglia e la sollecita a collaborare, fornendo spiegazioni e, se necessario esempi pratici
- Fornisce sempre spiegazioni prima di accingersi a svolgere interventi sul bambino

OSSERVAZIONI

---

---

**Lavora con**

- concentrazione
- sì  no  non sempre

- accuratezza e precisione (metodo)

sì  no  non sempre

- minima dispersione di energia e materiali

sì  no  non sempre

- rispetto dei tempi

sì  no  non sempre

- atteggiamenti rassicuranti nei confronti del bambino e della famiglia

sì  no  non sempre

OSSERVAZIONI

---

---

## GRIGLIA DI VALUTAZIONE DEL PIANO DI ASSISTENZA

(TERZA PARTE) (\*)

### L'allieva È in grado di:

1. *Raccogliere dati attraverso:*

l'osservazione

sì  no  solo se guidata

il colloquio

sì  no  solo se guidata

o scambio di informazioni con gli altri operatori

sì  no  solo se guidata

la cartella clinica

sì  no  solo se guidata

2. *È in grado di utilizzare i dati raccolti per definire il bisogno assistenziale*

sì  no  solo se guidata

3. *Una volta definito il problema è in grado di definire gli obiettivi*

sì  no  solo se guidata

4. *È in grado di pianificare gli interventi secondo una scala di priorità*

sì  no  solo se guidata

5. *È in grado di attuare autonomamente gli interventi (per questa voce si utilizza la quarta parte)*

sì  no  solo se guidata

6. *È in grado di fissare dei criteri di valutazione del raggiungimento degli obiettivi*

sì  no  solo se guidata

### OSSERVAZIONI

(\*) Nell'ultimo periodo di tirocinio vengono richiesti all'allieva dei piani di assistenza, che verranno valutati appunto in questa parte del libretto.

(QUARTA PARTE) (\*)

**ASSICURARE L'ALIMENTAZIONE E IDRATAZIONE**

OSSERVAZIONI:

SA FARE .....

NON SA FARE .....

NON HA POTUTO ESEGUIRE .....

CONOSCE .....

NON CONOSCE .....

**ASSICURARE LA RESPIRAZIONE**

OSSERVAZIONI:

SA FARE .....

NON SA FARE .....

NON HA POTUTO ESEGUIRE .....

CONOSCE .....

NON CONOSCE .....

(\*) Per quanto riguarda i diversi interventi, facendo riferimento al libretto «Criteri di valutazione», la responsabile compila per ogni diversa prestazione le diverse voci:

Alla voce **SA FARE** andranno messi numeri corrispondenti agli interventi riportati nel libretto degli obiettivi che l'allieva è in grado di eseguire rispettando tutti i criteri;

al contrario quelli che l'allieva non è in grado di eseguire o nella cui esecuzione traslascia alcuni criteri andranno riportati alla voce **NON SA FARE**.

Questa stessa logica va seguita anche per gli obiettivi conoscitivi (ove presenti).

Alla voce **osservazioni** vanno riportati eventuali episodi degni di nota verificatisi durante lo svolgimento del tirocinio.

Inoltre le responsabili segnalano quali interventi l'allieva non ha potuto apprendere, per dare la possibilità alla Scuola di predisporre i successivi tirocini o simulazioni ed esercitazioni in aula, con le quali l'allieva potrà colmare le lacune.

**ASSICURARE LA TERMOREGOLAZIONE**

OSSERVAZIONI:

SA FARE .....

.....

NON SA FARE .....

.....

NON HA POTUTO ESEGUIRE .....

.....

CONOSCE .....

.....

NON CONOSCE .....

.....

**ASSICURARE L'IGIENE E COMFORT**

OSSERVAZIONI:

SA FARE .....

.....

NON SA FARE .....

.....

NON HA POTUTO ESEGUIRE .....

.....

CONOSCE .....

.....

NON CONOSCE .....

.....

**ASSICURARE IL SONNO E IL RIPOSO**

OSSERVAZIONI:

SA FARE .....

.....

NON SA FARE .....

.....

NON HA POTUTO ESEGUIRE .....

.....

CONOSCE .....

.....

NON CONOSCE .....

.....

**ASSICURARE LE PROCEDURE TERAPEUTICHE**

OSSERVAZIONI:

SA FARE .....

.....

NON SA FARE .....

.....

NON HA POTUTO ESEGUIRE .....

.....

CONOSCE .....

.....

NON CONOSCE .....

.....

---

**ASSICURARE L'ELIMINAZIONE URINARIA ED INTESTINALE**

OSSERVAZIONI:

SA FARE .....

.....

NON SA FARE .....

.....

NON HA POTUTO ESEGUIRE .....

.....

CONOSCE .....

.....

NON CONOSCE .....

.....

---

**ASSICURARE LE PROCEDURE DIAGNOSTICHE**

OSSERVAZIONI:

SA FARE .....

.....

NON SA FARE .....

.....

NON HA POTUTO ESEGUIRE .....

.....

CONOSCE .....

.....

NON CONOSCE .....

.....

---

**ASSICURARE LA FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA**

OSSERVAZIONI:

SA FARE .....

.....

NON SA FARE .....

.....

NON HA POTUTO ESEGUIRE .....

.....

CONOSCE .....

.....

NON CONOSCE .....

.....

---

**ASSICURARE UN AMBIENTE SICURO E TERAPEUTICO**

OSSERVAZIONI:

SA FARE .....

.....

NON SA FARE .....

.....

NON HA POTUTO ESEGUIRE .....

.....

CONOSCE .....

.....

NON CONOSCE .....

.....

---

**ASSICURARE L'ATTIVITÀ LUDICA**

OSSERVAZIONI:

SA FARE .....

.....

NON SA FARE .....

.....

NON HA POTUTO ESEGUIRE .....

.....

CONOSCE .....

.....

NON CONOSCE .....

.....

# QUESTIONARIO ANONIMO DI VALUTAZIONE DEL TIROCINIO

## QUESTIONARIO SERVIZIO:

### 1. ACQUISIZIONI

(barrare con una crocetta la/e casella/e interessata/e)

#### L'ESPERIENZA DI TIROCINIO:

- mi ha permesso di acquisire nuove conoscenze
- mi ha permesso di rafforzare le mie conoscenze
- non ha modificato in alcun modo le mie conoscenze
- mi ha permesso di acquisire nuove abilità
- mi ha permesso di rafforzare le abilità che già possedevo
- non ha modificato le mie abilità
- mi ha permesso di migliorare i miei atteggiamenti nei confronti del bambino
- mi ha permesso di migliorare i miei atteggiamenti nei confronti della famiglia
- mi ha permesso di migliorare i miei atteggiamenti nei confronti degli altri operatori

### 2. DURATA

2a. rispetto all'acquisizione e/o rafforzamento delle conoscenze la durata del tirocinio è stata:

- insufficiente
- sufficiente
- buona

2b. rispetto all'acquisizione e/o rafforzamento delle abilità la durata del tirocinio è stata:

- insufficiente
- sufficiente
- buona

2c. per mettere in atto atteggiamenti, dal mio punto di vista, adeguati nei confronti dei bambini la durata del tirocinio è stata:

- insufficiente
- sufficiente
- buona

2d. per mettere in atto atteggiamenti, dal mio punto di vista,

adeguati nei confronti della famiglia la durata del tirocinio è stata:

- insufficiente
- sufficiente
- buona

2e. per mettere in atto atteggiamenti, dal mio punto di vista, adeguati nei confronti degli altri operatori la durata del tirocinio è stata:

- insufficiente
- sufficiente
- buona

2f. quanto tempo mi è stato necessario per orientarmi nel nuovo servizio, e quindi, dopo quanto tempo è cominciato l'apprendimento

### 3. LA RESPONSABILE DEL TIROCINIO MI HA SEGUITO IN MODO:

- insufficiente
- sufficiente
- buona

Se la risposta è stata «insufficiente», secondo me questo si è verificato:

(barrare una o più crocette)

- perché era poco presente (turni, ferie, ecc.)
- perché presa da altri impegni
- perché non è riuscita ad instaurare con me un buon rapporto educativo
- altro (specificare)

### 4. GLI ALTRI OPERATORI DEL SERVIZIO COMPLESSIVAMENTE:

4a. hanno dimostrato totale disinteresse nei confronti del mio apprendimento

4b. hanno delegato tutta la mia formazione alla responsabile del tirocinio

4c. mi hanno seguito fornendomi spiegazioni, chiarimenti

4d. eventuali altre osservazioni:

### 5. ESPRIMI IN VALORE PERCENTUALE

(dato = a 100% la durata di tutto il tirocinio) COME È STATO UTILIZZATO IL TEMPO DURANTE IL TIROCINIO PER LE DIVERSE ATTIVITÀ:

|  |   |
|--|---|
| spiegazioni, simulazioni, ecc  | % |
| assistenza diretta   | % |
| attività di supporto (invio esami, preparazione materiale, riordino del reparto, ecc...) | % |
| altro (specificare)  | % |
| tempo non utilizzato   | % |

### 6. ESPRIMI SINTETICAMENTE GLI ASPETTI DEL TIROCINIO CHE TI HANNO:

favorevolmente colpito

sfavorevolmente colpito

eventuali osservazioni e suggerimenti

## CONCLUSIONI

È stato presentato un lavoro che rappresenta un tentativo di miglioramento dell'esperienza del tirocinio per le allieve che frequentano la nostra Scuola, avremmo piacere che questo possa costituire anche un «pretesto» per conoscere esperienze fatte in altre Scuole. Invitiamo tutti coloro che vorranno contribuire fornendoci suggerimenti, osservazioni o comunicandoci esperienze analoghe a mettersi in contatto con noi alla Scuola.

### **Scuola V.I.**

c/o Istituto per l'Infanzia  
Via dell'Istria 65/1  
34137 TRIESTE  
tel. 040/7787206

Ringraziamo le colleghe di Trento che ci hanno fornito i libretti di tirocinio in uso nella loro Scuola.



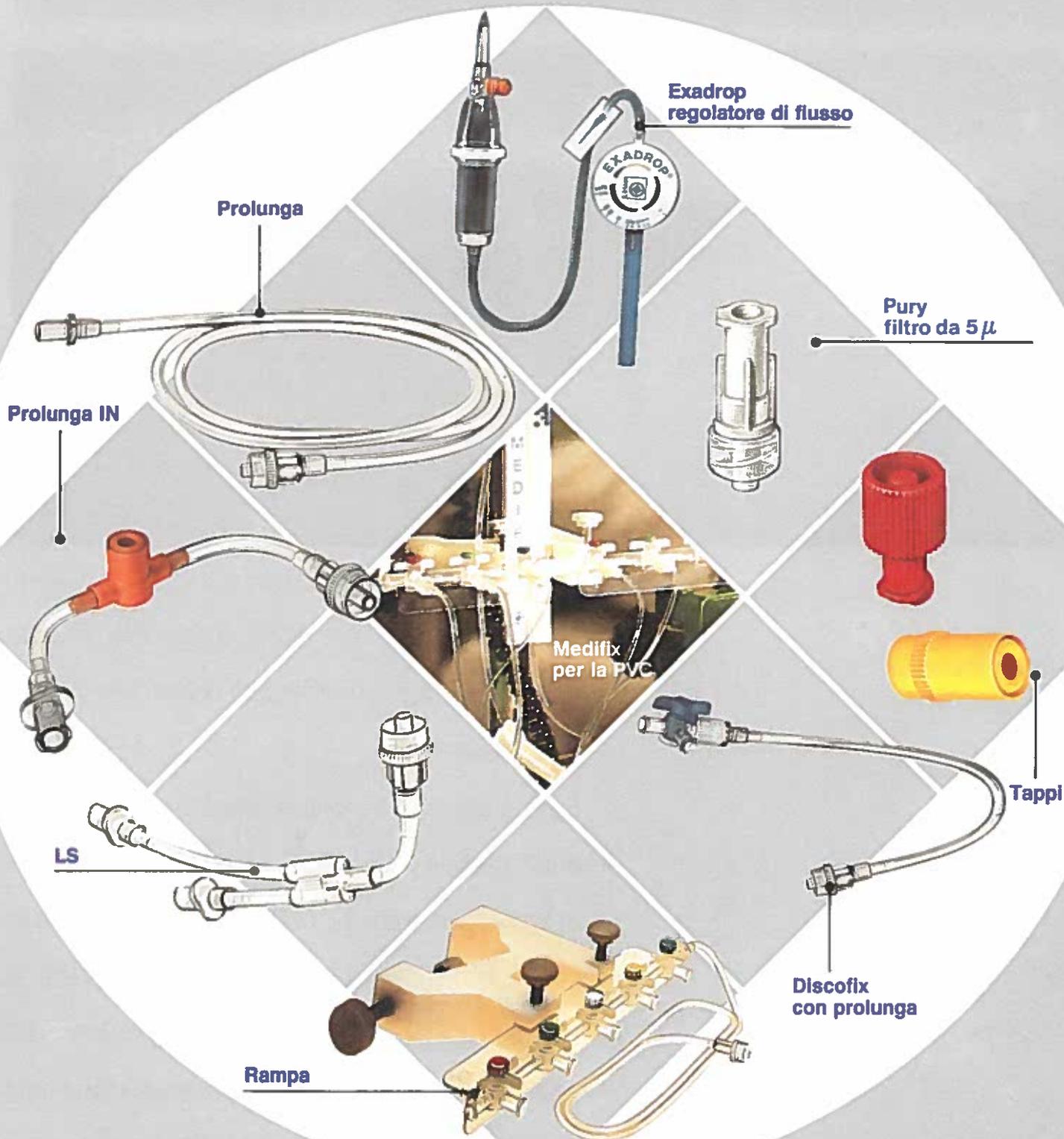
Conosciamo bene le situazioni impreviste e delicate che ogni giorno caposala e tecnici d'anestesia affrontano, dove la qualità e la tempestività dell'intervento sono di vitale importanza.

È per questo che da anni, attraverso rappresentanze di fama mondiale quali VIGGO e MALLINCKRODT, siamo al Vostro fianco con prodotti di provata qualità e affidabilità e, con impegno, serietà e presenza capillare, Vi garantiamo ogni giorno un servizio rapido ed efficiente.

Questa è la MOVI: un sicuro punto di riferimento per caposala e tecnici d'anestesia. Anche per Lei.



# Gli accessori



- complessità tecnologica ad elevata variabilità
- necessità di interventi d'urgenza, risposta tempestiva a problemi insorgenti, rapida presa di decisioni
- elevato turn-over di personale
- fenomeno di burn-out
- inadeguatezza della sola formazione di base per una efficace assistenza infermieristica specifica
- mancanza di corsi di specializzazione mirati

### 3 - LA RILEVAZIONE DEL FABBISOGNO CONOSCITIVO.

La rilevazione del fabbisogno conoscitivo deve essere pianificata tenendo conto dei problemi esposti precedentemente, ed in particolare deve utilizzare parametri funzionali alla risoluzione di situazioni problematiche specifiche, emerse nell'ambito dell'unità operativa.

#### 3.1- Parametri di rilevazione del bisogno.

Devono tener conto:

- della formazione di base degli infermieri operanti nel servizio
- dell'anzianità di servizio (nel settore ed eventualmente in altri)
- delle competenze specifiche
- dei problemi evidenziati nell'erogazione delle prestazioni
- dell'introduzione di nuove tecnologie
- dell'introduzione di nuove mo-

dalità assistenziali e/o organizzative.

#### 3.2- Metodi di rilevazione del bisogno.

- identificazione del problema
- scomposizione delle componenti il problema (organizzative; del personale infermieristico; di altro personale etc.)
- verifica della correlazione problema-conoscenze
- rilevazione dell'esistente (conoscitivo)
- indagine sulle esigenze manifestate da :  
operatori infermieristici e/o altri operatori e/o utenza
- utilizzazione di esperienze analoghe

#### 3.3- Strumenti e sussidi per la rilevazione.

- 1) piani V.Q.A.I.
- 2) osservazione
- 3) questionari e/o interviste diretti a:  
operatori infermieristici  
altri operatori  
utenza

### 4 - PIANIFICAZIONE ED ATTUAZIONE DELL'AGGIORNAMENTO.

In base alla rilevazione dei dati relativi al fabbisogno, la pianificazione dell'intervento definirà se effettuare l'intervento stesso ex novo nella sede operativa, o se utilizzare strutture, strumenti ed interventi già predisposti.

Nel primo caso, l'organizzazione

dell'intervento prevederà obiettivi, tempi, numero di partecipanti, metodologia didattica, contenuti, sussidi, modalità e tempi di verifica.

Nel secondo caso, la programmazione dell'aggiornamento terrà conto delle caratteristiche diverse dei vari strumenti di aggiornamento, valutandone l'adeguatezza in base ai problemi, alla risoluzione dei quali l'intervento mira, ed ai tempi previsti.

### 5 - INDICATORI DI VERIFICA.

Il processo finora esposto (identificazione del bisogno, definizione degli obiettivi, scelta delle modalità, pianificazione, attuazione) non può essere privato della fase della verifica, tappa obbligata per la valutazione di:

- partecipanti
- contenuti svolti
- organizzazione dell'intervento.

Principali indicatori di verifica sono:

- 1) verifica intra-aggiornamento: deve essere prevista in fase di pianificazione, come momento conclusivo e/o intervallare dell'intervento, definendone criteri e modalità;
- 2) verifica globale dei partecipanti: all'interno dei servizi, come grado di risoluzione dei problemi emersi;
- 3) valutazione individuale del partecipante: da parte del/dei capo-servizio, nell'ambito dell'operatività quotidiana. □

## PIANIFICAZIONE ED ATTUAZIONE DELL'AGGIORNAMENTO

| STRUMENTI            | TIPO DI PARTECIPAZIONE  | MODALITÀ                            | BISOGNI                  | MOTIVAZIONE | FREQUENZA               | GRADI DI INTEGRAZIONE | POSSIBILITÀ DI CAMBIAMENTI OPERATIVI |
|----------------------|-------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------|-------------------------|-----------------------|--------------------------------------|
| lettura di testi     | attiva                  | volontaria                          | individuali              | alta        | media                   | nullo                 | poche                                |
| congressi e convegni | relatore attiva passiva | aggiornam. facoltativa obbligatoria | individuali e collettivi | media       | bassa<br>bassa<br>media | alto<br>alto<br>medio | poche                                |
| corsi intensivi      | attiva                  | idem                                | collettivi               | molto alta  | bassa                   | molto alto            | molte                                |
| stages               | attiva                  | idem                                | individuali e collettivi | alta        | molto bassa             | molto alto            | molte                                |
| ricerca              | attiva                  | piani di ricerca                    | collettivi               | alta        | molto bassa             | molto alto            | molte                                |

# Iter legislativo nella determinazione del fabbisogno di personale infermieristico

I.I.D. Rigon Luisanna · Scuola I.P. Padova

## INTRODUZIONE

**Obiettivo della presente relazione, è una lettura analitica o panoramica della legislazione italiana in riferimento alla determinazione del fabbisogno del personale.**

*L'esplicitazione di Tale obiettivo si attiva nei seguenti sottobiettivi:*

1. analisi della legislazione vigente e dei criteri adottati per la parametrizzazione del personale infermieristico,
2. descrizione del calcolo del fabbisogno di personale infermieristico in base alla legislazione,
3. analisi e descrizione dei metodi di determinazione del personale infermieristico fondata sul livello di dipendenza dei malati,
4. conclusioni.

## ANALISI DELLA LEGISLAZIONE VIGENTE

La determinazione del fabbisogno di personale in ambito ospedaliero, trova le sue fonti:

1. nelle leggi dello Stato
2. nei contratti di lavoro
3. nelle delibere regionali.

Analizzeremo ora in successione la normativa vigente. La prima legge che fissa una entità numerica del personale infermieristico nei servizi di diagnosi e cura in ambito ospedaliero è il:

### D.P.R. n.128 del 27 marzo 1969 Ordinamento interno dei servizi ospedalieri

*Art.8 - entità numerica del personale dei servizi di diagnosi e cura. (...)*

La dotazione organica del personale sanitario ausiliario deve assicurare un tempo minimo di assistenza effettiva per malato di 120

minuti nelle 24 ore e deve prevedere: una caposala, un infermiere professionale sempre presente in ogni sezione e inoltre, un adeguato numero di infermieri professionali e generici.

Le suddette entità numeriche devono essere adeguate con deliberazione del Consiglio di Amministrazione, adottate sentito il Consiglio dei Sanitari o il consiglio Sanitario Centrale e consultate le Organizzazioni Sindacali interessate, alle effettive esigenze del servizio tenendo conto dei seguenti elementi:

- numero effettivo dei posti letto,
- necessità dei servizi ambulatoriali e di guardia,
- turni di ferie e riposi settimanali e festivi,
- nosologia e impegno ad essa inerente,
- orari di servizio del personale sanitario,

### Art. 11 - sezioni di assistenza

Il personale sanitario ausiliario delle sezioni di assistenza neonatale è costituito da vigilatrici d'infanzia e puericultrici nella proporzione complessiva di una ogni cinque culle di neonati (...)

Per l'assistenza ai neonati immaturi deve essere costituita una adeguata dotazione organica di medici specialisti in pediatria e di vigilatrici d'infanzia o infermieri professionali specializzati in pediatria, in numero totale da assicurare un turno di assistenza pari a 420 minuti per ogni neonato immaturo nelle 24 ore.

### Art. 18 - Servizio di Anestesia (...)

La dotazione organica del personale sanitario ausiliario addetto alla rianimazione deve prevedere posti di caposala, infermieri professionali specializzati in numero Tale da assicurare un tempo minimo di assistenza effettiva per malato di 420 minuti nelle 24 ore.

## D.P.R. 128/69

TABELLA 1

*Assistenza infermieristica con «tempo minimo» per posto letto, per giorno e per tipologia di reparto:*

|  |                      |
|--|----------------------|
| - divisioni e servizi di diagnosi e cura | 120' = 2 ore /24 ore |
| - sezioni di assistenza neonati immaturi | 420' = 7 ore /24 ore |
| - servizio di anestesia e rianimazione   | 420' = ore /24 ore   |

Dalla lettura di questi primi articoli di legge e della Tab.1, è possibile evidenziare alcuni elementi. Innanzitutto i criteri.

## CRITERI

1. il numero *posti letto effettivi* della sezione o divisione conside-

rata indipendentemente dal loro tasso di occupazione, 2. il numero di *minuti di assistenza giornaliera* a seconda del tipo di sezione o reparto, dicendo che è un «tempo minimo» al di sotto del quale non si può andare (invece andò di lì a un paio d'anni la Regione Lombardia con tempi di as-

sistenza di 70/90 minuti nei servizi di diagnosi e cura), ma *al di sopra del quale* si può sempre provvedere, anche perché il citato art.8 afferma che le entità numeriche devono «essere adeguate alle effettive esigenze del servizio».

E non solo.

3. Le unità numeriche devono essere «effettivamente adeguate» alla «nosologia e all'impegno ad esse inerenti», che significa alla qualità dei pazienti. Inoltre si stabiliscono le qualifiche del personale sanitario ausiliario:

- caposala,
- infermiere professionale (almeno 1 presente nelle 24 ore),
- congruo numero di infermieri professionali e infermieri generici,
- vigilatrici d'infanzia,
- infermiere professionale specializzato in pediatria (art.11) e in rianimazione (art.18).

È la prima legge che va a regolamentare la presenza del personale ospedaliero, ma è anche l'unica che dirà in modo esplicito «alcuni elementi» in base ai quali determinare l'effettiva quantità di personale. Le successive parleranno di tassi di occupazione, di posti letto, di moduli, ma non sono citati le qualifiche, né alcun criterio assistenziale dal quale desumo i «perché» di un certo minutaggio o di un certo numero di unità di personale infermieristico.

Inoltre con l'art. n.8 venivano di fatto chiesti molti infermieri professionali che nel 1969 non c'erano e ciò apre le porte al Decreto Ministeriale del 15 luglio 1971 che all'art. 4 prevede i corsi di qualificazione per dipendenti da enti ospedalieri ovvero la riqualifica degli infermieri generici o psichiatrici in infermieri professionali, e conseguentemente aumento vorticoso delle scuole per infermieri professionali.

Il D.P.R. 128/69 entra in vigore nel momento del passaggio alle regioni di numerose competenze, tra cui quella sanitaria (ricordiamo che è del 1970 l'istituzione delle regioni e il passaggio delle competenze in materia sanitaria, avviene con legge n.4 e n.10 del 1972).

Perché è importante questo riferimento?

Perché le regioni devono recepire le leggi nazionali e proporre l'applicazione con proprie legge regionali.

E ogni regione, di fatto decide una propria linea di tendenza sulla base della propria situazione regionale. La regione Lombardia per esempio, con *propria circolare del 23.2.1971*, adducendo motivi di bilancio economico e di carenza di personale, decide di diminuire il tempo assistenziale nei servizi di diagnosi e cura a 70/90 minuti, non più per posto letto, ma per tasso di occupazione dell'85%.

La logica che sottende comunque l'applicazione di norme per la determinazione del fabbisogno di personale infermieristico, è quella del posto letto, del tasso di occupazione, della carenza di personale e non si fa mai cenno a quelli che sono i destinatari del Servizio Ospedaliero ovvero gli utenti e i loro bisogni.

Gli anni '70 sono caratterizzati dalla istituzione del S.S.N. (L.833/79), dal riordino del personale sanitario (D.P.R. 761/79) e poi nei primi anni '80 dal *primo contratto unico della Sanità (D.P.R. 348/83)* che porta l'orario di lavoro a 38 ore settimanali (Art.5).

Per quanto qui ci compete un ulteriore riferimento normativo è riferi-

bile alla: Delibera 20 dicembre 1984 del C.I.P.E.— *Ripartizione del fondo sanitario nazionale 1985.*

Tale delibera, per quanto emanata dal un Comitato Interministeriale, non ha la forza di legge, è solo indicativa.

Recita infatti: omissis... nel biennio 1985/87 al fine di ridurre le disomogeneità attualmente esistenti nei trattamenti assistenziali e nelle dotazioni strutturali, le Regioni e le unità sanitarie locali, nell'ambito delle rispettive competenze, dovranno adottare standard organizzativi e di attività che vengono, in via indicativa riportati nell'allegato che fa parte integrante della presente deliberazione.

L'allegato A della delibera C.I.P.E. 20.12.1984, è intitolato: «Standard di organizzazione e di attività definita ai sensi dell'Art.51 secondo comma della Legge 23 dicembre 1978 n.833.

Definisce:

*Standard aggregato:* di 10-12 dipendenti per 1000 abitanti presenti nella U.S.S.L. sia per il territorio che per i servizi ospedalieri. Rispetto alle figure sanitarie esse vengono così disaggregate (Tab.2)

| Ripartizione figure sanitarie per 1000 abitanti |                                     |  | TABELLA 2             |
|---|-------------------------------------|--|-----------------------|
| medici 11%                                      | del totale del personale dipendente |  | pari a ca.1/1000 ab.  |
| infermieri 38-40%                               | «                                   |  | pari a ca.4/1000 ab.  |
| altro personale 40-52%                          | «                                   |  | pari a ca. 5/1000 ab. |

Da questa prima disaggregazione se ne evidenzia una seconda per grandi aree funzionali: Tab. 3

| Ripartizione dipendenti S.S.N. per aree funzionali                                      |             |  | TABELLA 3              |
|---|-------------|--|------------------------|
| - area igiene pubblica prevenzione e relativi servizi multizonali                       | min.7,5-10% |  | pari a ca.1/1000 dip.  |
| - direzione e servizi generali comprese le attività di formazione e di rilevazione dati | 7,5-10%     |  | pari a ca.4/1000 dip.  |
| - assistenza sanitaria  | max 80%     |  | pari a ca. 5/1000 dip. |

È abbastanza evidente dalla Tab.3 l'influenza della Legge 833/78 e l'istituzione della U.S.S.L. quale struttura configurata sulla popolazione e che eroga assistenza sani-

taria sia in ambito territoriale che ospedaliero. All'interno dei criteri fissati, la delibera C.I.P.E. individua per l'ambito ospedaliero ulteriori indici: (Tab.4)

TABELLA 4

**Ripartizione personale sanitario per posto letto ospedaliero**

|   |                            |
|---|----------------------------|
| medici                                    | 1 ogni 5 - 5,5 posti letto |
| infermieri, tecnici e altri di assistenza | 1 ogni 1 - 1,3 posti letto |

Siccome gli infermieri della dicitura della Tab.4 risultano «essere in buona compagnia», il C.I.P.E. sente il bisogno di dare una parametrizzazione per il personale infermieristico in base ai 3 seguenti settori (Tab. 5):

– *settori di terapia intensiva*: unità di terapia cardiologica intensiva, di rianimazione (respiratoria, neurochirurgica, cardiocirurgica, ecc.) per grandi ustionati, tempo di assistenza pro-die e per degente in relazione al tipo di cura intensiva da 500 a 600 minuti.

– *settori di terapia subintensiva*: inseriti in divisioni di cardiocirurgia, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, chirurgia pediatrica, neurochirurgia, patologia neonatale: tempo di assistenza pro die e per degente da 200 a 240 minuti.

– *altri settori di degenza* non compresi in precedenti punti, da 70 a 90 minuti a seconda delle patologie prevalenti e del loro maggiore o minore carico assistenziale.

TABELLA 5

**C.I.P.E. 1984**

*Parametrizzazione personale infermieristico ospedaliero per tipologia di reparto o per degenti presenti per minuti/die:*

|                                    |                |                          |
|------------------------------------|----------------|--------------------------|
| – settori di degenza di base       | 70- 90 min.    | pari a 1-1,5 ore/24 ore  |
| – settori di terapia sub-intensiva | 200 - 240 min. | pari a 3,3-4 ore/24 ore  |
| – settori di terapia intensiva     | 500 - 600 min. | pari a 8,3-10 ore/24 ore |

Oltre al già ricordato aggancio alla popolazione residente nell'U.S.S.L. compare una suddivisione dei reparti in base a:

- presumibile tipo di apporto tecnologico,
- alle patologie prevalenti,
- ai degenti presenti (quindi non saturazione al 100% cioè il posto letto, ma alla presenza media),
- al maggiore o minore carico assistenziale per cui viene dato di «contrattare» tra un range minimo e massimo.

È da chiedersi: su cosa viene valutato il carico assistenziale? Chi lo valuta? Con quali parametri? L'uso che di queste indicazioni si è fatto è stato quello di applicare (dove sono stati applicati) i tempi minimi e a 70 min./die/degente, nei reparti di base non è poi da essere troppo allegri!

Nel 1987 con D.P.R. 270 viene approvato il 2o contratto di comparto

Sanità che all'articolo 16 stabilisce l'orario di lavoro di 37 ore settimanali fino al 31 dicembre 1987 e di 36 ore settimanali successivamente... E veniamo al 1988.

Con Legge dell'8 aprile 1988 n.109, all'Art.1 viene disposto la determinazione con decreto del Ministero della Sanità, degli standards del personale ospedaliero. E il ministero della Sanità decreta.

*Decreto del 13 settembre 1988 - Determinazione degli standards del personale ospedaliero.* Questo decreto parla esclusivamente del personale ospedaliero, precisando che detto personale rientra comunque nella pianta organica della U.S.S.L. e che si somma quindi al personale territoriale dei servizi multizonali.

**Art. 1 - Norme per la rideterminazione dei posti letto**

- Si afferma che il decreto è l'occasione per riorganizzare i presidi ospedalieri.

- Le U.S.S.L. hanno 60 giorni di tempo per formulare proposte sulla definizione dei posti letto.
- Il tasso di ospedalizzazione non deve essere inferiore al 70 - 75%.
- Resta fermo il parametro di 6,5 posti letto per 1000 abitanti.
- Nel termine di 2 anni le Regioni devono disattivare i presidi ospedalieri con meno di 120 posti letto in quanto al di sotto di tale capienza, risultano economicamente improduttivi e funzionalmente carenti e ristrutturare servizi.
- Devono essere potenziate le strutture con carichi di lavoro superiori.
- Revisione e aumento delle attività di day hospital, considerando i loro posti letto equivalenti a tutti gli effetti a quelli di degenza.

**Art. 2 - Indirizzi Organizzativi**

- La riorganizzazione ospedaliera pur essendo prioritaria, è parte inscindibile della pur generale riorganizzazione delle U.S.S.L.
- Incentiva e favorisce le aggregazioni funzionali di tipo dipartimentale per un maggior utilizzo di strutture, tecnologie, attrezzature.
- Potenziamento di attività diagnostiche e terapeutiche con 2 turni giornalieri per 5/6 giorni settimanali.
- E senza aggiungere nuovi costi, vanno portate alcune innovazioni quali:
  - attivazioni di gruppi di lavoro di verifica e revisione della qualità assistenziale,
  - istituzione del comitato ospedaliero per le infezioni nosocomiali,
  - riunioni periodiche di reparto per la valutazione di produttività delle singole strutture di degenza (adozione di DRG).

**Art. 3 - Unità operative di degenza**

- Si mantiene la struttura precedente di sezione, divisione ecc., vista sotto la logica dei moduli.
- Lo standard si riferisce a personale utilizzato a tempo pieno.
- Si ha una suddivisione per aree. (Tab. 6 e 7)

| TABELLA 6                                |  | MODULI  | POSTI LETTO   | UNITÀ PERSONALE MEDICO                          | UNITÀ PERSONALE INFERM.CO | TERAPISTI RIABILIT.  |
|--|--|---|---|---|---------------------------|--|
| <b>Area A</b>                            |  |   |   |   |                           |  |
| <b>Terapia intensiva e subintensiva</b>  |  | A.1 Terapia intensiva autonomamente strutturata                             |   |   |                           |  |
| <b>Attività assistenziali</b>            |  |   |   |   |                           |  |
| - Rianimazione                           |  | A.1.1. Modulo tipo  | 8   | 12  | 24                        | -  |
| - grandi ustionati                       |  | A.1.2. Modulo successivo  | 8   | 5   | 24                        | -  |
| - terapia intensiva cardiologica         |  | A.1.3. Unità in centri polifunzionali di secondolivello                     | maggiorazione di organico determinato dalla regione |   |                           |  |
| - terapia intensiva neonatale            |  |   |   |   |                           |  |
| - terapia intensiva post-operatoria      |  |   |   |   |                           |  |
|  |  | A.2 Terapia sub intensiva   | 8   | 3   | 12                        | -  |
| <b>Area B</b>                            |  |   |   |   |                           |  |
| <b>Specialità ad elevata assistenza</b>  |  | MODULI  | POSTI LETTO   | UNITÀ PERSONALE MEDICO                          | UNITÀ PERSONALE INFERM.CO | TERAPISTI RIABILIT.  |
| <b>Attività assistenziali</b>            |  |   |   |   |                           |  |
| - Cardiocirurgia                         |  | B.1 Moduli tipo   | 20  | 11  | 22                        | -  |
| - Ematologia con trapianto               |  | B.2 Modulo Successivo   | 20  | 5   | 22                        | -  |
| - Nefrologia con trapianto ed emodialisi |  | B.3 Attività dialitica ospedaliera  | 8   | 1   | 8                         | -  |
| - Neurochirurgia                         |  | B.4 Malattie infettive  | 40  | 11  | 35                        | -  |
| - Neonatologia                           |  | B.5 Psichiatria   | 16  | 8   | 22                        | -  |
| - Malattie infettive                     |  | B.6 Unità spinali   | 20  | 4   | 40                        | 10   |
| - Psichiatria                            |  |   |   |   |                           |  |
| - Unità spinali                          |  |   |   |   |                           |  |
| <b>Area C</b>                            |  |   |   |   |                           |  |
| <b>Specialità a media assistenza</b>     |  | MODULI  | POSTI LETTO   | UNITÀ PERSONALE MEDICO                          | UNITÀ PERSONALE INFERM.CO | TERAPISTI RIABILIT.  |
| <b>Attività assistenziali</b>            |  |   |   |   |                           |  |
| - Cardiologia                            |  | C.1 Modulo tipo   | 20  | 6   | 16                        | -  |
| - Chirurgia maxillo facciale             |  | C.2 Modulo successivo   | 20  | 3   | 16                        | -  |
| - Chirurgia pediatrica                   |  | C.3 Attività dialitica ospedaliera  | 8   | 1   | 8                         | -  |
| - Chirurgia plastica                     |  |   |   |   |                           |  |
| - Chirurgia toracica                     |  |   |   |   |                           |  |
| - Chirurgia vascolare                    |  |   |   |   |                           |  |
| - Ematologia                             |  |   |   |   |                           |  |
| - Nefrologia                             |  |   |   |   |                           |  |
| - Neurologia                             |  |   |   |   |                           |  |
| - Neuropsichiatria infantile             |  |   |   |   |                           |  |
| - Oncologia                              |  |   |   |   |                           |  |
| - Pediatria                              |  |   |   |   |                           |  |
| - Urologia pediatrica                    |  |   |   |   |                           |  |
| <b>Area D</b>                            |  |   |   |   |                           |  |
| <b>Specialità a media assistenza</b>     |  | MODULI  | POSTI LETTO   | UNITÀ PERSONALE MEDICO                          | UNITÀ PERSONALE INFERM.CO | TERAPISTI RIABILIT.  |
| <b>Attività assistenziali</b>            |  |   |   |   |                           |  |
| <i>A larga diffusione D1 D21</i>         |  | D.1 Modulo tipo   | 32  | 6/Chir.   | 17                        | -  |
| - Chirurgia generale e ostetricia        |  | D.2 Modulo successivo   | 32  | 3   | 17                        | -  |
| - Medicina generale e astanteria         |  | D.3 Attività ostetrica  | 32  | 6 1   | 7                         | Da 300 a 600 parti annui da 3 a 6 unità di personale ostetrico |
| - Ortopedia e traumatologia              |  |   |   |   |                           |  |
| - Ostetricia e ginecologia               |  |   |   |   |                           |  |
| <i>A media diffusione</i>                |  | D.4 Modulo tipo   | 20  | 5/Chir.<br>4/ Med.                              | 12                        | -  |
| - Allergologia                           |  | D.5 Modulo successivo   | 20  | 3   | 12                        | -  |
| - Angiologia                             |  | D.6 Geriatria   | 20  | 4   | 12                        | 6  |
| - Broncopneumologia                      |  | D.7 Odontostomatologia poltrone del presidio ospedaliero di secondo livello | 4   | 5   | 6                         | -  |
| - Dermosifilopatia                       |  | D.8 Pratiche diagnostiche e terapeutiche con strumentazione complessa       |   | 1 in aggiunta allo standard di cui al punto D.4 |                           |  |
| - Diabetologia e malattie del ricambio   |  |   |   |   |                           |  |
| - Endocrinologia                         |  |   |   |   |                           |  |
| - Gastroenterologia                      |  |   |   |   |                           |  |
| - Geriatria                              |  |   |   |   |                           |  |
| - Medicina del lavoro                    |  |   |   |   |                           |  |
| - Oculistica                             |  |   |   |   |                           |  |
| - Odontostomatologia                     |  |   |   |   |                           |  |
| - Otorinolaringoiatria                   |  |   |   |   |                           |  |
| - Reumatologia                           |  |   |   |   |                           |  |
| - Urologia                               |  |   |   |   |                           |  |

TABELLA 7

**Area E · Riabilitazione**  
**Area F · Lungodegenza**

Per F.1 - F.2 - F.3 - F.4 - F.5 - vedere il decreto.

| MODULI   | POSTI LETTO | UNITÀ PERSONALE MEDICO | UNITÀ PERSONALE INFERM.CO | TERAPISTI RIABILIT. |
|--|-------------|------------------------|---------------------------|---------------------|
| E.1 Modulo tipo  | 32          | 4                      | 13                        | 7                   |
| E.2 Modulo successivo  | 32          | 3                      | 13                        | 7                   |
| F.6 Modulo tipo  | 32          | 3                      | 13                        | 4                   |
| F.7 Modulo successivo  | 32          | 2                      | 14                        | 4                   |
| F.8 Assistenza ai malati di mente (ricoverati negli ex ospedali psichiatrici ad esaurimento) | 32          | 3                      | 13                        | -                   |

**Area G**

**Coordinamento attività personale infermieristico e ausiliario**

*Coordinamento:* 1 Capo sala

(operatore professionale di 1ª categoria coordinatore per ogni unità operativa e autonomamente costituita)

*Personale dirigente:* 1 per ogni presidio Ospedaliero, con maggiorazione di 1 unità per ogni 500 posti letto.

Gli operatori professionali dirigenti sono da inserire presso le direzioni sanitarie con la responsabilità della programmazione, organizzazione, coordinamento e controllo dei servizi infermieristici, della promozione delle tecniche dell'assistenza infermieristica, del controllo della qualità dei servizi infermieristici e della promozione e coordinamento della formazione permanente del personale infermieristico.

**Area H**

**Sottomultiplo di multiplo**

Definito come parte di unità operativa superiore al modulo tipo base o suoi multipli interni; per il calcolo del personale deve essere fatto in modo proporzionale e arrotondato per difetto.

**Art. 4 - Servizio ospedalieri (punto C)**

**Personale Infermieristico**

- Vi è una maggiorazione media del personale per le varie figure.

Per la figura infermieristica essa è del 25% e viene utilizzata per il personale di sala operatoria, ambulatori ecc., sostituzioni straordi-

narie (non ordinarie: congedo malattia ecc.).

- Il personale della scuola per infermieri professionali, è extra ospedaliero e quindi è conteggiato nella pianta complessiva dell'U.S.S.L.

- Il personale ausiliario, ha una parametrizzazione con differenziazioni a seconda delle unità operative.

Alla conclusione della disamina di questo decreto, ancora una volta cerchiamo di capire i criteri ispiratori dello stesso.

A nostro avviso sembra che la parametrizzazione del personale è posta:

- in base alla complessità del reparto in termini di diagnosi medica e relative specializzazioni,

- al modulo tipo,

- non è specificata la qualifica del personale infermieristico,

- la parametrizzazione risulta diversa per personale medico e personale infermieristico in senso quantitativo tra il modulo tipo e i moduli successivi.

In definitiva ancora una volta conta il posto letto e l'aspetto tecnologico, poiché altri parametri non sono delineati.

Ed è facile comunque anche quantificare i minuti di assistenza, perché si parli di unità infermieristiche.

Eccone alcuni esempi (Tab. 8):

TABELLA 8

**Paramentazione personale infermieristico ospedaliero per modulo tipo di n. posti letto, per unità di personale infermieristico e indirettamente per minuti di assistenza/die**

| AREA  | POSTI/LETTO MODULO TIPO | UNITÀ PERS. INFER. CO | MINUTI ASSIST./DIE | ORE DIE |
|---|-------------------------|-----------------------|--------------------|---------|
| Terapia intensiva autonomamente strutturata | 8                       | 24                    | 698'               | 11,30   |
| Specialità ad elevata assistenza            | 20                      | 22                    | 256'               | 4,20    |
| Specialità a media assistenza               | 20                      | 16                    | 186'               | 3       |
| Specialità di base                          | 32                      | 17                    | 123'               | 2       |
| Riabilitazione                              | 32                      | 13+<br>7 riab.        | 95'                | 1,30    |
| Lungodegenza                                | 32                      | 13+                   | 13                 | 4       |

Se vengono effettuati dei confronti tra le tabelle 1, 6 e 8 non mi pare si siano fatti grandi progressi nel tener conto della **quantità e qua-**

**lità** di assistenza infermieristica da erogare. Invito inoltre alla riflessione sulla tabella comparativa successiva (Tab.9).

TABELLA COMPARATIVA

| REPARTO                                 | POSTI LETTO | D.P.R. 128/89     | C.I.P.E. 1984        | D.M.13.9.88     |
|---|-------------|-------------------|----------------------|-----------------|
| Rianimazione                            | 8           | 14,4 INF.<br>420' | 21 INF.<br>500'-600' | 24 INF.<br>698' |
| Cardiochirurgia<br>Neurochirurgia       | 8           | 10,2 INF.<br>120' | 21 INF.<br>220'-240' | 22 INF.<br>256' |
| Cardiologia                             | 20          | 10,2 INF.<br>420' | 8 INF.<br>70'-90'    | 16 INF.<br>186' |
| Chirurgia Generica<br>Medicina Generica | 32          | 16,4 INF.<br>120' | 12 INF.<br>70'-90'   | 17 INF.<br>123' |
| Unità di<br>Riabilitazione              | 32          | 16,4 INF.<br>120' | 12 INF.<br>70'-90'   | 13 INF.<br>95'  |
| Lungodegenze                            | 32          | 16,4 INF.<br>120' | 12 INF.<br>70'-90'   | 13 INF.<br>95'  |

(\*) minuti su cui è stato fatto il calcolo

### DESCRIZIONE DEL CALCOLO DEL FABBISOGNO DI PERSONALE INFERMIERISTICO IN BASE ALLA LEGISLAZIONE

(tenendo conto del D.P.R. 270/87 che fissa il dovuto settimanale a 36 ore su 6 o 5 giornate)

#### Calcoli suddivisi

##### Organico di base

$$O.B. = \frac{\text{posti letto} \times \text{tempo assiten. le}}{360' (6 \text{ ore} \times 60 \text{ minuti})}$$

##### Organico integrativo

È necessario calcolarlo poiché ogni unità lavorativa non lavora 365 gg., bensì 236 gg. annui così calcolati:

36 gg. di congedo ordinario (ferie)  
52 gg. riposi settimanali  
9 gg. festività infrasettimanali  
32 gg. media assenze previste

129 gg. assenze annue

$$365 \text{ gg.} - 129 \text{ gg.} = 236 \text{ presenze annue}$$

per cui:

##### Organico integrativo

$$\frac{O.B. \times \text{gg. assenza}}{\text{gg. presenze}} = \frac{O.B. \times 129}{236}$$

##### Organico complessivo

È pari alla somma dell'organico di base (O.B.) e l'organico integrativo (O.I.)

##### Organico complessivo

$$O.C. = O.B. + O.I.$$

#### Calcoli diretti

per determinare l'organico complessivo (O.C.).

$$\frac{\text{posto letto} \times \text{tempo assistenza} \times 365 \text{ gg.}}{236 \text{ gg. (pres. annua)} \times 6 (\text{ore/die}) \times 60' / \text{o}}$$

$$= \frac{\text{posto letto} \times \text{min.} \times 365}{1416 \text{ ore annue} \times 60'}$$

$$= 84960 \text{ minuti/anno}$$

Calcoli per determinare, qualora siano incogniti i **posti letto (P.L.)** o il **tempo di assistenza**

$$P.L. = \frac{O.C. \times 84.960}{\text{Tempo Assistenza} \times 365}$$

$$\text{Tempo Ass.za} = \frac{O.C. \times 84.960}{P.L. \times 365}$$

#### D.P.R. 128/69

##### Reparto Base

$$O.C. = \frac{P.L. \times 120 \times 365}{84.960}$$

##### Reparto intensivo

$$O.C. = \frac{P.L. \times 420 \times 365}{84.960}$$

Esempio: servizio di terapia intensiva di 8 posti letto

#### Calcolo suddiviso

$$O.B. = \frac{8 \times 420}{360} = 9,3 \text{ I.P.}$$

$$O.I. = \frac{9,3 \times 129}{236} = 5,08 \text{ I.P.}$$

$$O.C. = 9,3 + 5,08 = 14,3 \text{ I.P. complessivi}$$

#### oppure calcolo diretto

$$O.C. = \frac{8 (p.l.) \times 420' \times 365 \text{ gg.}}{84.960} = 9,3 \text{ I.P.}$$

#### C.I.P.E. 1984

Reparto base 70'/90' per degente  
Reparto subintensivo 220'/240' per degente  
Reparto intensivo 500'/600' per degente

I calcoli sono medesimi in base al tempo di assistenza per pz. determinato (minimo - medio - massimo).

#### D.M. 13.9.1988

Se l'unità di misura operativa presa in considerazione corrisponde esattamente al **Modulo Tipo** corrispondente o ad un suo multiplo intero, non ci sono problemi per la determinazione del personale infermieristico.

Se invece l'unità operativa è superiore al modulo tipo base, o ai suoi multipli interi, il personale infermieristico va calcolato proporzionalmente sullo standard dei «moduli successivi» con arrotondamento per difetto.

Esempi:

*Terapia intensiva autonomamente strutturata*

1. Rianimazione di 8 posti letto  
A. 1.1 per modulo tipo di 8 P.L.  
Unità di personale infermieristico 24

2. Rianimazione di 11 posti letto  
proporzione:

$$\begin{aligned} 8 \text{ P.L.} : 24 \text{ U.Inferm.} &= 11 \text{ P.L.} : X \\ X &= 33 \text{ unità Infermieristiche complessive} \end{aligned}$$

Mi domando di fatto a quanti minuti di assistenza erogano 33 unità infermieristiche, supponendo un tasso di saturazione del 100%?

$$\text{tempo di assistenza} = \frac{\text{O.C.} \times 84.960}{\text{P.L.} \times 365}$$

$$\frac{33 \times 84.960}{11 \times 365} = 698' \text{ pz./die}$$

Ed è così che è facile scoprire quanti minuti di assistenza per paziente/die, gli standard di fatto propongono.

Basti osservare la Tabella 9 allegata, per scoprire che se per certi aspetti può venir premiata la tecnologia delle terapie intensive, determinate «AREE» continuano a mantenere livelli di assistenza molto bassi.

Per quanto riguarda in particolare i reparti di terapia intensiva o di Area Critica come l'ANIARTI crede che in nome del paziente e della sua globalità sia più idoneo specificarla, ci si accorge che 698' al giorno sono esattamente 698' : 60' = 11,30 ore al giorno, ovvero, esattamente la metà di ciò che viene adottato in campo Europeo e Internazionale come «minimo standard» per la terapia intensiva, vale a dire 1440 minuti per pz./die: rapporto di 1 pz. : 1 I.P.

Un ulteriore conteggio che potrebbe essere fatto in presenza di un nuovo contratto della Sanità, è se le ore settimanali da 36, supponiamo passassero a 35?

Rimanendo inalterato questo D.M., che fissa le unità di personale **quale unico criterio base**, di fatto, diminuendo il dovuto settimanale di ogni dipendente, se le unità non vengono in concomitanza maggiorate, DIMINUISCE l'assistenza giornaliera per ogni degente.

## ANALISI DI METODI PER LA DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE INFERMIERISTICO FONDATA SUL LIVELLO DI DIPENDENZA DEI MALATI

La panoramica fin qui condotta, pone in evidenza un modo di procedere che non è consono al ruolo dell'infermiere né di presupposto imprescindibile da cui trae origine il proprio ambito e specifico professionale: garantire una assistenza globale e sicura nei confronti del malato e dei suoi bisogni.

La definizione del bisogno di assistenza infermieristica dei malati scaturisce da due ordini di criteri:

- il primo criterio è basato sulla *individuazione del bisogno globale di assistenza*, attinente allo stato di salute dei singoli malati, alle loro esigenze fisiche e psichiche, premessa indispensabile per i piani di assistenza; l'analisi del bisogno può inoltre condurre a indicatori sintetici, utilizzabili a livello di gruppi di popolazione, per valutazione di tipo epidemiologico e sociale;
- il secondo criterio è basato sulla *quantificazione del bisogno*, come «tempo richiesto per l'assistenza», questo criterio è un passaggio obbligato per la determinazione del fabbisogno di personale e la sua razionale distribuzione.

Su questi due criteri, la professione infermieristica nel corso degli ultimi 35 anni ha elaborato dei *metodi* che portano alla determinazione del fabbisogno di personale infermieristico in base al livello di dipendenza del malato.

Dall'analisi bibliografica condotta in ordine ai diversi metodi di classificazione dei malati secondo il grado di dipendenza, è emerso che tali metodi si caratterizzano e si differenziano per i seguenti principi:

- i parametri
  - le classi di dipendenza
  - la corrispondenza classi/parametri
  - le definizioni dell'impiego infermieristico.
- *la stima dei parametri presi in considerazione per la valutazione della dipendenza* possono riferirsi a variabili legate alle condizioni del

malato (come l'età, il sesso, la razza, lo stress, ecc.) e/o ai bisogni specifici, legati all'individualizzazione dell'assistenza (es. bisogno di riposo, di igiene personale, d'alimentazione, ecc.).

– Nella maggioranza dei metodi analizzati le **classi di dipendenza** variano come numero da tre a sei.

– L'assegnazione dei malati alle rispettive **classi di dipendenza** avviene dopo la determinazione dei parametri.

– Le modalità di **definizione dell'impiego infermieristico** sono relative alle diverse classi di dipendenza.

Di fatto questi metodi possono essere suddivisi secondo 2 approcci. I metodi elaborati prima (in ordine di tempo) tendono ad evidenziare in quali proporzioni il tempo infermieristico complessivamente disponibile in una determinata realtà operativa, presa a riferimento per la messa a punto del metodo, si distribuisce tra i vari gruppi di malati, classificati sulla base di una serie di **parametri di bisogno** caratteristici di ciascuna metodologia.

Tale distribuzione del tempo infermieristico tra i vari gruppi di malati, riscontrata nelle realtà considerate, viene quindi adottata come standard e suggerita come criterio di dimensionamento con validità generale.

In questo 1° approccio si pone l'accento sull'**analisi della ripartizione delle risorse** effettive tra le varie classi di malati, si ottengono criteri di dimensionamento strettamente legati alla specifica realtà desiderata, per la messa a punto del metodo. Nello specifico:

– il monte ore complessive che viene ripartito tra i vari malati è comunque quello relativo alla unità di degenza presa/e a riferimento per l'analisi; pertanto, queste metodologie identificano lo «standard» di dimensionamento con i valori ivi riscontrati;

– la ripartizione di Tale monte-ore tra i diversi malati può evidentemente essere influenzata da fattori

locali (quali la prassi infermieristica o medica, le figure professionali esistenti, ecc.).

Ciò significa che l'adozione di tali metodi in realtà diverse da quelle originarie si traduce di fatto nel proporre gli stessi standards riscontrati nelle sedi utilizzate per la messa a punto dei metodi stessi.

I metodi elaborati successivamente, pongono l'accento sulla assistenza **richiesta dal malato**, prescindendo dalle risorse esistenti; in pratica, questi metodi procedono attraverso i seguenti passi logici:

- definizione e programmazione degli interventi assistenziali richiesti da ciascun malato, in relazione ai suoi specifici bisogni (cioè, formulazione del piano di assistenza);
- quantificazione del carico assistenziale dovuto agli interventi programmati, ed espresso come «tempo» necessario per

*eseguire tali interventi*; questa operazione è in genere condotta utilizzando tempi unitari standard, differenziati secondo il tipo di intervento e/o le condizioni del malato, definiti a équipes di esperti;

- determinazione delle unità di personale, eventualmente ripartite secondo le varie qualifiche, necessarie per far fronte al carico assistenziale definito al punto precedente.

In questo 2° approccio dove l'accento è posto sull'analisi dell'assistenza **richiesta** dai vari malati, i criteri di dimensionamento ottenibili hanno un carattere più obiettivo e ove gli elementi metodologici vengono sorretti dalla **partecipazione** degli operatori cointeressati, godono di una generalizzabilità maggiore; d'altra parte, questo approccio è stato sviluppato dove la prassi infermieristica è basata sul processo di pianificazione dell'assistenza.

Nel corso degli anni sono stati sviluppati più schemi di valutazione della dipendenza dei pazienti. Da una rassegna delle più importanti esperienze di pianificazione e gestione del personale infermieristico in Europa e nel Nord America elaborata da Brian Moores sono stati tratti alcuni metodi che partendo dal metodo intuitivo arrivano sino al più recente ed avanzato P.R.N. ideato da Charles Tilquin e dai suoi collaboratori dell'Università di Montreal.

La tabella 10 indica cronologicamente in modo comparato da un lato, come si sviluppa la legislazione italiana, dall'altro alcuni studi effettuati all'estero con relative sperimentazioni dei metodi basati sui livelli di dipendenza del malato per la determinazione del fabbisogno di personale infermieristico.

Un ulteriore quadro sinottico evidenzia oltre ai metodi, le loro principali caratteristiche, i parametri e i criteri di calcolo.

#### TAVOLA SINOTTICA DI ALCUNI METODI PER LA DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE BASATA SUL LIVELLO DI DIPENDENZA DEI MALATI

| Metodi   | Classi di dipendenza   | Parametri  | Formule/criteri per il calcolo del fabbisogno di personale infermieristico  |
|--|--|--|---|
| Sistema New York Bernstein 1953  | 1. Gravemente Ammalato<br>2. Moderatamente Ammalato<br>3. Leggermente Ammalato   | In ogni classe venivano definiti i criteri   | Misurazione dei TEMPI in merito alla quantità di Assistenza Infermieristica su un piccolo-campione di pazienti per ogni categoria   |
| Metodo adottato nell'esercito in tutti gli ospedali americani Claussen 1954/55 | Sono previste 4 categorie  | Soggettivi ed esclusivamente tendenti al soddisfacimento dei bisogni fisici  | Le richieste del precedente erano alla quantità di Assistenza Infermieristica su un piccolo-campione di pazienti per ogni categoria |
| Riorganizzazione del Metodo precedente da Tibbits 1955                         | Sono previste 4 categorie  | <b>6 parametri oggettivi:</b><br>- osservazione del paziente<br>- supporto emotivo<br>- trattamenti<br>- assist.za con cure igieniche<br>- tests diagnostici<br>- insegnamento   |   |
| Metodo delle cure globali Stafford E.D. 1957                                   | Sono previste 4 categorie  | <b>6 parametri:</b><br>- attività fisiche ed igieniche<br>- osservazioni fenomeni fisici<br>- trattamenti<br>- bisogni istruzionali<br>- tests diagnostici e terapeutici<br>- osservazione reazione paziente alla malattia | È previsto un punteggio secondo una scala a 4 punti   |
| Sistema basato sul P.P.C. Cure Progressive del Paziente 1957                   | Sono previste 6 classi:<br>- cure intensive<br>- cure intermedie<br>- autocura<br>- cure a lungo termine<br>- cure domiciliari<br>- cure ambulatoriali | 16 sono i parametri previsti   |   |

| Metodi  | Classi di dipendenza   | Parametri  | Formule/criteri per il calcolo del fabbisogno di personale infermieristico   |
|---|--|--|--|
| Sistema John Hopkins<br>Baltimore 1960<br>(Both Flagle e Conner)                      | Sono previste 3 classi:<br>- intensiva (paziente dip.)<br>- intermedia (parz. dip.)<br>- autocura (paz.te autosuf.)  | parametri fisici facilmente osservabili  | Sistema poco preciso:<br>dà una stima del personale infermieristico occorrente e non suddiviso per professionalità   |
| Metodo Goddard 1962/63  | Sono previste 5 classi a gravità crescente:<br>1. autosufficiente<br>2. costretto a letto<br>3. costretto a letto, non dip.<br>4. parzialmente dipendente<br>5. totalmente dipendente<br>6. riguardante le prime 24h del post operatorio | 5 sono i parametri previsti<br>- mobilitazione<br>- rifacimento letti<br>- cure igieniche<br>- alimentazione<br>- uso dei servizi igienici   | Calcolo del tempo di Assistenza che in media veniva fornita ai pazienti nelle 6 classi<br>- ripartizione del tipo di assistenza diretta individuale e assistenza indiretta collettiva  |
| Metodo Pardee<br>Seattle 1968   | Sono previste 3 classi   | Utilizzo del Kardex del paziente per la classificazione  | Vengono calcolate le ore di assistenza diretta infermieristica richiesta dei pazienti e di quelle realmente erogate a ciascun paziente   |
| Sistema Aberdeen Dipartimento Scozzese della Sanità<br>Studio compiuto fine anno 1960 | Sono previste 5 classi:<br>- Cat. A: totalmente dipendente<br>- Cat. B: parzialmente dipendente<br>- Cat. C: non dipendente<br>- Cat. D: semi ambulante<br>- Cat. E: totalmente autosuff.te  | 5 sono i parametri previsti:<br>- Assistenza Diretta o di Base (10 parametri fisici)<br>- Tecniche infermieristiche<br>- Attività Burocratico/Amm.ve<br>- Attività miscellanee (miste) | Per la determinazione giornaliera del carico dei lavoro inf.co (misurato in ore/settimana) si utilizza la formula:<br>$W = N/F (B+T) + A + D + M$ dove:<br>W = carico di lavoro medio espr.ore<br>N = n. medio giorn. paz. nell'Unità di degenza<br>F = Fattore di Dipendenza Media dei paz. nell'Unità di Degenza<br>B = Tempi per il Nursing di Base per i pazienti Totalmente Dipendenti<br>T = Tempo richiesto per l'Assistenza Inf.ca Tecnica<br>A = Tempo per le Attività Amm.ve<br>D = Tempo per le Attività Alberghiere<br>M = Tempo per le Attività Miste |
| Sistema P.E.T.O. Poland, English<br>Thorton Owens<br>(per pazienti pediatrici 1970)   |  | 7 sono i parametri previsti:<br>- alimentazione<br>- segni vitali<br>- cure igieniche<br>- aspirazioni<br>- aiuto alla respirazione/ossigeno<br>- toilette<br>- mobilitazione          | Calcolo delle ore di Assistenza Infermieristica richiesta dai pazienti e di quella fornita dagli infermieri attraverso la determinazione delle:<br>P.C.U. (Unità di Cura Fisica/b)<br>N.C.U. (Unità per Personale Inf.co)<br>Comparazione tra PCU e NCU  |
| Sistema Cash modificato<br>Georgette 1970   | Sono previste 4 classi sviluppati dal CASH (uso di tabelle molto particolareggiate)  | Utilizzo degli standards temporali base per una stima del n. di ore di assistenza richiesto per lo staff   | Tale classificazione è usata come  |
| Sistema Centri ospedalieri di New York, 1971  | Sono previste 4 classi   | 30 parametri per paziente, attraverso l'uso di schede  | Misurazione del carico di lavoro sulla base della programmazione dello staff in base al n. dei pazienti in ciascuna classe   |
| Metodo Vienne, 1978/79  | Sono previste 4 classi:<br>(ogni classe 8 punti)<br>1. autosufficiente 0,8<br>2. paz. dipendente 9-16<br>4. totale dipendente 25-32  | 8 sono i parametri previsti:<br>- alimentazione<br>- mobilitazione<br>- igiene<br>- eliminazione<br>- condizioni psichiche<br>- terapia<br>- medicazioni<br>- sorveglianza             | Tale metodo non fornisce i coefficienti per la determinazione del fabbisogno infermieristico. Il carico di lavoro per ogni paziente è definito dal n. di punti acquisiti. 8 parametri = 8 punti per ogni classe. Le dotazioni di personale nelle varie Unità di Degenza devono essere proporzionali ai punteggi ottenuti.  |

| Metodi                   |           | Classi di dipendenza   | Parametri   | Formule/criteri per il calcolo del fabbisogno di personale infermieristico   |   |
|--------------------------|-----------|--|---|--|---|
| Metodo Svizzero, 1970-73 |           | Sono previste 3 classi:<br>1. autosufficiente<br>2. parzialmente dipendente<br>3. totalmente dipendente  | parametri dettagliati ed analitici<br>– Assistenza di Base<br>1. alimentare<br>2. spostamenti<br>3. igiene<br>4. alimentazione<br>– Assistenza Tecnica<br>1. attività infor.ne comunicazione<br>2. procedure diagnostiche e terapeutiche<br>3. sorveglianza clinica<br>4. assistenza al medico ed altri op.                             | Determinazione del tempo infermieristico necessario per l'assistenza diretta attraverso:<br>– individuazione dei valori dei parametri di dipendenza considerati<br>– determinazione classe/i di dipendenza<br>– determinazione del tempo inf.co sulla base dei n.<br>– determinazione del tempo comp.te richiesto per l'assistenza indiretta (n. malati 75' malato/giorno)<br>– ripartizione del tempo di assistenza diretta ed indiretta fra 3 principali qualifiche di personale<br>– determinazione del tempo di assistenza per compiti alberghieri (n. malati · 60' malato/giorno) |   |
| Metodo Rhys Hearn, 1977  |           | Sono previste 4 classi<br>1. totalmente autosufficienti<br>2. parzialmente autosufficiente<br>3. a letto/sulla sedia<br>4. totalmente dipendente | 10 sono i fattori presi in considerazione<br>1. obesi<br>2. fragili<br>3. con dolore<br>4. non coscienti<br>5. con handicap fisici<br>6. incapaci di comunicare<br>7. emotivi in modo inusuale<br>8. iper agitati<br>9. violenti ed aggressivi  | 1. conoscere in dettaglio il tipo di cura della quale il paziente ha necessità<br>2. chiedere le prescrizioni che vengono utilizzate per il carico di lavoro<br>3. moltiplicare le frequenze degli items di cura prescritti, per il tempo di attività ponderate<br>FORMULA:<br>$W = (W_t \cdot W_b) / N + I + S$<br>$W_t$ = attività «tecniche»<br>$W_b$ = attività «di base»<br>$N$ = n. pazienti<br>$I$ = carico di lavoro indiretto per paziente/giorno<br>$S$ = gruppo di sorveglianza   |   |
| Sistema P.R.N. '80, 1980 | 15        | 214 in 85 sottogruppi (bisogni specifici del paziente)<br>4. igiene<br>5. comunicazione<br>6. terapia<br>7. diagnosi                             | 7:<br>1. respirazione<br>2. alimentazione<br>3. eliminazione<br><br>(C.R.B.)<br>– le attività amministrative e di «entretien»<br>– il tempo per gli spostamenti sia all'interno che all'esterno dell'Unità di cura, con o senza il paziente<br>– i tempi produttivi (i calcoli vengono agevolati da tabelle costruite dall'equipe EROS) | Piano di Assistenza<br><br>per i pazienti per le 24 ore successive<br>– le comunicazioni riguardanti il paziente   | Avviene tramite le combinazioni di più fattori:<br>– il livello di assistenza infermieristica richiesta |
| Sistema P.R.N. '76       | 6<br>1976 | 142 fattori  | vedi sopra  | Piano di assistenza  | vedi sopra  |

Fonte: Maniero M.: *World Load Staffing: Fabbisogno di personale infermieristico in una realtà ospedaliera in trasformazione. Analisi di alcuni metodi utilizzati per la classificazione dei pazienti e il relativo calcolo di fabbisogno infermieristico.* Tesi di Diploma a.a. 1986-87. Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche, Milano.

## Conclusioni

La determinazione del personale infermieristico ospedaliero, come si desume dal contesto legislativo, basata essenzialmente sul posto letto e sui minuti di assistenza, indica che non vengono tenuti in debito conto:

### Rispetto al paziente

- il grado di dipendenza dei malati rispetto ai loro bisogni,
- le loro modalità di ricovero,
- la variabilità nel tempo delle condizioni dei malati.

### Rispetto al personale sanitario

- la specificità dei modelli terapeutici adottati dai medici e l'organizzazione delle loro attività,
- la specificità dei modelli assistenziali adottati dagli infermieri in funzione della qualità dell'assistenza (es. nursing globale individuale piuttosto che assistenza per compiti e mansioni),
- il turn-over del personale (il personale in inserimento oltre a vivere un disagio personale, richiede un maggior carico di lavoro compensatorio da parte del personale già presente),
- i differenti percorsi formativi degli infermieri e la loro qualifica pro-

fessionale in base alle competenze acquisite,

- i processi di insegnamento, di aggiornamento e di ricerca del personale infermieristico.

### Rispetto alla struttura

- le condizioni architettoniche e strutturali della unità operative.

Fondamentale, a mio avviso, è la necessità che sia personale infermieristico dirigente, nell'ambito di un servizio infermieristico, purtroppo non ancora istituito, a programmare organizzare e gestire in modo corretto e competente la risorsa personale infermieristico.

È in questa prospettiva di riflessione, di studio e di sviluppo concettuale, con l'attenzione rivolta essenzialmente all'utente e ad un miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria nel nostro paese, che ritengo importante il confronto tra tutti coloro, operatori sanitari, forze politiche, sindacali, sociali che hanno «a cuore» la sanità. □

### Bibliografia

M. CANTARELLI, G. PONTELLO, Principi amministrativi applicati alla professione. Masson Editore 2a ed. 1989

Tabella riassuntiva delle principali indicazioni per gli standards del personale ospedaliero in Scenario n.2/88 pp.7 e 8

L. RIGON, «Infermieristica oggi e domani: ruoli operativi in ospedale» nel convegno «Professione Infermieristica nell'USSL 21: parliamone!» Padova 30.9.1988

M. CANTARELLI, «Gli standards di assistenza infermieristica ospedaliera nella normativa vigente. Le valutazioni dei dirigenti del personale infermieristico» nel convegno «L'assistenza infermieristica in ospedale. Standard, qualità, valutazione», Riccione, 13-14 maggio 1989

D.P.R. 27 marzo 1969 n.128 Ordine interno dei servizi ospedalieri

Regione Lombardia Circolare del 23.11.1971

D.P.R. 25 giugno 1983 n.348 Contratto nazionale unico di lavoro per il personale delle Unità Sanitarie Locali

Comitato Interministeriale per la programmazione economica (C.I.P.E.) - Deliberazione del 20 dicembre 1984 - Ripartizione del Fondo Sanitario nazionale 1985 - parte corrente-

D.P.R. 18 maggio 1987 n.270 Norme risultanti dall'accordo contrattuale per il comparto sanità

Ministero della Sanità - Decreto 13 settembre 1988 - Determinazione degli standards del personale ospedaliero.

# «IL SABATO CON L'ANIARTI»

## Incontri di aggiornamento

### OBIETTIVI:

- promuovere interscambi culturali;
- offrire alternative alle esperienze abituarie del reparto;
  - incentivare occasioni di confronto e aggregazione;
- favorire rapporti continuativi tra le diverse unità operative.

### ARGOMENTI:

20 aprile 1991 - dalle ore 9 alle ore 13  
«Le fasi critiche del paziente sottoposto ad intervento chirurgico»

4 maggio 1991 - dalle ore 9 alle ore 13  
«Emergenza ospedaliera ed extra-ospedaliera»

18 maggio 1991 - dalle ore 9 alle ore 13  
«Problematiche del paziente dializzato»

1 giugno 1991 - dalle ore 9 alle ore 13  
«Aspetti etici e accanimento terapeutico»

### SEDE:

**Istituto Salesiano "S.Ambrogio"**  
via Copernico, 9 - Milano (vicinanze Stazione Centrale)

La quota di iscrizione per ogni incontro è stata fissata in lire 10.000. Le iscrizioni si ricevono presso la sede degli incontri prima dell'inizio dei lavori di ogni mattinata. Per ulteriori informazioni rivolgersi a:

|                         | lavoro      | abitazione  |
|-------------------------|-------------|-------------|
| BARAILO ROSELLA .....   | 02/6363493  | 0342/653042 |
| BONFOCO ELIANA .....    |             | 0383/88423  |
| BONZI ENRICA .....      | 035/269394  | 035/216772  |
| GIROLETTI ALFREDO ..... | 0373/893268 | 0373/201501 |
| SPADA PIERANGELO .....  |             | 039/9906219 |



## LIBRI

### Il CEREF ci invita presentare il libro: «Introduzione alla metodologia della ricerca infermieristica»

*Piera Poletti, Felice Vian, Renzo Zanotti*

Collana CEREF «Metodologia per operatori della salute», N.5  
Edizioni SUMMA, Padova, 1989 · pp.320, L.30.000  
- rec.CEREF, Via Udine 6 · 35142 PADOVA Tel.049-8804827

Il testo vuole essere una risorsa, un punto di riferimento. Offrire una prima base a chi intende cimentarsi con la ricerca, una guida per chi progetta e realizza indagini e/o sperimentazioni.

Non ha certamente la pretesa di essere esaustivo rispetto a tutti gli aspetti metodologici, tuttavia offre il quadro di insieme, le fondamenta, ed avrebbe l'ambizione di divenire l'amico e la sicurezza di chi, magari titubante, magari per la prima volta, produce un lavoro.

Esso è destinato a:

- Infermieri
- Allievi infermieri
- Caposala
- Capi dei servizi sanitari ausiliari
- Infermieri insegnanti
- Direttori di scuola
- Assistenti sanitari
- Vigilatrici d'infanzia.

#### Contenuti e struttura del libro

Nel libro vengono affrontati argomenti di natura metodologica, applicabili a tutti i contenuti sostanziali di interesse infermieristico.

La sequenza è quella rigorosa della metodologia necessaria alla costruzione di un progetto di ricerca.

1. Infermieristica e ricerca
2. Gli obiettivi della ricerca

3. Le variabili
4. Piano della ricerca
5. Rilevazione dei dati
6. Elaborazione dei dati
7. Interpretazione dei risultati
8. Comunicazione e trasferimento.

A conclusione di ogni capitolo sono riportate proposte di lavoro e test, sono presentati protocolli per la realizzazione di indagini statistiche ed esperimenti, materiali che possono facilmente essere utilizzati nella didattica, che possono cioè costituire il «ponte», l'approdo di studenti e professionisti verso la ricerca, non più vista come una cosa «snob», di lusso, lontana dai problemi reali della professione, ma come «mattoni» per segnarne l'evoluzione.

Può essere utilmente adottato come testo didattico nelle scuole e nei corsi di aggiornamento e formazione permanente.

Chi si applicherà nello studio del libro potrà in conclusione essere in grado di:

- individuare ed analizzare problemi della professione dal punto di vista dei fabbisogni di conoscenza per la loro soluzione;
- fissare obiettivi di ricerca;
- riconoscere potenzialità e limiti di vari metodi e tecniche di indagine;
- riconoscere problemi organizzati-

- vi riguardanti la rilevazione di dati;
- eseguire elaborazioni semplici su dati di ricerca;
- valutare potenzialità e limiti dei risultati;
- comunicare risultati di ricerca.

Il libro è stato progettato e redatto sulla base di una attenta analisi dei fabbisogni di metodologia della ricerca propri degli operatori dell'area infermieristica.

L'orientamento prevalente è quello della metodologia della ricerca necessaria per produrre conoscenze scientifiche, tali cioè da contribuire allo sviluppo della Scienza infermieristica.

Si tratta quindi di un sussidio che risponde innanzitutto all'esigenza di sviluppo di competenze necessarie all'infermiere per il suo ruolo di partecipe allo sviluppo della disciplina infermieristica.

L'apprendimento dei metodi e delle tecniche proposte nel testo possono comunque essere di grande utilità anche per l'indagine empirica nei reparti, servizi e scuole infermieristiche, in relazione ad esigenze di produzione conoscitiva legate alla soluzione di problemi contingenti.

È il primo libro a contenuto metodologico specifico alla ricerca infermieristica in lingua italiana. □

# Consiglio direttivo

## ELIO DRIGO:

Via del Pozzo, 19 - 33100 UDINE  
Tel. (0432) 501461 - c/o Terapia Intensiva  
1° Servizio Stabilimento Ospedaliero  
S. Maria della Misericordia (UD) - Tel. (0432) 499750

## CLAUDIA SILVESTRI:

Via Picutti, 41 - 36100 VICENZA - Tel. (0444) 515766  
c/o 2° Rianimazione O.C. VICENZA - Tel. (0444) 993862

## POLA TANGANELLI:

Via Chianti, 48 - 53019 Castelnuovo Berardenga (SI)  
Tel. (0577) 355022  
c/o Rianimazione - «Le Scotte» SIENA  
Tel. (0577) 290111 - 290612

## PIERANGELO SPADA:

Via Vittorio Veneto, 5  
22055 Merate (CO) - Tel. (039) 596219

## BARTOLOMEO VANZETTI:

Via Brione, 43 - 10143 TORINO - Tel. (011) 7491121  
c/o Marini Nuovo U.S.L. TORINO III  
Anestesia e Rianimazione - Via Tolena, 71 - 10141 (TO)  
Tel. (011) 703333 int. 215

## LUISA ANNA RIGON:

Via Venezia, 12 - 35020 Saonara (PD) - Tel. (049) 8790269

## CHIARA PEGORARO:

Via Giovanni XXIII, 16 - 35010 Vigodarzere PADOVA  
Tel. (049) 8870593  
c/o Clinica Chirurgica II - PADOVA  
Tel. (049) 8212755-8212753

## SILVIA VILLANI:

Via Bassano del Grappa, 21 - 40139 BOLOGNA  
Tel. (051) 463935  
c/o Rianimazione Ospedale Bellaria - Via Altura, 3  
40139 BOLOGNA - Tel. (051) 461213 int. 513

## RANIERO D'AMURI:

Piazza S. Corazzini - Località «Il Rigo»  
06074 Corciano - Ellera Umbra (PG) - Tel. (075) 790473  
c/o Centro Formazione Professionale - PERUGIA  
Tel. (075) 6082832-6082815

## CLAUDIA BANCOLINI:

Via Marzabotto, 281  
20099 Sesto S. Giovanni (MILANO)  
Tel. (02) 2427705  
c/o Terapia Intensiva Fatebenefratelli - MILANO  
Tel. (02) 6363493

## FRANCESCO STANGANELLO:

Via Sardegna, 1 - 89015 PALMI  
c/o Rianimazione O.C. PALMI - Tel. (0966) 23320

## ANNALISA SILVESTRO:

Via Monte S. Marco, 38 - 33100 UDINE

# Consiglio Nazionale

## ABRUZZI E MOLISE

### GIUSEPPE CAMPANA:

Viale Amendola, 8 - 66100 CHIETI - Tel. 0871/69535  
c/o Rianimazione O.C. CHIETI - Tel. 0871/69319

## BASILICATA

### GIULIA SALANDRA:

Via V. Emanuele III, 160 - 85011 Acerenza (PZ)  
Tel. 0971/941480  
c/o Cardiocirurgia Terapia Intensiva  
Ospedale San Carlo - POTENZA - Tel. 0971/612438

## CALABRIA

### FRANCESCO STANGANELLO:

Via Sardegna, 1 - 89015 PALMI  
c/o Rianimazione O.C. PALMI - Tel. 0966/23320

## EMILIA ROMAGNA

### SILVIA VILLANI:

Via Bassano del Grappa, 21 - 40139 BOLOGNA  
Tel. 051/463935  
c/o Rianimazione Ospedale Bellaria - Via Altura, 3  
40139 BOLOGNA - Tel. 051/461213 int. 513

### PIETRO SABBATINI:

Vicolo Naldi S. Pancrazio - 48020 RAVENNA  
Tel. 0544/534210  
Prossimo indirizzo: Via Caprera, 39 - 48100 RAVENNA  
Tel. 0544/461674  
Ospedale Civico S. Maria delle Croci  
Servizio Anestesia e Rianimazione - 48020 RAVENNA  
Tel. 0544/409111 int. 9486

### MARCELLA CAMARCA:

Via Che Ghevara, 53 - 42100 REGGIO EMILIA  
Tel. 0522/922269  
c/o Rianimazione O.C. REGGIO EMILIA  
Via Risorgimento, 80 - Tel. 0522/296322

## FRIULI-VENEZIA GIULIA

### MONICA SANDRIGO:

Via Podgora, 24 - 33100 UDINE - Tel. 0432/530821  
c/o Terapia Intensiva Cardiocirurgica O.C. UDINE  
Tel. 0432/499747

### LUCIA RAFFIN:

Via Maggiore, 28/1 - S. Lorenzo - 33090 Arzene (PN)  
Tel. 0434/89625  
Centrale Operativa per l'Emergenza - Tel. 0434/399505

### VALLY CASANOVA:

Via Cason, 22 - 33020 Zovello Ravascletto (UD)  
Tel. 0433/66028  
c/o Servizio di Anestesia O.C. Tolmezzo  
33020 Tolmezzo (UD) - Tel. 0433/2136

## LAZIO

### ANNUNZIATA PINZARI:

Via Guido da Montepellier, 33 - 00166 ROMA  
Tel. 06/65192373  
c/o Rianimazione Ospedale «Bambin Gesù»  
00100 ROMA - Tel. 06/65192373

### MAURIZIO MARI:

Via della Corazzata, 5 - 00121 Ostia Lido (ROMA)  
Tel. 06/5613761  
c/o Ospedale San Camillo De Lellis UTIC  
Circonvallazione Gianicolense - 00152 ROMA  
Tel. 06/58702555

## LIGURIA

### FRANCESCO FALLI:

Via Venezia, 110 - 19100 LA SPEZIA - Tel. 0187/703195

## NADIA URBANO:

Via F. Rossetti, 15/b - 16148 GENOVA - Tel. 010/389827  
c/o T.I. «Gaslini» GENOVA - Tel. 010/5636440

## LOMBARDIA

### PIERANGELO SPADA:

Via Vittorio Veneto, 5 - 22055 Merate (CO) - Tel. 039/596219  
c/o Servizio Anestesia e Rianimazione  
Ospedale «L. Mandic» U.S.S.L. 14 - 22055 Merate (CO)  
Tel. 039/593655 int. 294/295

### ENRICA BONZI:

Via Broseta, 29 - 24100 BERGAMO  
Tel. 035/216772 oppure 0345/43326  
c/o Neurochirurgia T.I.O.R.R. (BG) - Largo Barozzi, 1  
24100 BERGAMO - Tel. 035/269394

### MARIA GRAZIA BOSCOLO:

Via Sauro, 18 - 20030 Senago (MI)  
c/o Ospedale Niguarda Ca Granda - Piazza Ospedale  
Maggiore, 3 (MI) - Tel. 02/64442575/2877

### ELIANA BONFOCO:

Via Mangiarotti, 8 - 27042 Bressana Bottarone (PV)  
Tel. 0383/88423  
c/o Rianimazione II Policlinico «S. Matteo» PAVIA  
Tel. 0382/388769 oppure 388768

### ALFREDO GIROLETTI:

Via Adua, 5 - 26013 Crema (CR) - Tel. 0373/201501  
c/o Rianimazione Terapia Intensiva Ospedale Maggiore  
26013 Crema (CR) - Tel. 0373/893268 oppure 893222

## MARCHE

### ELIO CAPECCI:

Via Caltanisetta, 32 - 64021 Giulianova (TE)  
c/o Rianimazione Cardiocirurgica - ANCONA  
Tel. 071/5965312

## PIEMONTE

### MARCO SOVRANI:

Via Morghen, 25 - 10143 TORINO - Tel. 011/7713680  
c/o Servizio Anestesia e Rianimazione U.C.I.C.  
Ospedale Mauriziano (TO) - Tel. 011/5080413

### CLAUDIA SCHMITZ:

Via Nizza, 218 - 10126 TORINO - Tel. 011/673258  
c/o Rianimazione Ospedale Infantile «Regina Margherita»  
U.S.L. 9 TORINO - Tel. 011/6965256

### UMBERTO CAVALLA:

Via San Rocco, 23 - 14018 Villafranca d'Asti (AT)  
Tel. 0141/933783  
c/o Rianimazione O.C. ASTI - Tel. 0141/392460

## PUGLIA

### ADELINA USAI:

Via V. E. Orlando, 33 - 72017 Ostuni (BR)  
Tel. 0831/338315  
c/o UTIC Ospedale A. Di Summa (BR)  
Tel. 0831/2042 int. 240 o 241

## SARDEGNA

### TERESINA PODDA:

Via dei Medici, 14 - 09047 Selargius (CA)  
Tel. 070/542580  
c/o Neurichirurgia U.S.L. 21 - Ospedale «Brotzu»  
Via Peretti (CA) - Tel. 070/5501 int. 613

### COSTANTINA BOE:

Via Rockefeller, 18 - 07100 SASSARI - Tel. 079/210406  
c/o Anestesia e Rianimazione Università  
07100 SASSARI - Tel. 079/2184401

## SICILIA

### SALVATORE D'URSO:

Via Papa Benedetto XV, 10  
95040 Motta S. Anastasia (CT) - Tel. 095/306270  
c/o U.S.L. 35 Presidio Ospedaliero Anestesiologia  
e Rianimazione - Via V. Emanuele II CATANIA  
Tel. 095/235269

## TOSCANA

### CONCETTA FRANCONI:

Via Cisanello, 12/C - 56100 PISA - Tel. 050/576008  
c/o Ospedaliero Cisanello PISA  
Cardiologia Terapia Intensiva - Tel. 050/596804

### GIANFRANCO CECINATI:

Via Torre degli Angeli, 87 - 50127 FIRENZE  
Tel. 055/432412  
c/o Terapia Intensiva Toraco-Cardiologica  
U.S.L. 10/D Careggi (FI) - Tel. 055/4399557

### PAOLO BRESCHIGLIARO:

Via del Fante, 30 - 58010 Alberese (GR) - Tel. 0564/407047  
c/o Rianimazione Ospedale Misericordia (GR)  
Tel. 0564/485248

## TRENTINO ALTO ADIGE

### ALESSANDRO DELPERO:

Via Bolzano, 41/1 - 38100 Gardolo (TN)  
Tel. 0461/960138  
c/o Centro di Rianimazione Ospedale S. Chiara  
Largo Medaglie d'Oro - 38100 TRENTO - Tel. 0461/925125

## UMBRIA

### LUCIANO MANCINELLI:

Via della Pallotta, 15 A/1 - 06100 PERUGIA - Tel. 075/35712  
c/o Rianimazione Ospedale Policlinico  
06100 PERUGIA - Tel. 075/6083429

## VALLE D'AOSTA

### DONATELLA PIERINI:

Via Ljs, 13 - 11100 AOSTA - Tel. 0165/32112  
c/o Rianimazione O.C. AOSTA - Tel. 0165/304275

## VENETO

### ALDO FOSCHINI:

Via Carinelli, 8 - 37131 VERONA - Tel. 045/527390  
c/o «Verona Emergenza» Policlinico  
Via delle Menegone - 37100 VERONA

### LAURA ZAMBELLI:

Via San Gervasio, 39 - 32100 BELLUNO - Tel. 0437/28438  
c/o Rianimazione O.C. BELLUNO - Tel. 0437/21121

### LUIGI DONÀ:

Via Ca' Bassa, 14  
36020 Albettonne (VI) - Tel. 0444/890281  
c/o Chirurgia Pediatrica VICENZA  
Tel. 0444/993587 - 993426

### ROBERTO LEZIERO:

Via Dante Alighieri, 9 - 37040 Bevilacqua (VR)  
Tel. 0442/83583  
c/o UCIC U.S.L. 28 - Via Giannella, 1 - 37045 Legnano (VR)  
Tel. 0442/20079

### MARIA BENETTON:

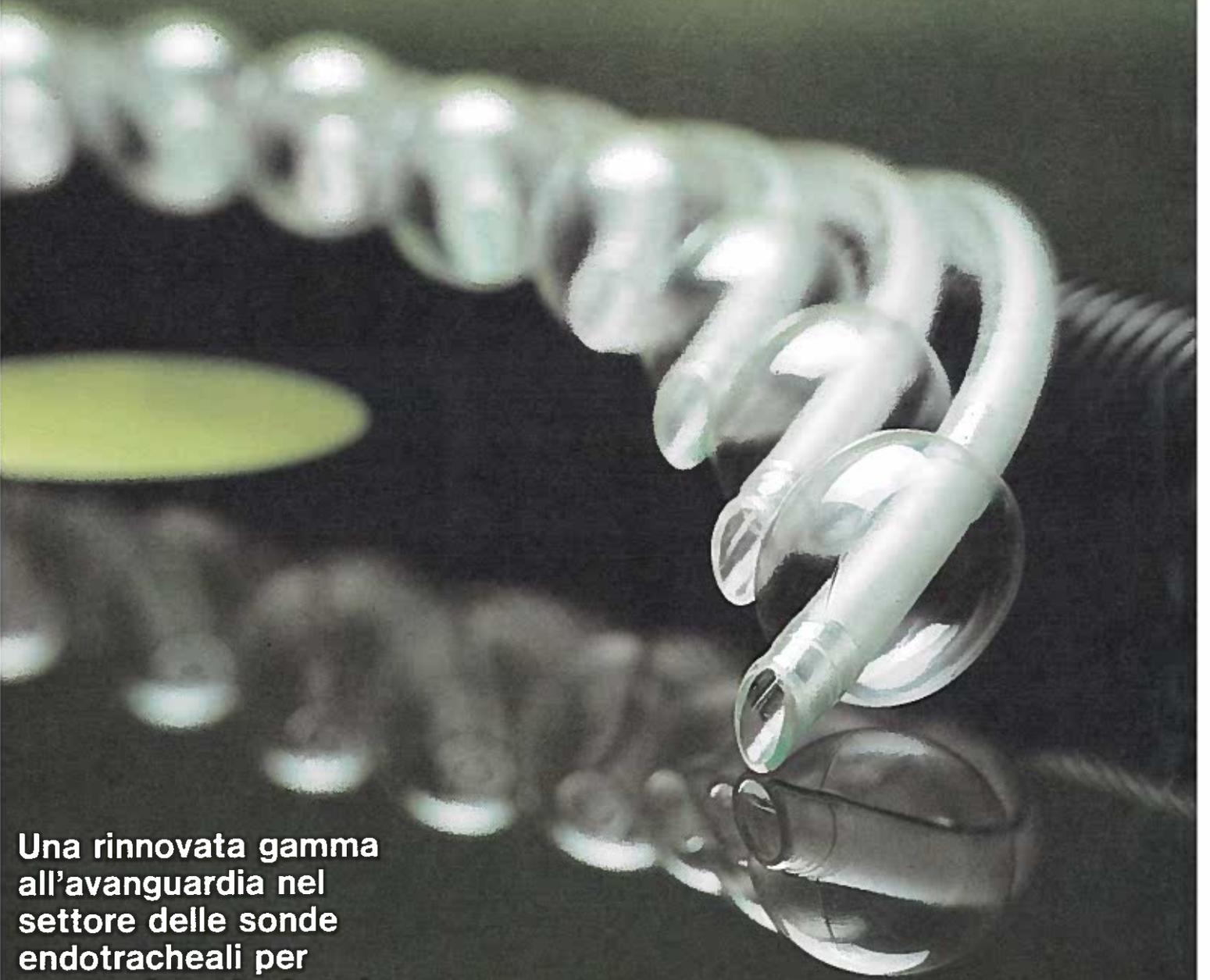
Vicolo Monte Piana, B/7 - 31100 TREVISO  
Tel. 0422/23591  
c/o Rianimazione Ospedale Generale Regionale di Treviso  
Rianimazione Centrale - Tel. 0422/582444



# Orotube

---

# Hyperball



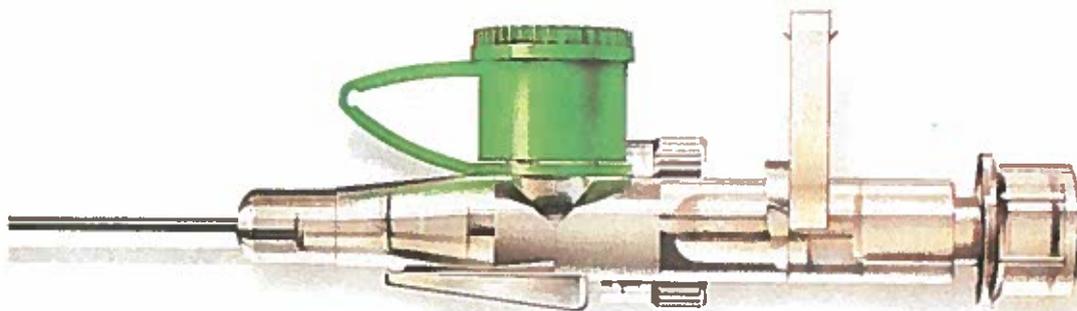
Una rinnovata gamma  
all'avanguardia nel  
settore delle sonde  
endotracheali per  
anestesia e rianimazione

**VYCON**

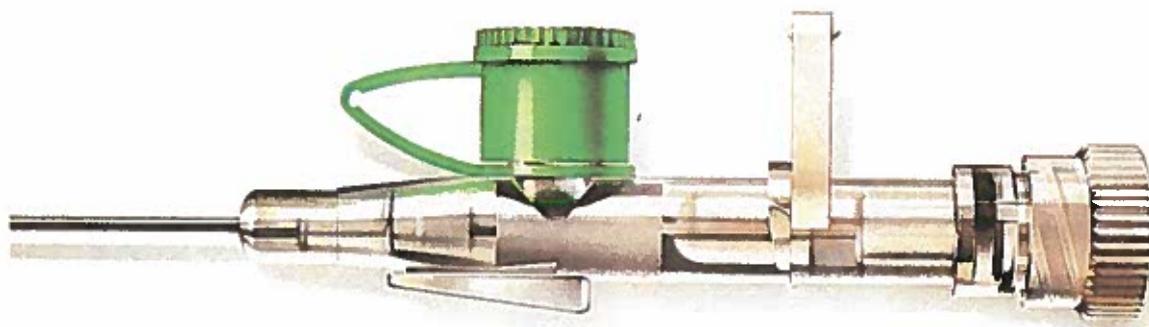
In Italia:

MEDICA VALEGGIA S.p.A. - 35128 Padova (Italy) - Via Pellizzo, 14/1 - Telefono 049-775477

**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

BOC Health Care

P.M.C. - Reg. Min. Sanità n. 9705